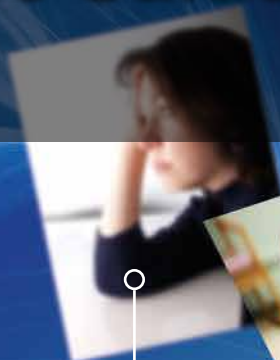


País Vasco: transformando el Sistema de Salud

2009 - 2012



Osakidetza



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO



País Vasco: transformando el Sistema de Salud

2009 - 2012



Osakidetza



**EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO**

OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Sanidad y Consumo de Sanidad y Consumo
Internet: www.Euskadi.net

Edita:

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1 – 01010 Vitoria-Gasteiz

Diseño y maquetación:

Daniel Gibert - Dreams Factory. Arte Digital

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



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>

Índice

INTRODUCCIÓN.Centrando el Sistema en el paciente	5
POR QUÉ era necesario el cambio	8
HACIA DÓNDE VAMOS: Nuevo Modelo Sanitario Vasco	13
CÓMO LO ESTAMOS HACIENDO:	20
4.1. Estrategia de crónicos como motor de la transformación del Sistema de Salud	23
4.2. Con una gestión más eficiente y una apuesta por la sanidad pública	42
4.3. Sector Salud y social como sectores estratégicos industriales y nuevas estructuras de apoyo a la investigación	48
4.4. Ampliando la defensa de derechos de los ciudadanos	52
QUÉ RESULTADOS ESTAMOS OBTENIENDO con los cambios implementados hasta el momento	54
CUÁLES SON LOS PRÓXIMOS PASOS para avanzar en la transformación del Sistema Sanitario vasco	68
Anexos	72

Las 5 Conversaciones...

La primera conversación valiente es la conversación con un futuro desconocido... qué es lo que yace más allá del horizonte...

La segunda conversación valiente es la que no estás teniendo con el paciente que es quien representa el futuro...

La tercera conversación valiente es aquella que no estás teniendo con las diferentes divisiones de tu organización...

La cuarta conversación valiente es la que no estás teniendo con tu grupo más próximo de trabajo – la gente que ves todos los días...

La quinta conversación valiente – sobre la que se basan todas las anteriores – es aquella conversación que no estás teniendo con esa frontera difícil y movible llamada tu mismo...

David Whyte

1

Introducción

Centrando el Sistema
en el paciente

En el año 2009, en un contexto de crisis económica y con una demanda cada vez mayor de los recursos sanitarios, causada por la creciente evolución de enfermos crónicos, se inicia una profunda transformación del sistema sanitario vasco, que ya es palpable por todos los agentes que intervienen en el mismo, tanto por los profesionales sanitarios y otros agentes, como en especial por parte de los pacientes y ciudadanos vascos.

¿En qué ha cambiado la interacción del ciudadano vasco con el sistema sanitario? ¿Cómo ha mejorado la atención a los pacientes con dolencias crónicas? ¿En qué medida los cambios introducidos han permitido mejorar la salud de los ciudadanos y su calidad de vida? ¿Qué cambios se están produciendo en los roles de pacientes y profesionales sanitarios y en su visión del sistema sanitario? ¿En qué medida se están eliminando ineficiencias del sistema sanitario?

Sin poder recoger todas y cada una de las vivencias de los ciudadanos vascos ante los numerosos cambios realizados en el sistema sanitario desde el año 2009, sí podemos concluir que la mayoría de ellos se están beneficiando de una u otra manera:

- Utilizando nuevas formas y canales para relacionarse e interactuar con el sistema sanitario de manera continua, en muchas ocasiones sin necesidad de acudir al centro de salud o al hospital.
- Asumiendo un mayor protagonismo y mayores responsabilidades en la gestión de su enfermedad, y colaborando en mayor medida con los profesionales sanitarios.
- Estando mejor informados y asimilando la importancia de llevar hábitos de vida saludables.
- Comunicándose con su médico y enfermera de forma más fluida y con una mayor confianza, al estar mejor capacitados y disponer de más información.
- Recibiendo nuevas formas de atención (telefónica, en el domicilio, en nuevas estructuras como los hospitales de subagudos...), más adecuadas a sus necesidades de salud y que le permiten una mayor calidad de vida.
- Recibiendo una atención integral y coordinada que le evita ingresos innecesarios y le facilita recursos para mejorar su recuperación, sin tener que hacer de intermediario entre médicos, ya que su información clínica está integrada en un único expediente y los profesionales (médico de familia y distintos especialistas) se comunican entre ellos aún estando ubicados en diferentes lugares y pueden acceder a la información sobre su estado de salud.
- Recibiendo una atención socio sanitaria más coordinada, y en muchas ocasiones, en su propio hogar, con un seguimiento adecuado (telemonitorización).
- Participando en proyectos o experiencias piloto para la investigación y mejora de los procesos asistenciales sobre las patologías que les afectan, o beneficiándose de los esfuerzos de innovación realizados por profesionales sanitarios de Osakidetza y empresas del entorno.
- Beneficiándose de una apuesta clara por mantener e incluso incrementar las prestaciones sanitarias públicas, sin mayores costes para los ciudadanos, gracias a una apuesta decidida por incrementar la eficiencia del sistema.

Ejemplos de ciudadanos vascos beneficiados por la transformación del sistema "sanitario"



Los cambios introducidos en el sistema sanitario son importantes y constituyen el inicio de un camino en el que habrá que seguir avanzando en los próximos años para lograr la transformación deseada, necesaria para garantizar la sostenibilidad del sistema y dar respuesta a las nuevas demandas de una sociedad cada vez más envejecida y con dolencias crónicas.

En este documento presentamos las claves del nuevo Modelo Sanitario Vasco, en el que el paciente se convierte en centro y parte activa en el cuidado de su salud, y que pretende corregir un sistema aún demasiado fragmentado y que no ofrece la continuidad de cuidados necesaria para una buena gestión de los enfermos crónicos, dando además el apoyo necesario para que el paciente pueda autogestionar mejor su enfermedad y prevenir otras dolencias.

Tras una exposición de los objetivos últimos del nuevo Modelo Sanitario Vasco y de su estructuración en torno a Microsistemas, se recogen las actuaciones que se han llevado a cabo desde el año 2009 y los resultados que se están obteniendo hasta la fecha, indicando los próximos pasos que serán necesarios para continuar avanzando en la transformación ya iniciada.

2

Por qué era necesario el cambio

El cambio profundo en el sistema sanitario resultaba indispensable para poder dar una respuesta adecuada a las nuevas necesidades de salud de la sociedad de hoy en día, cada vez más envejecida y con mayor prevalencia de enfermedades crónicas, y para favorecer la sostenibilidad del sistema sanitario público, en un contexto económico de profunda crisis económica y de reducción del gasto público.

Una población con necesidades diferentes

Hace un siglo, menos del 1 % de la población alcanzaba la edad de los 100 años, mientras que hoy, el 30% de los nacidos serán, previsiblemente, centenarios. El aumento de la longevidad se asocia a un aumento de probabilidades de padecimiento de nuevas enfermedades crónicas, si bien, éstas no son exclusivas de la población anciana si que con el paso de los años aumenta su incidencia. En Euskadi cada vez hay más enfermos crónicos y más complejos. Hoy en día el 38% de la población vasca ya presenta alguna enfermedad crónica, y **para el año 2040 se estima que se duplicará el número de pacientes crónicos mayores de 65 años.**

La esperanza de vida que disfrutamos en la actualidad, situada en torno a los 80 años, ha sido posible gracias al progreso de la medicina en los últimos 50 años, fundamentalmente gracias a nuevos fármacos y nuevas tecnologías y conocimientos para tratar y gestionar muchas enfermedades. Sin embargo, estos nuevos fármacos, tecnologías y procesos también ha encarecido enormemente el coste de la asistencia sanitaria.

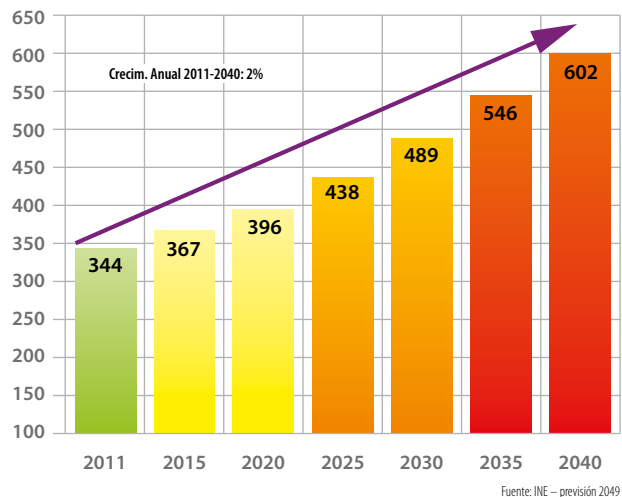
A medida que aumenta la edad de la población se incrementa el uso de los servicios sanitarios, por lo que a partir de los 61 años, prácticamente el 91% de las personas frecuentan a su médico una media de 7,7 veces al año. Hoy en día, los pacientes crónicos representan el 80% de las interacciones con el sistema sanitario y consumen el 77% del gasto sanitario. En concreto, las enfermedades crónicas consumen el 84% del total de ingresos de Osakidetza, el 75% de recetas de Atención Primaria, el 63% de Consultas a Especialista y el 58% de las Consultas a Primaria.

Mirando al futuro próximo, **se estima que la demanda crecerá un 20% en los próximos 5 años, y la mayor parte corresponderá a enfermedades crónicas, con necesidades asistenciales que no son cubiertas adecuadamente por el actual modelo de provisión.**

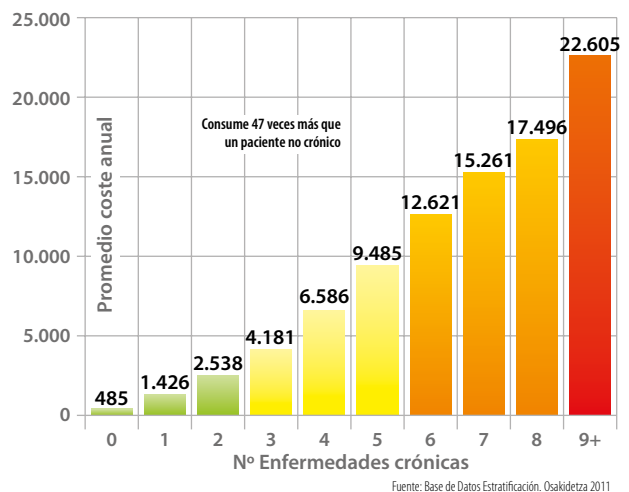
Menos recursos, más demanda

La profunda crisis económica-financiera que estamos viviendo a nivel mundial y en especial en España desde el año 2008 ha afectado al gasto público en general y a los presupuestos disponibles por parte de

Previsión de la evolución de enfermos crónicos mayores de 65 años en el país vasco



Coste de las enfermedades crónicas para el sistema (en miles de euros)

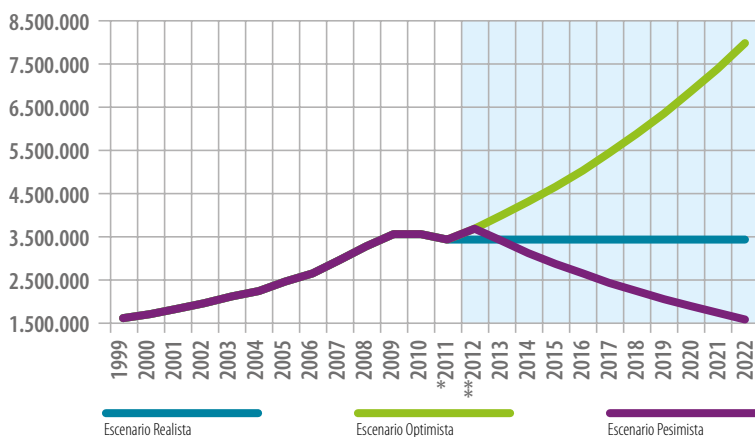


los gobiernos autonómicos que gestionan la sanidad pública. Así, hasta el año 2008, el gasto sanitario en Euskadi presentaba unos ritmos de crecimiento en torno al 8%. A partir del año 2009, tras la llegada de la crisis en 2008, se produce un **cambio de inflexión en las evoluciones de gasto sanitario, pasando a decrecer o estabilizarse gracias a un enorme esfuerzo de mejora de la productividad orientado a poder mantener las prestaciones públicas.**

En el futuro, habrá que hacer frente a una demanda mayor y relacionada en mayor medida con patologías crónicas, asumiendo la financiación de nuevos fármacos y nuevas tecnologías con un presupuesto que, en el mejor de los escenarios, será estable.

Necesidad de eficiencias por contexto económico

Escenarios de previsión de evolución del presupuesto sanitario



Los recursos crecerán como mucho un 1%.
La demanda entre un 7%-10% anual.
La Sanidad Pública Vasca necesitará hacer más con lo mismo.

El paciente no se encuentra en el radar

Además de los factores externos anteriores, el Modelo sanitario existente en el año 2009 estaba “empantanado” y por tanto, no resultaba adecuado para dar respuesta a las necesidades de los pacientes con patologías crónicas, en un sistema caracterizado por una atención sanitaria poco proactiva y con una organización fragmentada e ineficiente en múltiples ámbitos. Se trata de un sistema sanitario que sigue organizado igual que hace décadas, con independencia de los cambios demográficos y epidemiológicos habidos en los últimos años, lo que implica importantes carencias e ineficiencias:

- El sistema sigue enfocando todos sus esfuerzos en un modelo asistencial centrado en los agudos, pero no atiende de manera adecuada a los pacientes crónicos **con necesidades asistenciales diferentes a las patologías agudas.**
- Existe una **fuerte fragmentación entre niveles asistenciales y entre estructuras y compartimientos estancos** (hospitales, atención primaria, servicios sociales). Esta fragmentación merma la calidad, **impide ofrecer continuidad de cuidados** y la eficiencia de los servicios prestados (en muchos casos no se consigue estabilizar a los pacientes, lo que se traduce posteriormente en un elevado volumen de re-ingresos y urgencias).
- Los pacientes con patologías crónicas **son atendidos de forma episódica, quedando**, a menudo «fuera del radar» del sistema de salud, de manera que una vez se va de la consulta o es dado de alta desaparece y no recibe ningún tipo de atención de forma proactiva ni preventiva, ni se plantea ningún tipo de monitorización remota ni ningún apoyo para la gestión de su enfermedad.
- El estilo de liderazgo y gestión está muy centralizado, lo que sofoca la energía y la ambición de mejora de los profesionales en la red, sin permitir aprovechar su capital intelectual.

La consecuencia probada del modelo actual es que los pacientes no reciben el tratamiento y los cuidados adecuados en un 55% de los casos y el 50% de la medicación no se toma correctamente. Y la evidencia científica indica que esta situación se puede corregir introduciendo una serie de transformaciones en el sistema sanitario.

¿En qué dirección debemos avanzar?

Para hacer frente al fenómeno del envejecimiento en un contexto de profunda crisis económica, y partiendo de un modelo poco adecuado a las necesidades de los pacientes con patologías crónicas, se planteaban distintas opciones estratégicas:

- En primer lugar, se podría haber optado por una “**política de recortes**”, reduciendo el gasto sanitario mediante recortes en las prestaciones sanitarias y disminución de la cartera de servicios.
- La segunda vía pasaba por aumentar la financiación al sector a través del “**copago farmacéutico** y la búsqueda de nuevas vías de financiación” procedentes de los pacientes.
- La tercera vía, opción estratégica elegida por el Gobierno Vasco, suponía la “**transformación profunda del modelo de provisión**”, mejorando la productividad del sector en el medio y largo plazo, de manera que no sólo se consiga contener el gasto sanitario sino que además se atienda mejor las necesidades sanitarias de la población, sin reducir las prestaciones ni mermar la accesibilidad al sistema.

Cambio de rumbo. Apuesta estratégica del Departamento de Sanidad y Consumo por un nuevo Modelo Sanitario.

Desde el año 2009, el Sistema Sanitario Vasco ha apostado de manera decidida por la tercera opción estratégica, que pasa por una profunda transformación del modelo de provisión, con nuevos roles, procesos, estructuras y cultura que permiten atender mejor las necesidades de la población actual.

Las experiencias internacionales que están avanzando en la misma línea que el sistema vasco (en lugares como Escocia, Irlanda, Nueva Zelanda, Suecia, Canadá y EEUU) abordan cambios importantes en el tratamiento de pacientes crónicos y pluripatológicos, y en la organización y gestión de las infraestructuras y recursos sanitarios. En general, estas experiencias de nuevos modelos asistenciales han obtenido importantes mejoras en salud o en eficiencia, y avalan la conveniencia de continuar en el proceso de transformación profunda del sistema sanitario.

En este sentido, existen diversos modelos para organizar la medicina de forma más proactiva siendo los modelos de Gestión de Enfermedades Crónicas (McColl Institute en Seattle, Estados Unidos) y el modelo de la pirámide de riesgo de Kaiser Permanente (estratificación del riesgo) los más influyentes en Europa y Estados Unidos, Australia y Canadá.

A modo de ejemplo, Escocia, en el año 2007 inició un nuevo planteamiento de abordaje de la población mayor en una región concreta (NHS Midlothian), basado en la redistribución de recursos en el ámbito comunitario. Los resultados obtenidos durante el periodo 2007-2010 fueron espectaculares en términos de eficiencia y de satisfacción para el paciente, lo que condujo al Gobierno a extender este modelo a todo el territorio escocés, amparándolo con un marco legal que obligaba a la colaboración conjunta y disponer de un presupuesto compartido para la gestión de la población anciana.

Escocia: Estrategia para la Gente Mayor

- A través del **aumento de apoyo en cuidados** en casa en función de la complejidad del paciente se han reducido 53 camas de hospitalización de larga estancia.
- La hospitalización se redujo de **455 a 404 camas**, cuando la previsión de necesidades era de 517.
- Se **redujo** el número de días de alta hospitalaria por necesidad de cuidados sociales de **30 días (2007) a 3 días (2011)**
- La rápida respuesta sanitaria en casa previene de media **18 ingresos/mes**.
- **300 pacientes con telecuidados** y previsión de aumentar 150 más en un futuro próximo (más seguridad y protección)
- Aumento de la percepción de **seguridad** por parte de los pacientes (**74% en 2009 a 84% en 2010**)
- Aumento de la percepción de **independencia** por parte de los pacientes (**71% en 2009 a 78% en 2010**)
- Aumento de la percepción de **integración dentro de la sociedad** por parte de los pacientes (**44% en 2009 a 67% en 2010**)

Fuente: NHS Scotland.

El País Vasco avanza firmemente en la transformación del Sistema de Salud.

Además de estas experiencias internacionales, los cambios realizados hasta la fecha en el País Vasco gracias a las herramientas ya instaladas y puestas en marcha a lo largo de estos años, así como diversos ensayos, pruebas piloto y múltiples proyectos de innovación que se han llevado a cabo por profesionales de las organizaciones de servicios de Osakidetza sirven para confirmar que la transformación del modelo sanitario que se pretende llevar a cabo genera mejoras en salud y en eficiencia (algunas de estas experiencias se detallan en otros apartados del documento). En la medida en que se vayan extendiendo las nuevas capacidades y las experiencias exitosas a todo el sistema sanitario, los resultados positivos obtenidos se podrán trasladar a todos los ciudadanos y pacientes vascos.

3

Hacia dónde vamos

**Nuevo Modelo
Sanitario Vasco**

¿Hacia qué modelo sanitario queremos avanzar?

El objetivo último del nuevo modelo sanitario vasco es **mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes y ciudadanos vascos**, dando respuesta a los cambios en las necesidades de salud de una población más envejecida y con una elevada incidencia de enfermedades crónicas, **y garantizando además la sostenibilidad del sistema sanitario público en el largo plazo**.

El nuevo modelo supone una profunda transformación del actual modelo asistencial y de gestión, aún demasiado fragmentado, basado en la atención de episodios aislados y que no ofrece la **continuidad de cuidados** necesaria para una **buena gestión de los enfermos crónicos**. Los profundos cambios que se están realizando en el modelo sanitario persiguen un modelo centrado en el paciente en su conjunto y que pueda dar la continuidad de cuidados a nivel sanitario y social, facilitando nuevas estructuras, procesos y herramientas que permitan atender las necesidades de salud de los pacientes vascos de forma efectiva, más eficiente y más coordinada por parte de los profesionales sanitarios y sociales, con el potencial añadido de prevenir hospitalizaciones innecesarias y reducir costes.

Además, la transformación iniciada pretende avanzar hacia un **sistema proactivo y mucho más centrado en unos pacientes** que hayan recibido todo el apoyo necesario para **autogestionar** mejor su enfermedad y para prevenir enfermedades. En este sentido, la proactividad se traduce en actuaciones dirigidas a los distintos grupos de pacientes según sus factores de riesgo, previniendo la aparición de enfermedades o un empeoramiento en su estado de salud, junto con acciones y herramientas para facilitar un rol mucho más activo de cada paciente en la gestión de su enfermedad. Además, este mayor empoderamiento de los pacientes reducirá su demanda sanitaria, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema.

El nuevo Modelo Sanitario implica también un cambio importante en sus estructuras y herramientas asistenciales, sacando de los hospitales de agudos aquellas actuaciones que se pueden desarrollar en lugares más adecuados para el paciente y más eficientes, y potenciando nuevas formas de atención más adaptadas a las necesidades de los pacientes como los **hospitales de subagudos, la telemedicina o la hospitalización a domicilio**.

El nuevo modelo sanitario vasco supone transformar el modelo asistencial:

De un modelo centrado en la medicina de agudos...	➤	...a uno adaptado a las necesidades de los ENFERMOS CRÓNICOS
De un modelo de carácter reactivo, que cura las enfermedades...	➤	... a uno PROACTIVO , que cura, cuida y hace prevención según factores de riesgo
De un modelo con un paciente pasivo al que se atiende...	➤	... a uno centrado en un PACIENTE ACTIVO , que participa en la gestión de su enfermedad
De un modelo fragmentado, con ineficiencias y descoordinación entre niveles asistenciales y sociales...	➤	... a uno que permita la CONTINUIDAD DE CUIDADOS , mediante la integración asistencial y de recursos sociales
De una ordenación de recursos con elevado peso en los hospitales de agudos...	➤	... a estructuras que priman las intervenciones en los lugares más adecuados y eficientes (subagudos, telemedicina, ...)
De un pago por actividad realizada...	➤	... a un pago por la consecución de resultados en salud

Gestionar sistemas; no estructuras.

Partiendo de la convicción de que la transformación del sistema sanitario se debe gestar desde la provisión, en el lugar donde se encuentran los profesionales sanitarios y donde se produce la asistencia y la interacción con los pacientes, **el nuevo Modelo Sanitario Vasco se concreta a través de 11 Sistemas locales Integrados de Salud -Microsistemas** constituidos por la población que atienden y que en Euskadi se delimitan geográficamente.

Los microsistemas los componen todos aquellos agentes que proveen asistencia sanitaria a la misma población y que por tanto comparten responsabilidad sobre la salud de su población de referencia. Se considera agentes sanitarios que proveen asistencia sanitaria a las áreas de atención primaria, especializada, o la atención a subagudos, salud mental, etc. como también las organizaciones de salud pública, y otros agentes de la comunidad como son las escuelas, las ONGs, las asociaciones, etc. y los agentes sociales. Son todos estos agentes quienes, contando con los apoyos necesarios, están llevando a cabo multitud de actuaciones en su ámbito local para transformar la prestación de los servicios sanitarios para atender mejor las necesidades de su población de referencia mejorando la asistencia, con enfoque poblacional y buscando mayores niveles de eficiencia.

Dicho modelo de provisión, se regula en Acuerdo del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, por el que se regula la constitución, organización y funcionamiento de los Sistemas Locales Integrados de Salud – Microsistemas.

11 Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas



De acuerdo con el nuevo modelo asistencial, los Microsistemas buscan mantener **estabilizado al paciente crónico en su casa** y, por tanto, obtendrán **eficiencias** procedentes de la reducción de hospitalizaciones

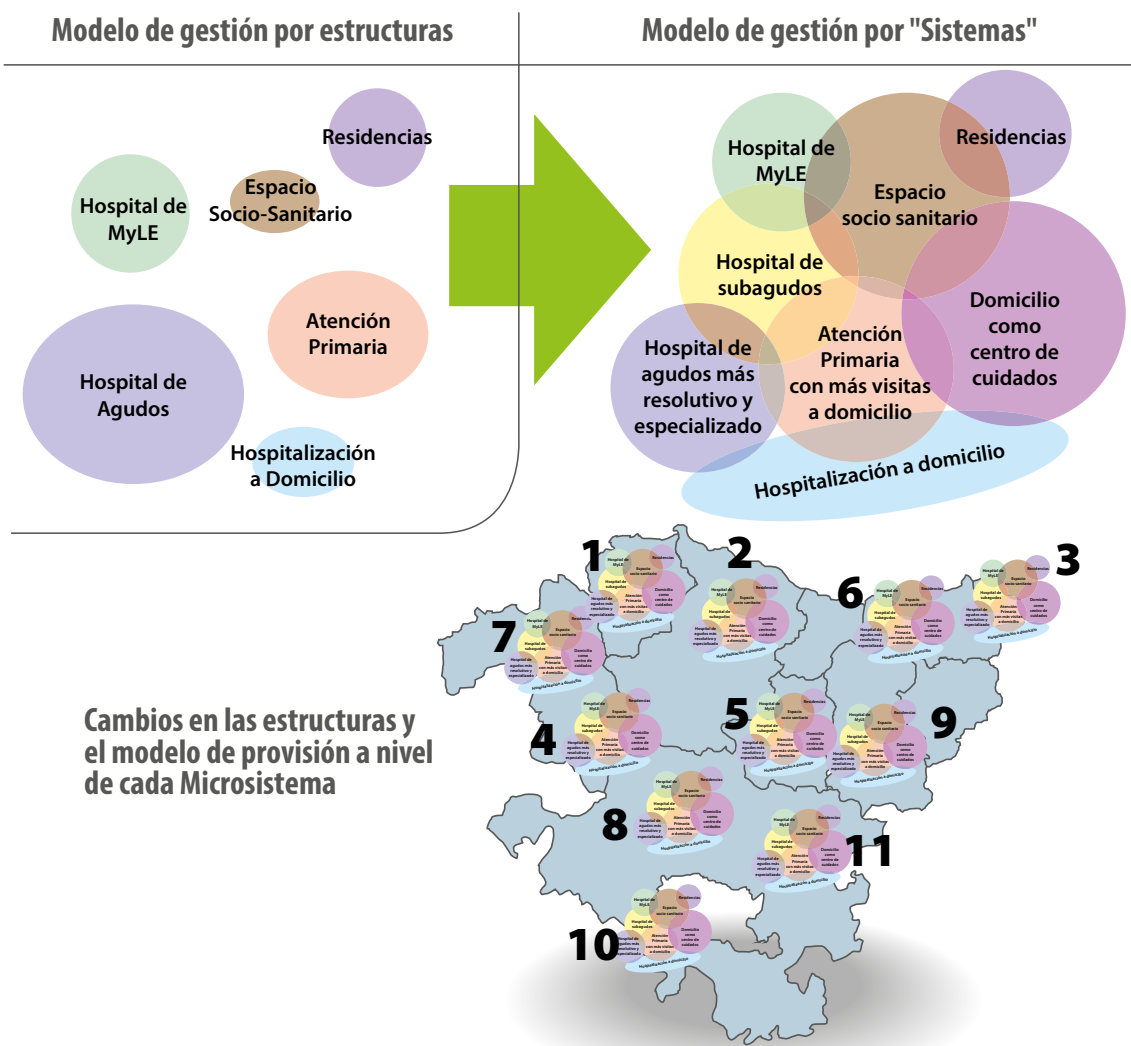
y de re-hospitalizaciones; la reducción de gasto en medicamentos; una menor frecuentación a urgencias; una menor necesidad de camas, etc.

Inglaterra, basándose en la misma filosofía, estima que el 15% de días-cama (ingresos) al año pueden ser transferidos a un entorno domiciliario, y por tanto, un ahorro potencial de 1.7 billones de libras por prestar más servicios en casa (HSJ 2012).

En consecuencia, este modelo exige una reconfiguración y redistribución de los recursos, “desplazando” gradualmente recursos hacia el ámbito domiciliario/comunitario y la atención primaria. Además, los **Microsistemas facilitan la integración de las organizaciones de servicios que componen**, favoreciendo una mayor coordinación e integración entre niveles asistenciales, y promoviendo una atención en el lugar más adecuado y que mejor se adapta a las necesidades de los pacientes de su ámbito territorial de influencia.

La transformación y sostenibilidad del Sistema Sanitario requiere avanzar en el modelo de los «microsistemas», de manera que con el tiempo consigan desarrollar una organización integrada de prestación y redes de servicios en el ámbito local. Este nuevo modelo implica una transformación con un importante carácter organizativo, donde se deben rediseñar muchos de los actuales instrumentos de gestión y relación con los centros para avanzar hacia modelos integrados: con objetivos comunes a medio y largo plazo; orientados a la búsqueda de resultados en salud; de valor para los ciudadanos y que aporten eficiencias al sistema.

La configuración variará de unos microsistemas a otros y, a buen seguro, será muy distinta de la actual. Los resultados dependerán de las medidas que vayan adoptando los profesionales sanitarios en colaboración con otros agentes en cada ámbito local y de las evidencias que se vayan obteniendo sobre



Cambios en las estructuras y el modelo de provisión a nivel de cada Microsistema

las intervenciones más coste eficientes para la mejora de la salud de los ciudadanos, en un proceso de cambio y mejora continua.

El nuevo Modelo Sanitario Vasco basado en microsistemas se diferencia del sistema anterior en dos aspectos fundamentales: **los objetivos comunes en el ámbito local y un nuevo sistema de gobernanza.**

En primer lugar, todos los microsistemas deben adecuar las estructuras y definir actuaciones de acuerdo a tres grandes objetivos estratégicos: **mejorar los resultados en salud y sociales, con un enfoque poblacional y con mayor eficiencia.**

Para gestionar “sistemas” y no estructuras aisladas entre sí, es necesario desarrollar una visión conjunta de estos tres objetivos.

El avance en estos objetivos en el ámbito local, mediante la coordinación y colaboración de todos los agentes que proveen asistencia sanitaria a una misma población con la adaptación de los servicios a

Tres grandes objetivos para el sistema sanitario a nivel local

1 Mejorar la atención clínica y social, favoreciendo la salud, accesibilidad, seguridad y satisfacción de los ciudadanos, y respondiendo a las necesidades de los enfermos crónicos



2 Planificar y desarrollar la atención con una lógica poblacional, según estratificación del riesgo.

3 Incrementar los niveles de eficiencia en el uso de los recursos, favoreciendo la sostenibilidad del sistema sanitario a largo plazo.

sus necesidades específicas de forma eficiente, contribuirá al logro de dichos objetivos para el conjunto del sistema sanitario.

Cada microsistema es quien mejor puede definir las actuaciones más adecuadas para el logro de los objetivos anteriores teniendo en cuenta sus **particularidades** en cuanto a las necesidades de su población de referencia, las infraestructuras y recursos con los que cuenta y los agentes sociales e institucionales con los que se relaciona. Así, **teniendo en cuenta estos tres grandes objetivos**, cada microsistema define e implementa de forma más coordinada **funciones de diversa índole**:

- **Intervenciones de mejora en resultados en salud y sociales (medicina y social)**, privilegiando de forma creciente una lógica de continuidad de cuidados que combine los distintos niveles asistenciales entre sí y con los servicios sociales.
- **Intervenciones con enfoque poblacional** dirigidas a las distintas poblaciones diana según sus niveles de riesgo y su estado de salud (educación, intervenciones preventivas en educación física, nutrición y desigualdades, procesos asistenciales integrados para grupos de pacientes diana, etc.).
- **Intervenciones centradas en la identificación de eficiencias** eliminando duplicidades y combinando de manera efectiva los servicios de los distintos agentes locales. Toda la evidencia indica que aparecerán muchas eficiencias de esta tercera función de los sistemas locales.

Además, teniendo en cuenta los tres grandes objetivos definidos, los distintos microsistemas deberán definir una visión común y co-responsable a todos los niveles de los procesos compartidos entre las diferentes organizaciones del microsistema y entablar la conexión con los proveedores relevantes,

promoviendo por todos los medios posibles **la integración clínica y social y una gestión eficaz del enfermo en toda la trayectoria asistencial**. También deberán redistribuir y redimensionar los recursos estructurales, económicos y humanos del microsistema en función de las necesidades de su población local, y desinvertir en servicios, medicamentos y tecnologías que no añaden valor clínico, estableciendo los circuitos para atender a los pacientes en el lugar y forma más adecuados, e impulsando procesos de innovación constante y mejora continua.

Para favorecer el desarrollo con éxito de todas las acciones anteriores, se hace necesario que los microsistemas desarrollen un **modelo de gobernanza**¹, que permita: ejercer un liderazgo local integrador y que facilite la toma de decisiones de una forma ágil y efectiva, estableciendo unas reglas de juego estructuradas y sistematizadas. Este modelo de gobernanza deberá establecer el marco y las condiciones adecuadas para que se pueda avanzar en el desarrollo e implementación de procesos transversales y que afectan a más de un agente del microsistema, manteniendo a la vez la independencia de gestión de los procesos que sólo competen a una organización y asegurando que éstos dan respuesta a las necesidades del paciente y no a intereses específicos de las Organizaciones.

Para ello, el modelo de gobernanza de cada microsistema deberá contar:

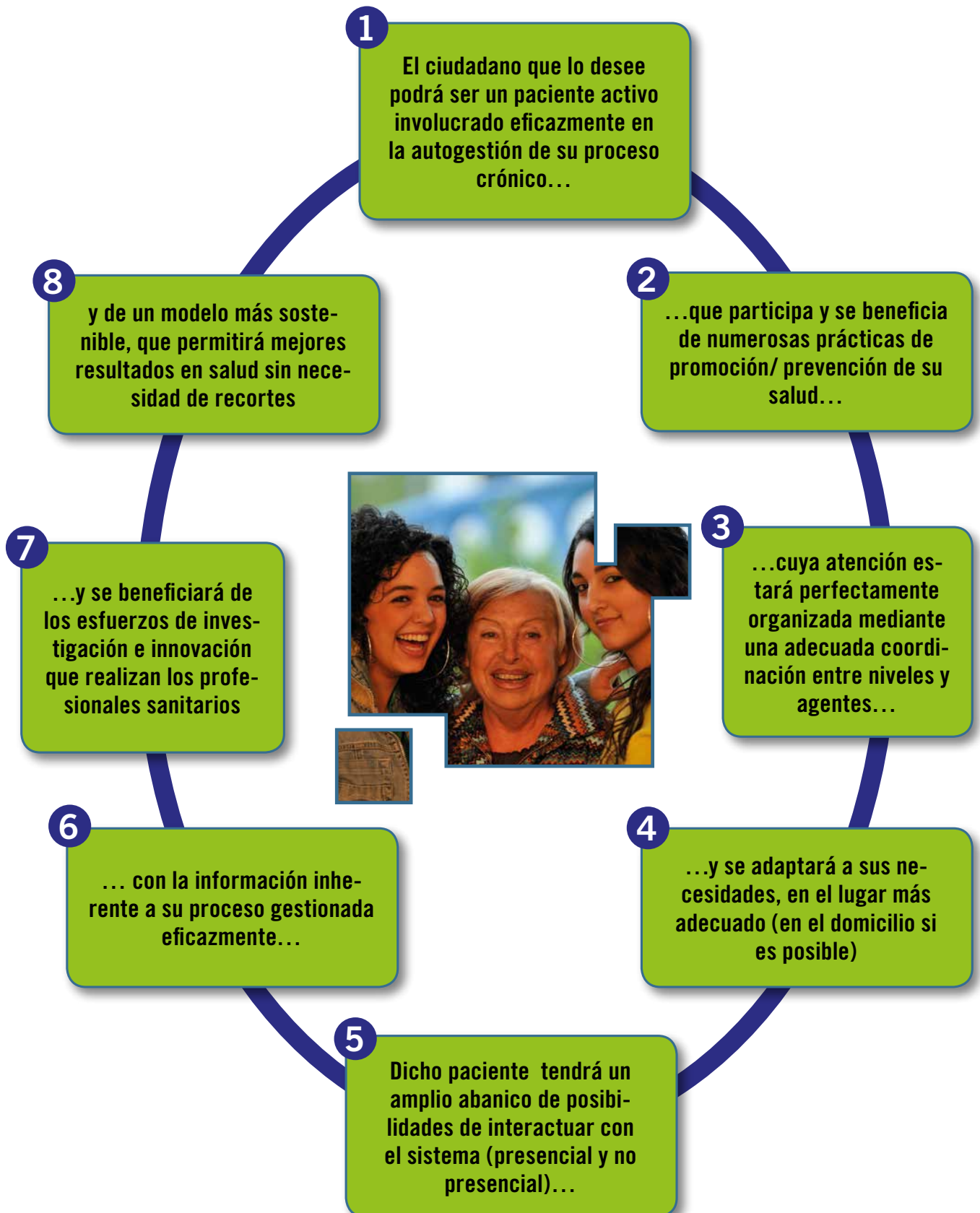
- **Con modelos y estructuras de gestión** que faciliten la gestión de los recursos procedentes de las diferentes organizaciones en los procesos asistenciales transversales.
- **Con órganos de gobernanza a distintos niveles de actuación**: un primer nivel de gobernanza que incorporaría los agentes de las diferentes organizaciones sanitarias y un segundo nivel, más ampliado, dónde se incluirían el resto de agentes que pueden tener algún rol relacionado con el ámbito sanitario.
- **Con los recursos presupuestarios adecuados**, valorando la conveniencia de disponer de presupuestos específicos para procesos transversales y compartidos entre distintas organizaciones.
- **Con los agentes clave involucrados**, desde los gerentes o directivos de cada una de las organizaciones de servicio (públicos, concertados y los servicios sociales), hasta los clínicos (médicos y enfermeros) como responsables de los procesos transversales, el personal de salud pública, los ciudadanos (ya sea de forma activa o bien escuchando o evidenciando sus necesidades a través de sesiones de trabajo, grupos focales, etc.) y otros agentes como las empresas del sector industrial, escuelas, ayuntamientos, medio ambiente e industria relacionada con el sector salud, y el tercer sector (asociaciones) como un agente con un interés especial que puede aportar servicios complementarios que el Sistema Sanitario y Social por sí sólo no pueden ofrecerlos.

En definitiva, la transformación y sostenibilidad del Sistema Sanitario pasa por avanzar en el modelo de los “microsistemas”, de manera que con el tiempo consigan desarrollar una organización “integrada” de prestación de servicios y redes de servicios en el ámbito local, avanzando hacia modelos integrados de provisión con objetivos comunes a medio y largo plazo, orientados a la búsqueda de resultados en salud, de valor para el ciudadano y que aporten eficiencias al sistema.

El cambio es necesario para poner al paciente en el centro del sistema, conseguir una mayor continuidad de cuidados, integrar niveles asistenciales, convertir el hogar en un centro de cuidados, y formar al paciente para pasar a ser un agente activo en el cuidado de su salud. Y son precisamente los ciudadanos y ciudadanas vascas los principales beneficiarios de la transformación del sistema sanitario, adoptando nuevos papeles y formas de relacionarse con el sistema sanitario.

¹ Información ampliada en el documento “Nuevo modelo de provisión de Euskadi: Sistemas Locales Integrados de Salud – Microsistemas y su gobernanza (2012)”

Y para los ciudadanos vascos ¿cómo cambia su papel y su relación con el sistema sanitario?



4

Cómo lo estamos haciendo

- 4.0 Un liderazgo distribuido y creando capacidad
- 4.1 Estrategia de crónicos como motor de la transformación del Sistema de Salud
- 4.2 Con una gestión más eficiente y una apuesta por la sanidad pública
- 4.3 La Sanidad como inversión y generadora de riqueza para el País Vasco a través de la innovación
- 4.4 Ampliando la defensa de derechos de los ciudadanos

4.0 Un liderazgo distribuido y creando capacidad

Un liderazgo distribuido

Para avanzar en la transformación hacia el nuevo Modelo Sanitario vasco, a lo largo de los últimos años se han llevado a cabo multitud de actuaciones que han permitido generar **nuevas capacidades y herramientas** en línea con las cinco políticas de la Estrategia de la Cronicidad (visión poblacional, prevención y promoción, autonomía del paciente, continuidad de atención e intervenciones adaptadas). Todo ello, es consecuencia de **eleva a política sanitaria prioritaria la transformación del modelo de atención, con una visión y objetivos de hacia donde debería dirigirse la organización muy definida y clara** en lugar de sólo mejorar lo que hay.

En paralelo al desarrollo de estas nuevas capacidades y herramientas, se ha trabajado intensamente para lograr **una gestión más eficiente** que permita continuar **apostando por la sanidad pública** y la **defensa de los derechos de los ciudadanos** en un contexto de profunda crisis económica y enormes limitaciones presupuestarias. Y también se han dedicado importantes esfuerzos a **incrementar la innovación** en el sistema, mediante el desarrollo de nuevas estructuras de apoyo a la investigación y mediante un nuevo modelo de relaciones con la industria.

La complejidad del cambio necesario en el modelo sanitario implica **mayor sofisticación en la gestión del sistema con el fin de conseguir que los profesionales y los usuarios jueguen un papel mucho más estratégico** que en los últimos años. Se trata de un cambio cultural complejo y a medio plazo. Por este motivo, en los últimos años se ha promovido **un gran cambio cultural** que se traduce en:

- Una **mayor elección y más voz a los ciudadanos** para que ayuden a dar forma al sector desde abajo.
- Un mayor desarrollo de la capacidad de **liderazgo local** por los profesionales
- Una mayor **apertura** a la interacción y colaboración entre profesionales sanitarios de distintos ámbitos y con otros agentes del entorno
- Una mayor **proactividad para la innovación** y la introducción de cambios en el sistema
- Una mayor **cultura evaluativa**, que promueve el contraste de los resultados y la generación de evidencias en todas las actuaciones que se están llevando a cabo.

Este cambio cultural se está logrando a través de un liderazgo distribuido y un **estilo de dirección diferente**, menos jerarquizado y que fomente la **descentralización** del poder con una mayor autonomía de actuación y decisión en el ámbito local, y que permita que los profesionales y directivos locales construyan desde abajo, creando **capacidad de liderazgo local**.

Esta forma más descentralizada de liderar no implica perder los beneficios logrados en los últimos años con una gestión directa y centralizada. Tampoco implica volver al pasado, a un sistema en el que los profesionales no rinden cuentas ni reportan. Al contrario, supone:

- En primer lugar, dejar espacio para la participación de los profesionales y usuarios/pacientes en procesos de mejora en sus sistemas locales **sin imponer un modelo único** y dejando margen de maniobra a los profesionales y gerentes locales para que busquen «sus respuestas» y mejoras.
- En segundo lugar, desde el ámbito macro se ha fortalecido y creado capacidad para promover el cambio de todos los actores en los sistemas integrados locales de salud por medio de la introducción de instrumentos de apoyo al cambio, **formación en gestión, liderazgo**.
- En tercer lugar, un área que se ha fortalecido es la incentivación de los gerentes y profesionales por la generación de eficiencias y capacidad integradora. Para ello, en un esquema descentralizado, **los directivos centrales pueden reforzar los incentivos** que promuevan que los equipos locales

experimenten con sus mejoras **facilitando recursos, analizando y comparando los resultados y disseminando las lecciones a otros equipos de la red.**

Aunque es probable que este cambio hacia un mayor liderazgo clínico local suponga una tolerancia mayor a la incertidumbre, un riesgo intrínseco en un proceso de cambio de este calado, no parece que existe alternativa a seguir un proceso mucho más colaborativo a partir de ahora. En este esquema **los directivos locales no «dirigen» ni intervienen en el sentido clásico sino que facilitan y posibilitan mejoras locales al crear un contexto más receptivo a estos cambios.**

Creando capacidad

El liderazgo a nivel local es un factor clave para avanzar en el cambio del modelo asistencial, para ello se ha dotado de **formación a los directivos para desarrollar las competencias en gestión sanitaria** de forma alineada con la nueva estrategia de la Consejería y Osakidetza, enfocada en la gestión a crónicos y en la Calidad y Seguridad del Paciente.

Además, a nivel local, los microsistemas se han enriquecido con la inestimable **participación de pacientes, profesionales sanitarios y otros agentes e instituciones**, así como con el apoyo de diversas estructuras de apoyo, cuyo objetivo es impulsar, introducir herramientas, metodología que permita introducir mejoras a las organizaciones y así, acelerar dicha la transformación:

- La **Oficina de la Estrategia de la Cronicidad (OEC)**, creada para el impulso y seguimiento de los 14 proyectos definidos en la Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi^{2 3}.
- El **Instituto Vasco de Innovación Sanitaria (O+berri)** que, desde la innovación, ha aportado nuevas técnicas y modelos que han permitido la dinamización de múltiples proyectos que han contado con la participación de profesionales y agentes de distintas organizaciones de servicios. Las herramientas que se han introducido han sido diversas, desde el IEMAC⁴, instrumento para la autoevaluación de organizaciones sanitarias en relación a su grado de implantación de modelos de gestión de la cronicidad que permite la evaluación de organizaciones a niveles macro, meso y micro; marco evaluativo de organizaciones integradas, metodología “Breakthrough Series Collaboratives” (BTS) que permite aprender unas de otras y lograr, a través de este método colaborativo, avances en la calidad de la atención.
- **Kronikgune, Centro de Investigación de Excelencia en Cronicidad**, creado con vocación de convertirse en una entidad de referencia mundial en el estudio sobre las respuestas sostenibles de los sistemas sanitarios y sociosanitarios frente a la cronicidad. Con el apoyo a la generación de conocimiento a través de las experiencias surgidas dentro de la red sanitaria vasca y su posterior divulgación, se aspira a favorecer la implantación de estrategias que den respuesta al reto de la cronicidad en el País Vasco y en otras redes sanitarias y lograr, en definitiva, una producción científica competitiva y de calidad en el campo de la cronicidad.
- **Etorbizi, Centro Vasco de Innovación Sociosanitaria**, cuyo fin es el impulso y la articulación de iniciativas de investigación, desarrollo e innovación de carácter sociosanitario para la prevención y atención de situaciones derivadas del envejecimiento, las enfermedades crónicas, la discapacidad o la dependencia.
- **El Centro Nacional de Investigación sobre el Envejecimiento (CNIE)**, una gran infraestructura científica de investigación básica y aplicada de excelencia internacional, que abarca desde la investigación básica celular hasta el desarrollo de nuevas técnicas asistenciales.

En esta línea se ha trabajado en generar conciencia sobre la necesidad de transformación del modelo asistencial, así a lo largo de estos años, el **País Vasco se ha convertido en uno de las regiones con mayor capacidad de atracción y organización de Congresos** que se focalizaran en la mejora y abordaje de los pacientes crónicos, abarcando diferentes áreas, desde el fomento de la divulgación de experiencias de éxito a nivel internacional y nacional, de las cuales poder tomar ejemplo, como promotores del desarrollo tecnológico adaptado a las necesidades de los pacientes crónicos y del sistema sanitario. Periódicamente se ha promovido el intercambio de resultados y avances de los proyectos de la Estrategia de Crónicos.

² Información ampliada en el documento de la Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi

³ Información ampliada en los documentos de Avance de la Estrategia.

⁴ IEMAC: (Instrumento de Evaluación de modelos de atención ante la Cronicidad), desarrollada por O+Berri (Instituto Vasco de Innovación Sanitaria), la Universidad Miguel Hernández de Elche (UMH) y el laboratorio MSD.

4.1 Estrategia de crónicos como motor de la transformación del Sistema de Salud

Incorporando y potenciado “herramientas integradoras”

Para avanzar en la transformación hacia el nuevo Modelo Sanitario vasco hay que fomentar la coordinación e integración en las organizaciones a nivel local. Para ello, se requieren herramientas integradoras que permitan fusionar un sistema fragmentado, así se ha dotado al sistema de **nuevas herramientas, nuevos procesos y figuras de los que el sistema sanitario actual no dispone**, en el marco de un proceso de transformación organizado y que, mediante un mecanismo de **múltiples poleas de cambio** que se potencian una con otra, actúa sobre el sistema tanto de arriba abajo como de abajo a arriba, avanzando de manera conjunta hacia el logro de los tres objetivos estratégicos que persiguen los microsistemas: mejorar los resultados en salud y sociales, con un enfoque poblacional, y con mayor eficiencia.

Todas y cada una de las herramientas son integradoras y su potencia transformadora está en la suma y la sinergia que ejercen cada una de ellas sobre una parte del sistema, y que de forma individual su efecto quedaría diluido. Por otra parte, una parte de ellas aborda la capacidad de que los pacientes sean más conocedores de su patología para que así, puedan manejar mejor su patología, sentirse más seguros y poder establecer una conversación de tu a tú con los profesionales sanitarios haciendo un uso más adecuado de los recursos sanitarios.



Gracias al desarrollo progresivo de todas estas poleas de cambio desde el año 2009, en la actualidad, los 11 microsistemas disponen de nuevas capacidades y herramientas para poder avanzar en la transformación del modelo asistencial que se pretende:

- Cada microsistema ya dispone de la **Historia Clínica Unificada (Osabide Global)** que permite acceder desde cualquier organización de servicio a la historia clínica de un paciente y la **receta electrónica** en fase de implementación.
- Asimismo, se ha desarrollado un nuevo modelo de atención a los pacientes: Osakidetza **no presencial (Osarean)** que permite atender a la población de cada microsistema sin necesidad de tener que acudir a la consulta del médico en el centro de salud.
- Los profesionales sanitarios en cada microsistema tienen a la población identificada en función de su riesgo o su morbilidad, lo que les permite registrar sus intervenciones y adoptar un papel proactivo en la prevención de multitud de reingresos y enfermedades frente al rol reactivo de intervención sólo cuando los pacientes acceden al sistema.
- Paralelamente, se han desarrollado experiencias de integración de resultado positivo en diversos microsistemas, tanto en aquellos caracterizados por la integración en una organización única (OSI) como en microsistemas que no son una organización única.
- Actualmente se encuentran en fase de desarrollo los nuevos modelos de atención en hospitales de subagudos y en modelos de coordinación sociosanitaria.
- Se han puesto en marcha **proyectos de investigación**:
 - Para definir los **Roles de enfermería** que necesita este nuevo modelo sanitario, surgiendo tres figuras con funciones diferenciadas y que persiguen un mayor control del paciente crónico, mayor proactividad y mayor capacidad de empoderar a los pacientes. Dichos roles se están extendiendo ya dentro del Sistema Sanitario vasco.
 - Para desarrollar experiencias de **empoderamiento del paciente**, así se ha desarrollado **paciente activo** que es un programa que aborda la parte clínica y emocional de la patología apoyándose en formaciones impartidas por pacientes expertos que tras una formación y apoyo del profesional sanitario enseñan a aceptar, convivir y autogestionar su patología. Esta iniciativa, se está extendiendo y se está trabajando en la liberación de agendas de los profesionales de enfermería para que destinen parte de su tiempo a fomentar el empoderamiento de los pacientes en relación con su patología.
 - Para formentar la **prevención y promoción**, desde la puesta en marcha de estudios clínicos para evaluar el impacto de la intervención como es el proyecto **DEPLAN** (detección de pacientes con riesgo de padecer diabetes e intervención educativa para cambio de hábitos). Adicionalmente se está potenciando el área de la Salud Pública para que éstos definan en el ámbito clínico las intervenciones de prevención y promoción conectando con el ámbito comunitario.
- Se han llevado a cabo más de **140 proyectos de innovación por parte de los clínicos** abordando diferentes estudios y proyectos entorno a la integración asistencial para mejorar la salud y la atención en diversas tipologías de pacientes, experiencias de autogestión y experiencias de abordaje a través de la telemedicina, entre otros.
- Además, se ha modificado el **modelo de contratación y financiación** de servicios sanitarios con el objetivo de dirigir las Organizaciones de Servicios hacia el nuevo modelo sanitario que introduzca el pago por resultados en salud, que fomente la coordinación asistencial y que permita un espacio para la innovación y consecuencia de ellos, catalizador hacia la creación de microsistemas.
- A través de los diferentes proyectos, y el avance tecnológico se desprende una nueva forma de comunicación entre el paciente y el sistema sanitario; lo que podríamos llamar como **“paciente digital”**. **Osarean** proporciona múltiples alternativas a través del uso de las tecnologías, monitorización, contacto permanente con los profesionales para pedir consejo; intercambio de experiencias y emociones a través de redes sociales, etc...

Todas estas poleas y nuevas herramientas, además de contribuir a la consecución de los tres grandes objetivos de los microsistemas (mejorar los resultados en salud y sociales, con un enfoque poblacional, y con mayor eficiencia), están desarrollando múltiples capacidades en el sistema, consiguiendo una **mayor integración y un mayor protagonismo del paciente en el modelo además de promover un abordaje proactivo del paciente:**

- De alguna forma, la mayoría de proyectos apuntan a entender la forma de ejercer medicina de una forma diferente, anticipándose a la evolución de la enfermedad de los pacientes o a la aparición de ésta, así, la **proactividad** viene dada por el conjunto de todas las iniciativas puestas en marcha.
- Otros proyectos están enfocados a actuar sobre la demanda, potenciando la **autogestión** del ciudadano y su autonomía, como iniciativas orientadas a la promoción del paciente activo y al desarrollo de nuevos roles por parte de enfermería.
- Otros proyectos están orientados a garantizar el **continuo asistencial** mediante el impulso y fomento de la coordinación asistencial entre niveles sanitarios e incorporando los servicios sociales, agente clave para poder proporcionar la continuidad de cuidados de los pacientes crónicos.

En las páginas siguientes se explica brevemente en qué consisten las distintas poleas que se han puesto en marcha en Euskadi para incrementar las capacidades de gestión de los microsistemas y favorecer la transformación del modelo de provisión asistencial.

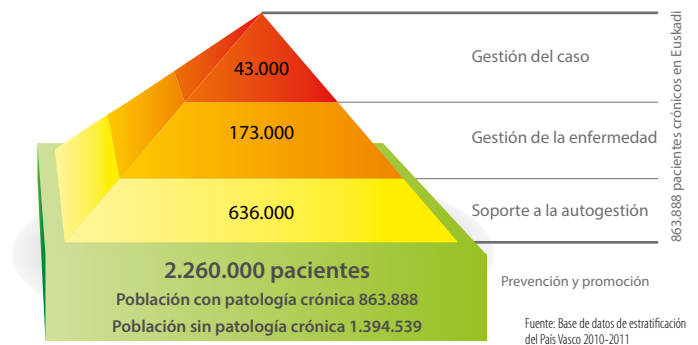
1. Estratificación de la población

La estratificación es una herramienta que realiza una **clasificación prospectiva de la población basado en la identificación de necesidades futuras de cuidados sanitarios, a partir del nivel de complejidad y comorbilidad de las personas.** La estratificación de la población permite clasificar a los pacientes en función de su morbilidad en base a las patologías más prevalentes, y seleccionar aquellos pacientes con necesidades y patologías similares, favoreciendo una atención proactiva e integrada con intervenciones concretas. En concreto, permite:

- **Planificar** a nivel de microsistemas y definir intervenciones concretas para grupos de pacientes diana, adecuadas a sus necesidades y nivel de riesgo.
- Ayudar a los profesionales sanitarios en el ámbito clínico a captar pacientes sobre los que **intervenir de manera proactiva.**
- Ayudar a los médicos a **adaptar la atención** en función de la morbilidad de los pacientes, al tener disponible los datos de la estratificación de cada paciente integrados en la Historia clínica unificada (Osabide).

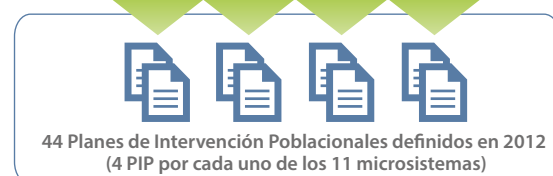
La herramienta de estratificación ya ha sido utilizada en la planificación y contratación para definir las **poblaciones diana** a intervenir en el año 2012. Para cada población diana, se ha definido en el ámbito clínico cómo entre todos los agentes de cada microsistema van a proveer la asistencia de una forma coordinada y eficiente (Planes de Intervención Poblacionales).

Foto del País Vasco en función de la estratificación del riesgo: 100% de la población estratificada



Volumen de pacientes seleccionados con la herramienta de estratificación para 2012

	Pluri	EPOC	DM	ICE	TOTAL
Gipuzkoa	2.278	3.119	7.498	4.499	17.394
Araba	907	1.317	2.430	1.208	5.862
Bizkaia	3.664	4.982	12.094	6.935	27.675
TOTAL	6.849	9.418	22.022	12.642	50.931



De esta forma, de los más de 860.000 pacientes crónicos que existen hoy en día en Euskadi se han seleccionado más de 50.000 pacientes -con nombres y apellidos (el 2,3% de la población vasca)- y se han ubicado en grupos de población a intervenir en cada nivel de riesgo en cada uno de los microsistemas para que definan sus Planes de Intervención Poblacional.

Además, la herramienta de estratificación se ha utilizado para el programa de vacunación de la **gripe** y en determinados **proyectos bottom-up** para realizar intervenciones concretas en grupos de pacientes.

2. Prevención y promoción

En el ámbito de la prevención y promoción de la salud, el nuevo Modelo Sanitario Vasco persigue **actuar de forma proactiva** y más intensa sobre los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas, priorizando las actuaciones **en el ámbito local-comunitario** con la colaboración de múltiples agentes (ayuntamientos, escuelas, residencias...). Para ello es necesario que los agentes de Salud Pública desarrollen su función junto con el ámbito clínico y trabajen conjuntamente en la definición y puesta en marcha de actuaciones en conexión con el ámbito comunitario. En esta línea resulta esencial potenciar las actuaciones de promoción y prevención detalladas en el anteproyecto de Ley de Salud Pública. Con ello se pretende:

- Evitar que los ciudadanos desarrollen dolencias crónicas o retrasar su aparición.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes que ya tienen enfermedades crónicas, minimizando su impacto sobre su calidad de vida y evitando que desarrollen nuevas enfermedades relacionadas.

Principales iniciativas dirigidas a la promoción de hábitos saludables:

En este sentido, cabe destacar algunas de las iniciativas que se han puesto en marcha sobre los principales factores de riesgo en Euskadi en los últimos años:

- La promoción de la actividad física en la CAPV (AKTIBILI).
- El Plan Euskadi libre de humo de tabaco.
- El programa de educación afectivo-sexual en juventud, desarrollado en centros de enseñanza.
- Los programas de deshabituación tabáquica (que implica la formación de 1.500 profesionales). Puesta en marcha de intervenciones colaborativas en el ámbito comunitario para la prevención y promoción del consumo responsable del alcohol (ContrOhol).
- La ampliación del programa de detección precoz de cáncer de colon y recto (pasando del 5,6% a 70% de cobertura) y del programa de detección precoz de cáncer de mama (incluyendo a mujeres de 40-49 años con antecedentes en primer grado de cáncer de mama).
- El programa D-Plan, de prevención de la diabetes tipo 2 (DM 2) en la práctica clínica (desarrollado en 14 centros de Atención Primaria con más de 1.400 pacientes, identificándose al 58% como de alto riesgo de desarrollar la Diabetes tipo II).

En general, los resultados y satisfacción en los proyectos de prevención han sido elevados y se está trabajando en su extensión a todos los microsistemas, ya que con este tipo de intervenciones, los pacientes aprenden sobre la importancia de llevar hábitos de vida y dietas saludables, y se responsabilizan en mayor medida de su salud, asumiendo un mayor control sobre la misma.

Además de las iniciativas anteriores, se han definido otras dirigidas a favorecer el **cambio cultural hacia un modelo más proactivo**, donde prime la prevención y la promoción:

Se ha constituido una **Comunidad de Práctica de «Evaluación del impacto en Salud en la CAPV»** y se está formando a personal técnico de Salud Pública de Ayuntamiento y de la Administración.

En relación a la herramienta de estratificación, que permite obtener poblaciones diana según factores de riesgo, se han establecido **objetivos comunes de prevención y promoción por microsistema**. En los Planes de Intervención Poblacional para el año 2012 se han priorizado las iniciativas de cribado y consejo antitabáquico, vacunación antigripal, actividad física y obesidad.

Se han realizado **14 proyectos de innovación gestados desde la red**, relacionados con nuevas formas y prácticas de llevar a cabo las tareas de prevención y promoción.

3. Empoderamiento del paciente

Un paciente activo es un **paciente capaz de entender su enfermedad, responsabilizarse de su salud y manejar de manera adecuada las distintas opciones de su tratamiento**. Para transformar el modelo, es fundamental facilitar la formación y las herramientas necesarias para que los distintos microsistemas cuenten con un número cada vez mayor de pacientes activos que puedan:

- Entender y conocer su enfermedad, saber qué hacer, a dónde recurrir y en qué momento.
- Responsabilizarse de su salud y asumir el control sobre la misma.
- Mejorar la comunicación con los profesionales sanitarios y manejar de manera adecuada las distintas opciones de tratamiento
- Incrementar su autonomía y reducir las interacciones con el sistema que no sean necesarias al adoptar un papel activo en los procesos asistenciales y en su cuidado.
- Compartir con otros pacientes y familiares aspectos emocionales de gran importancia en el desarrollo de la enfermedad y en su calidad de vida.

Para avanzar en esta dirección es necesario transformar el sistema sanitario con **nuevos roles y funciones de los profesionales sanitarios**, que vayan interiorizando la cultura del paciente activo, a todos los niveles y especialmente en el ámbito de la enfermería.

Activando al paciente

El proceso de empoderamiento del paciente tiene dos grandes líneas de actuación; presencial y no presencial. La evidencia clínica indica que es necesaria una **intervención compleja y estructurada presencial, que puede ser complementada con actividades no presenciales**.

- A través de **iniciativas asociadas a la formación de pacientes y programas específicos de paciente activo**, donde pacientes formados previamente formen a otros pacientes con la misma patología y les ayuden a convivir con su enfermedad y a participar en las decisiones médicas. Así por ejemplo, en el período 2010-2012 se han impartido **58 cursos de formación a 60 líderes y 680 pacientes, con resultados estadísticamente significativos en cuanto a mejoras en salud y elevada satisfacción**, y con mejoras propuestas para la extensión de la experiencia a otras patologías y otras áreas del sistema sanitario. Como complementación a los cursos impartidos, se ha llevado a cabo un estudio cualitativo en los pacientes que han recibido la formación para avanzar en la mejora del empoderamiento de los pacientes con enfermedades crónicas⁵.
- Favoreciendo la introducción de **nuevos roles y funciones de los profesionales sanitarios**, para ir interiorizando la cultura del paciente activo, a todos los niveles y especialmente en la enfermería. Se persigue con ello la capacitación y el cambio cultural en los profesionales que hagan posible la transformación profunda del sistema sanitario. De este modo se lograrán introducir importantes cambios en los procesos de provisión de manera que el paciente cobre un mayor protagonismo, mejorando su salud y reduciendo presión innecesaria en la demanda asistencial.
- Incitando el desarrollo de la cultura del paciente activo en las estructuras ordinarias y extendiendo el programa de paciente activo a todos los microsistemas mediante la **contratación de procesos de activación de pacientes** en los Planes de Intervención Poblacionales de todos los microsistemas.
- Considerando al paciente activo como uno de los pilares para el desarrollo de **Osarean**, mediante la introducción de la Carpeta de Salud de cada ciudadano y el área de paciente activo, donde se recoge información relacionada con distintas patologías.
- Haciendo uso de las nuevas tecnologías, con la creación de la **Comunidad Vasca de Pacientes KRONET**. Se trata de una red social destinada a pacientes crónicos, familiares y cuidadores con unas características que la hacen única en el panorama internacional, ya que está basada en

5 Información ampliada en el documento: *Paciente activo. Evaluación realizada por prosumers participantes en el programa. Noviembre 2012*

las afinidades emocionales de sus usuarios y que no se focaliza en patologías. También se han facilitado plataformas tecnológicas para dar soporte a asociaciones de profesionales y asociaciones de pacientes, con la intención de extender la iniciativa al total de 140 asociaciones de pacientes y profesionales de Euskadi próximamente.

- Dando los pasos para la constitución de la **Escuela de Pacientes**, que va a contar con un equipo técnico compuesto por expertos que gestionan los programas de formación, proporcionan apoyo a los microsistemas, coordinan la formación de líderes y promueven y difunden los programas dentro de la CAPV.
- Llevando a cabo **17 proyectos de innovación** en el ámbito del paciente activo, que han sido definidos por los profesionales y desarrollados en los distintos microsistemas y áreas de la red de provisión.

Los pacientes que se autogestionan pueden tener hasta un 27 % menos de mortalidad. No es un medicamento, ni una operación quirúrgica; es mejor auto gestión lo que impacta en la mortalidad.

El paciente bien informado podrá asumir mayores responsabilidades y en consecuencia será mejor consumidor de atención sanitaria.

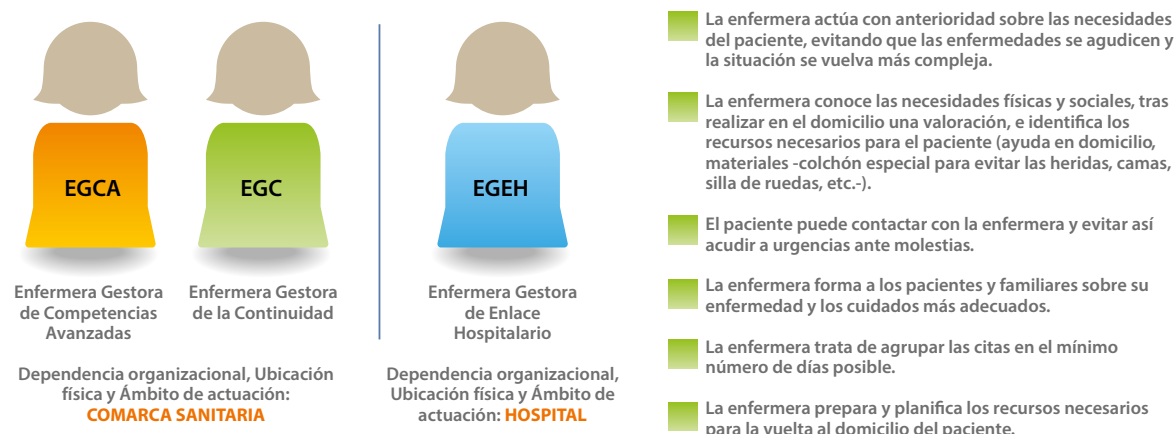
Cada uno vive la cronicidad de forma diferente, depende de la gravedad de la patología, pero en gran medida de la situación personal y emocional del paciente.



istockphoto - getty images

4. Nuevos roles de enfermería

Para mejorar en la atención integrada y continua al paciente con patologías crónicas que requiere múltiples cuidados, es necesario **potenciar nuevos roles y funciones que debe asumir la enfermería, cambiando de forma importante los procesos asistenciales y preventivos**. Para avanzar en las funciones que debe desarrollar la enfermería en el nuevo modelo asistencial, se puso en marcha un estudio focalizándose en el papel de la enfermería en la gestión del caso; así tras un benchmarking nacional e internacional de experiencias relacionadas en esta área y con el apoyo y dirección de un grupo de trabajo interdisciplinar se ha elaborado un «**Marco Competencial Ampliado**» que recoge los perfiles/roles resultantes a pilotar: **Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario** (EGEH; actúa en las Comarcas Sanitarias), **Enfermera Gestora de la Continuidad** (EGC; actúa en las Comarcas Sanitarias) y **Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas** (EGCA; actúa en los hospitales).



Estos tres nuevos roles de enfermería han sido desarrollados en 8 experiencias piloto que han permitido testar nuevas competencias interviniendo sobre un total de **900 pacientes pluripatológicos** (obtenidos con ayuda de la herramienta estratificación), y aplicando los procesos adecuados de gestión del caso (con el apoyo de Osarean a nivel operativo para el seguimiento a distancia de los pacientes con patologías crónicas). Los resultados clínicos obtenidos en dicho estudio han sido muy positivos, por lo que se han reducido el número de visitas a urgencias y de desplazamientos para consultas y/o pruebas, y se ha agilizado el alta hospitalaria y la vuelta al domicilio en las mejores condiciones posibles. Estos datos permiten concluir, que progresivamente se deberán incorporar estas nuevas figuras dentro de las organizaciones sanitarias.

A lo largo del año 2012, se ha avanzado en el **despliegue gradual⁶ de estos nuevos roles de enfermería en todo el sistema sanitario**, de manera que en la actualidad la mayoría de las organizaciones ha incorporado algunas de las figuras pilotadas (EGEF, EFCA, EGC) y todos los microsistemas han reorganizado sus recursos para asumir alguno de los nuevos roles o competencias y tienen planes de actuación y circuitos para la continuidad asistencial del paciente pluripatológico, que varían en función del grado de desarrollo de las nuevas competencias. En este sentido, en los Planes de Intervención Poblacional de cada microsistema para 2012 se identifican las enfermeras que se van a formar y transformar para adquirir estos nuevos roles, con un objetivo de despliegue a 74 enfermeras, que deben atender o dar cobertura a alrededor de 100 pacientes cada una.

5. Osarean: Centro Multicanal

Para favorecer la accesibilidad y mejorar el servicio a los ciudadanos se ha desarrollado **Osarean**, un **centro de servicios sanitarios multicanal (CSSM)** cuya misión es facilitar a quien lo desee, pacientes, familiares y profesionales, poder relacionarse con la sanidad pública vasca de forma no presencial: a través del teléfono, e-mail, videoconferencia, TV, Web, redes sociales, etc.

6 Información ampliada en el documento: Informe: Jornada sobre "El reto de avanzar en el despliegue de las competencias avanzadas en enfermería"

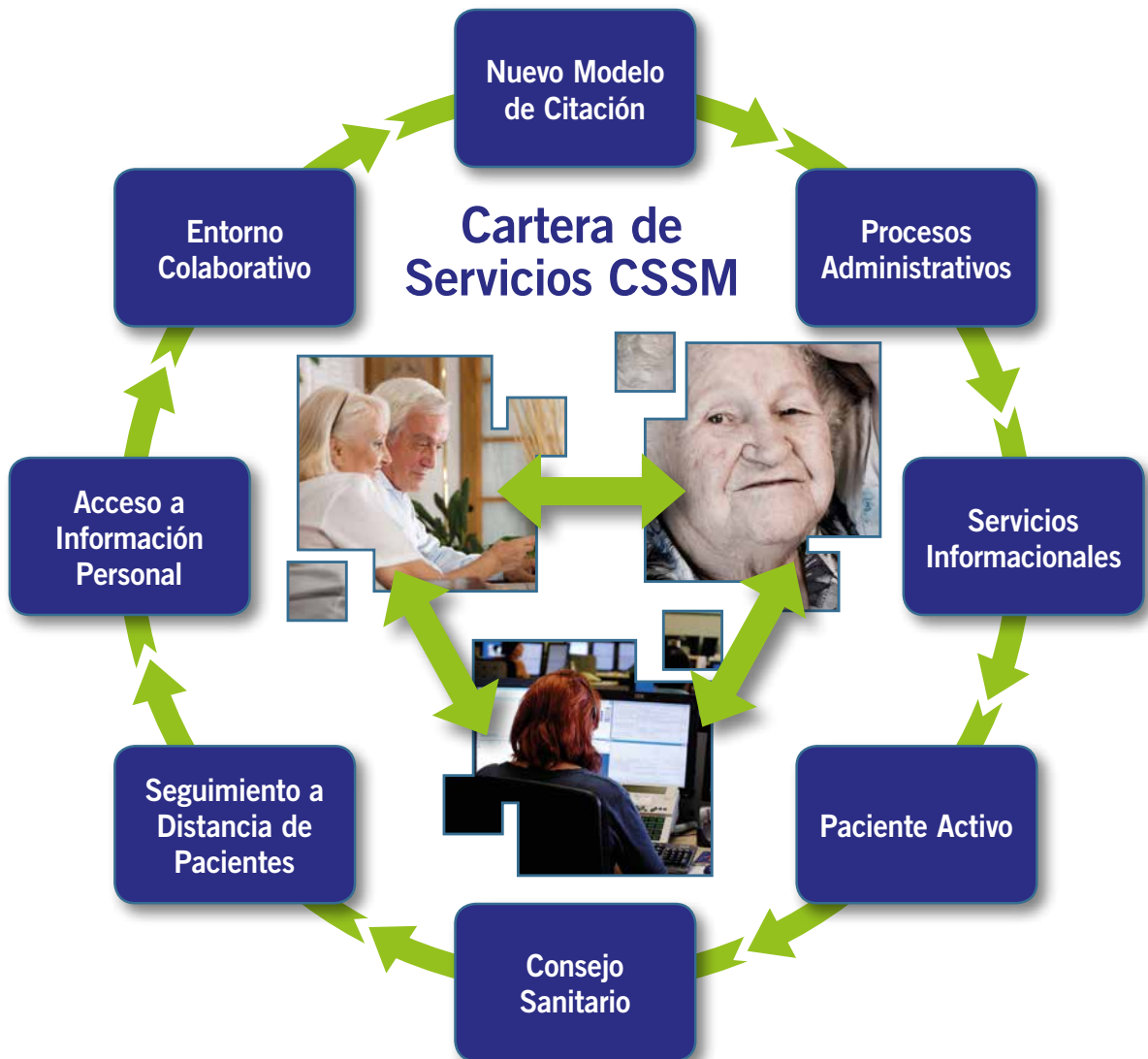
Este nuevo modelo de atención sanitaria no presencial a través de las nuevas tecnologías facilita la autogestión del paciente activo, permite atender a la población sin necesidad de acudir al médico y contribuye a dar respuesta a necesidades de los pacientes con patologías crónicas no cubiertas anteriormente, aportando una serie de herramientas a los profesionales para mejorar la atención. En este sentido, Osarean representa un **nuevo sistema de provisión no presencial** que supone un canal alternativo y contribuye a la mejora de la eficiencia, con importantes ventajas en todos los microsistemas:

- Da valor al trabajo clínico, descargándolo de procedimientos administrativos y actividades de seguimiento rutinarias que pueden realizarse sin que el paciente se desplace al centro sanitario.
- Contribuye a reducir los tiempos de respuesta a las necesidades sanitarias de los pacientes, reduciendo la incertidumbre y la inquietud sobre problemas de salud no graves.
- Hace más sostenible el sistema sanitario.
- Apoya y facilita la coordinación entre los profesionales de Atención Primaria y Especializada.
- Promueve la implicación del ciudadano con su salud y del paciente con su enfermedad, utilizando canales complementarios al presencial, vía habitual hasta ahora, como una estrategia clave para la mejora de los resultados.
- Facilita el acceso a la información general sobre los servicios sanitarios que presta Osakidetza, y mejorar el acceso de la ciudadanía a la información sobre salud con garantías de veracidad.
- Permite detectar precozmente la descompensación clínica de los pacientes con patologías crónicas monitorizados y, en su mayor caso, polimedicados.
- Evita desplazamientos innecesarios a los centros de primaria y especializada, interfiriendo lo menos posible en la vida privada y laboral de los pacientes y sus familias, aumentando la satisfacción de ciudadanos y profesionales.

Entre los **hitos y contribuciones más relevantes** en el desarrollo de Osarean, cabe destacar:

- La creación del **Consejo sanitario** a través del teléfono, prestado por enfermeras especialistas de Osakidetza, que atiende actualmente a unas 13.000 llamadas al mes, con un porcentaje de resolución por enfermería del 85%, el 95% de los cuales no acuden luego a Urgencias o Primaria o Especializada, y obteniendo un índice de satisfacción de los usuarios del 98%.
- La realización de **actividades de prevención y promoción dirigidas**, mediante el uso de otros canales como el teléfono o internet, y el ofrecimiento de algunas recomendaciones sobre determinadas patologías y pautas de **paciente activo**.
- La potenciación de las **Consultas no Presenciales con los médicos y enfermeras**: Interconsultas no Presenciales, Consultas Telefónicas, Consultas de Telemedicina, Consultas por E-Mail y Consultas de Tele monitorización de atención domiciliaria y de pacientes en movilidad (sistemas de evaluación y telemetría a distancia) para enfermos domiciliarios con patologías crónicas, pluripatológicos y con patologías avanzadas e inestables, con tendencia a la descompensación.
- La creación de la **Carpeta de Salud de cada ciudadano**, cuyo objetivo principal es posibilitar que todos los ciudadanos que lo deseen, tengan acceso a través de la página Web del portal de Osakidetza y mediante el teléfono móvil a información personalizada referente a su salud de una forma segura y confidencial. Está previsto que para finales de año (2012), los ciudadanos puedan acceder a informes elaborados en otros servicios del sistema nacional de salud, consultar su historial e incorporar información de otros centros sanitarios públicos y privados, para poder visualizar toda la información clínica en cualquier lugar en que se preste la asistencia, sea público, privado o concertado.
- El **desarrollo de un proyecto de telemedicina y monitorización a domicilio frente al televisor**, de pacientes con EPOC agudizadores frecuentes (Proyecto TEKI), como paso en el desarrollo de una solución integral de telemedicina domiciliaria. En el proyecto se utiliza la televisión, como medio para mejorar la atención a los pacientes con patologías crónicas (al tratarse de una tecnología familiar para los pacientes), y la videoconferencia en directo, que permite un seguimiento adecuado. En la actualidad, se dispone de mensajes de audio/texto, con recordatorio de actividades, consejos y alarmas, así como llamada y videollamada con planificación previa y aprobación por ambas partes.

En definitiva, se han creado nuevas condiciones -no existentes de forma previa- para facilitar, a través de las nuevas tecnologías el trabajo en red de los profesionales, el acceso a cuidados de los ciudadanos en general (que tienen habilidades y hábitos de consumo a través de Internet y dispositivos móviles) y de pacientes en lugares remotos: medio rural, desplazamientos laborales, de ocio, etc., buscando una mayor integridad de los procesos y una continuidad en el cuidado.



6. Historia Clínica Unificada

Osabide Global es un **programa único de historia clínica electrónica que aporta una visión integral centrada en el paciente**, como protagonista de su historia clínica. La herramienta contiene e integra toda la información asistencial del paciente, lo cual facilita su atención y posibilita nuevas formas de atención sanitaria como la realización de consultas no presenciales entre primaria y especializada.

Gracias a la nueva historia clínica unificada, **los profesionales sanitarios pueden acceder, desde cualquier organización de servicio y nivel asistencial**, a la información médica del paciente, con acceso total en Asistencia Primaria, hospitales y consultas externas extrahospitalarias de todos los Microsistemas. De esta forma se aumenta la coordinación asistencial, y se dispone de una información totalmente actualizada que permite tomar la mejor decisión terapéutica para cada paciente. Además, ha supuesto las siguientes mejoras en el sistema:

- Evita la repetición de pruebas innecesarias, con el ahorro económico y social que supone.
- Aporta una visión integral y global del paciente/ usuario.

- Promueve una atención continuada al paciente y con mayor seguridad clínica.
- Permite el intercambio de datos entre todos los profesionales que atienden al paciente.
- Fomenta la comunicación y la implicación de los profesionales.
- Contribuye a una mejor coordinación entre servicios y organizaciones sanitarias, con una mayor eficiencia en el uso de recursos, evitando la duplicidad de pruebas.
- Persigue un aumento de la precisión clínica.
- Disminuye una reducción del tiempo de los facultativos dedicado a esclarecer el historial clínico con el paciente y una mejora en la calidad del servicio a usuarios, que evitan el rol de mensajeros de sus datos entre profesionales.

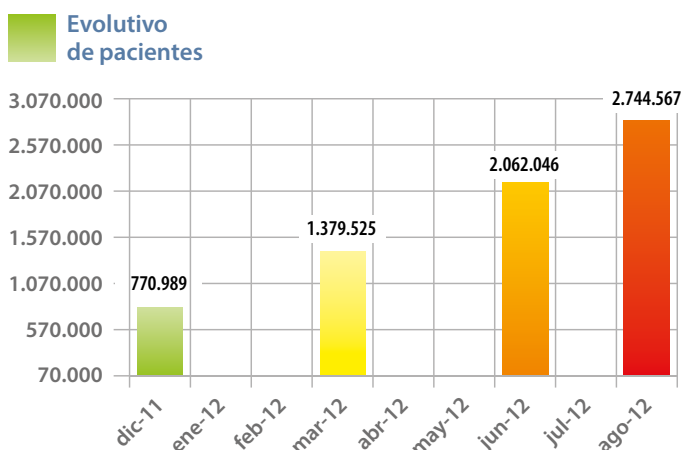


10 CLAVES DEL ÉXITO DE OSABIDE GLOBAL

- 1 FUNCIONALIDADES DECIDIDAS POR LOS CLÍNICOS
- 2 PACIENTE EN EL CENTRO DE LA INFORMACIÓN
- 3 SENCILLEZ: DISEÑO Y USABILIDAD
- 4 INTEGRACIÓN DE TODA LA INFORMACIÓN
- 5 ACCESO A LA INFORMACIÓN EN UN CLICK
- 6 ESTACIÓN ÚNICA PARA TODOS LOS PROFESIONALES
- 7 EBOOK DEL PACIENTE
- 8 FORMULARIOS ELECTRÓNICOS ADAPTADOS
- 9 EVITA REPLICAR LA INFORMACIÓN
- 10 TRABAJO CONJUNTO DE INFORMÁTICA Y CLÍNICOS

Tras el pilotaje en 2011 en el Hospital de Txagorritxu se ha extendido a toda la red de Osakidetza de forma progresiva hasta completar la implantación en marzo de 2012. En definitiva, toda la información registrada en Osabide Global se encuentra accesible para cualquier profesional que atienda al paciente, sea de Atención Primaria o Especializada.

A septiembre 2012, el número de pacientes con historia digital en Osabide Global asciende a 646.509 y se han dado de alta un total de 12.022 usuarios (incluyen médicos, enfermeras, radiólogos, etc.), de los cuales cerca del 80% ya utiliza el programa. Cerca de 5.800 profesionales han grabado evolutivos sobre los pacientes a los que atienden (siendo el 63% de ellos médicos de Atención Especializada).



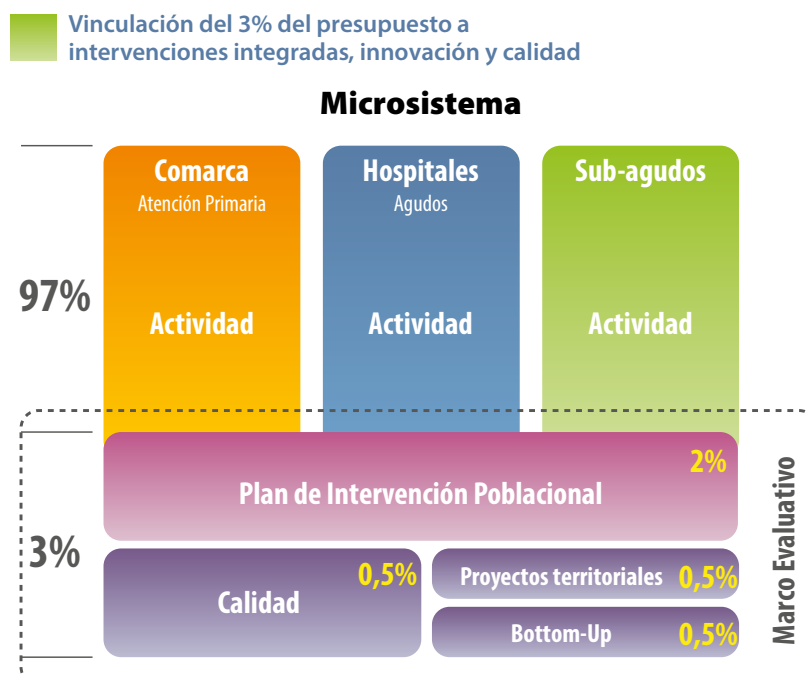
7. Financiación y Contratación⁷

Para favorecer y acelerar el avance de los microsistemas hacia el nuevo modelo de provisión se han modificado los mecanismos de financiación de los proveedores sanitarios, pasando progresivamente de un esquema de pago por actividad a un esquema de **asignación financiera territorial en base a población ajustada a riesgos y resultados en salud**, que vincula a todos los agentes de la cadena de provisión dentro de un mismo microsistema. Para ello, se han introducido importantes cambios en la contratación, destacando **tres hitos significativos**:

- **La vinculación de una parte de la financiación de las organizaciones de servicio que conforman cada microsistema a la obtención conjunta de resultados** (y no según nivel de actividad). Este hecho ha forzado la comunicación horizontal entre los provisosores de asistencia sanitaria y la necesidad de pensar en modelos de gobernanza que ayuden a la toma de decisiones conjuntas en el microsistema.
- **La definición de objetivos comunes, poblaciones diana y su marco de evaluación que orienten la definición de Plan de Intervención Poblacionales (PIPs)** en todos los microsistemas.
- La **reserva de un espacio en la contratación para la innovación en el ámbito local**, condicionando parte de la financiación al desarrollo de los Proyectos Bottom-Up. La inclusión de proyectos de innovación (Bottom-Up) que deben llevar a cabo los profesionales, favorece la transformación del modelo sanitario, promocionando la innovación desde los profesionales e impulsando los proyectos con potencial de extensión posterior a todo el sistema, a través de los Planes de Intervención Poblacionales.

En línea con lo anterior, en los contratos programa firmados en 2012 entre el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco y las organizaciones de servicios se vincula el 3% de la financiación al cumplimiento de objetivos comunes del microsistema, destinando:

- El 2% al cumplimiento de objetivos definidos en los Planes de Intervención Poblacionales
- Un 0,5% al cumplimiento de objetivos comunes de calidad, estableciéndose un abanico de indicadores agrupados en las 6 dimensiones de la IOM; efectividad, eficiencia, satisfacción del paciente, equidad, seguridad, accesibilidad y resultados en salud.
- Un 0,25% a la obtención de resultados en una serie de proyectos propuestos por cada Dirección Territorial a las Organizaciones de Servicios de su territorio.
- El 0,25% restante a la promoción de proyectos de innovación desde los profesionales y al impulso de los proyectos con potencial.

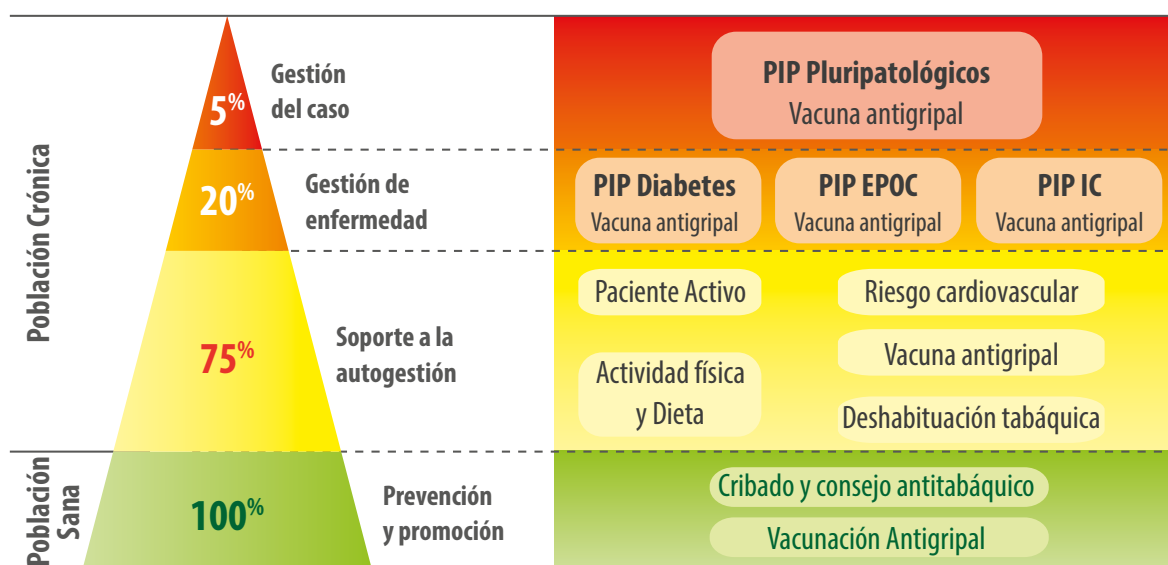


7 Información ampliada en el documento: Consolidación del proyecto de Contratación y Financiación sanitaria. Avances a lo largo del período 2009 - 2012

Los **Planes de Intervención Poblacionales (PIP)** permiten definir y planificar, entre todos los agentes sanitarios del microsistema que atienden una población, objetivos e intervenciones específicas adecuadas para grupos de pacientes diana en cada estrato de la pirámide de riesgo, donde la coordinación entre niveles asistenciales y la movilización de recursos en el ámbito local aporta un beneficio para fomentar la continuidad asistencial. La evaluación de los Planes de Intervención Poblacionales permite monitorizar a los microsistemas en la consecución de sus objetivos, favoreciendo su avance en términos de proactividad, integración y eficiencia.

Para la definición de los Planes de Intervención Poblacionales en el año 2012 por parte de cada microsistema, se han priorizado cuatro grupos de pacientes diana: los pluripatológicos, que se encuentran en el estrato superior de la pirámide, y las personas con diabetes, insuficiencia cardíaca y EPOC, que se sitúan en el estrato de «gestión de la enfermedad».

Definir y desarrollar estrategias de intervención por cada segmento o estrato de población



Los cambios introducidos en el modelo de financiación y contratación de los microsistemas, que marcan el inicio de un camino en el que se deberá profundizar en los próximos años, están sirviendo para acelerar la transformación del sistema sanitario al introducir unas **nuevas reglas de juego para las organizaciones del microsistema, que deben trabajar conjuntamente:**

- Se pasa de objetivos individuales a objetivos compartidos entre las Organizaciones de Servicio de un mismo microsistema.
- Se fortalece el cambio hacia una medicina proactiva especialmente en los grupos de intervención. Las organizaciones del microsistema deben definir cómo se va a realizar la captación del paciente y desde qué nivel asistencial.
- Se potencia la atención adaptada a necesidades del paciente y en función de su morbilidad, en lugar de una medicina generalizada, con procesos transversales que afectan a todas las organizaciones.
- Se inicia un proceso de modificación de pago por actividad hacia la medición de resultados en salud y eficiencia.
- Al definirse la intervención en el ámbito local, son las organizaciones de cada microsistema quienes deciden cómo se reorganizan y redistribuyen los recursos a nivel local. **Para ello se requiere que cada microsistema avance en la creación de un modelo de gobernanza¹** donde se definan las funciones y se establezcan las reglas para avanzar hacia la creación de un microsistema.

1 Información ampliada en el documento "Nuevo modelo de provisión de Euskadi: Sistemas Locales Integrados de Salud – Microsistemas y su gobernanza (2012)

8. Receta Electrónica

Para integrar los procesos de la prestación farmacéutica y potenciar la integración clínica se ha desarrollado la Receta Electrónica, como instrumento que permite disponer de una **misma herramienta de prescripción para Atención Primaria y Atención Especializada, con un vademécum y ayudas a la prescripción común**, para conseguir:

- Aumentar la seguridad para los pacientes, evitando efectos adversos o una prescripción inadecuada. La disminución de dichos errores supone también un importante ahorro en el gasto sanitario (se estima en 3.000 euros por paciente el efecto adverso por la medicación).
- Mejorar la coordinación entre profesionales sanitarios y la continuidad de cuidados, con ayuda de planes farmacoterapéuticos coordinados.
- Mejorar la coordinación con las oficinas de farmacia que dispensan los medicamentos, de manera que puedan disponer de la información necesaria para atender mejor a los pacientes.
- Reducir en un 60% las duplicidades en medicamentos, incrementando la eficiencia en el uso de recursos (experiencias similares en Estados Unidos han mostrado ahorros superiores al 25%).
- Aportar criterios clínicos para prescribir, de acuerdo con las necesidades concretas de cada paciente y con los niveles de riesgo asociados según el grupo de pacientes al que pertenezca.
- Mejorar la información que recibe el paciente en relación con los fármacos que consume y el efecto en su salud, favoreciendo una mayor gestión del paciente sobre su enfermedad.
- Reducir los trámites administrativos y los desplazamientos innecesarios a centros residenciales.

La prescripción en e-osabide incluye todo el circuito de prescripción, validación, preparación, dispensación, administración y seguimiento de la medicación e implica el trabajo conjunto de médicos, enfermería y farmacia con un único programa, garantizando el acceso a la misma información con una actualización inmediata. Todo ello ha permitido una disminución (del 67%) de las incidencias en la seguridad del paciente y ha favorecido un trabajo en equipo y una reestructuración del trabajo, potenciando la actividad asistencial y el apoyo de farmacia a los clínicos.

La implantación de la receta electrónica comenzó en Julio de 2012 en un municipio vizcaíno y está previsto que finalice su implantación en todo el país en los próximos meses. Con este nuevo instrumento, los profesionales sanitarios recetan las medicinas vía online, y llegan a la farmacia en tiempo real. Una vez en el establecimiento y, únicamente presentando la nueva tarjeta sanitaria (que incluye un chip) el farmacéutico le entrega al paciente la medicación prescrita.

El chip permite un acceso seguro a la información del historial. Los profesionales de farmacia sólo pueden acceder a este último. Además el sistema está preparado para mantener la confidencialidad en determinadas prescripciones electrónicas. La receta electrónica para tratamientos de corta duración tiene una caducidad de diez días. En el caso de los tratamientos de patologías crónicas la receta no caduca hasta la fecha de revisión, esto es, diez días antes de la fecha teórica de fin del envase y cualquier día posterior a esa fecha.



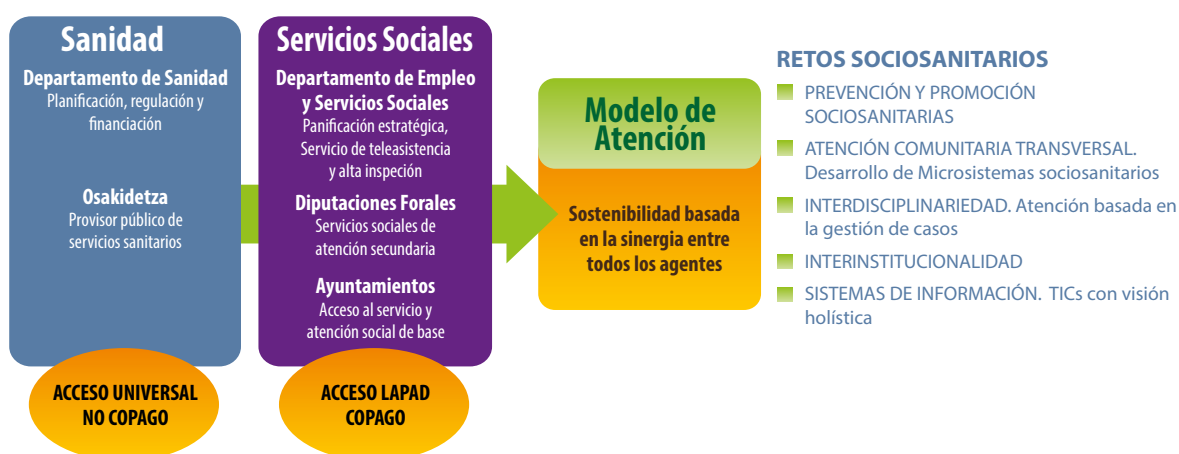
9. Coordinación sociosanitaria

Uno de los retos fundamentales para la transformación del sistema sanitario es la reorientación de las actuaciones sociosanitarias centradas en la persona, redefiniendo el conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales, muchas veces derivadas de patologías crónicas, necesitan una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención en el domicilio cuando sea posible.

La población vasca con necesidades de atención sociosanitaria cada vez es mayor, y abarca colectivos muy diversos, que requieren de una respuesta adecuada a cada caso: desde personas con discapacidad, a personas mayores en situación de dependencia, personas con enfermedades con patologías crónicas o invalidantes, personas convalecientes de enfermedades, personas con enfermedades terminales, personas con problemas de salud mental y otros colectivos en riesgo de exclusión (los menores en situación de riesgo de desprotección o con problemas de comportamiento, las mujeres víctimas de violencia de género, o la población inmigrante con necesidad de atención sanitaria y social).

En un marco institucional complejo, con múltiples agentes con competencias relacionadas, a lo largo de los últimos años se ha trabajado en la definición de un Documento marco sociosanitario para responder a la creciente demanda sociosanitaria de la población vasca, no sólo con la incorporación de nuevos recursos sino, fundamentalmente, a través de la reorganización y coordinación de los dos sistemas con el objetivo de alcanzar un modelo sociosanitario desarrollado, coherente y sostenible cuyo principal protagonista es la persona en su entorno habitual de residencia.

Marco Institucional



Tras un análisis profundo del modelo actual de atención y coordinación sociosanitaria, se han definido cuatro objetivos fundamentales:

- Desarrollar y homogeneizar los servicios sociosanitarios, tanto a nivel de recursos como de garantizar una atención integrada en el continuo asistencial.
- Reforzar la coordinación sociosanitaria, mediante la construcción de un Sistema de información conjunto y fortaleciendo las estructuras de coordinación.
- Analizar y elaborar nuevos modelos de convenio bajo premisas de permanencia en el tiempo, respeto al marco competencial, coherencia y sostenibilidad.
- Promover la formación, la investigación, la prevención y la innovación en el espacio sociosanitario. En esta línea se ha creado el Centro de Innovación Sociosanitaria ETORBIZI.

Teniendo en cuenta estos objetivos, en los últimos años se han desarrollado multitud de actuaciones:

- **Proyectos autonómicos** que responden a necesidades prioritarias de intervención globales, en torno a las siguientes áreas:
 - **Atención Sociosanitaria en domicilio, presencial y en remoto:** con proyectos como el de atención integral sociosanitaria para personas con ictus y demencia en Ermua, el diseño de microsistemas de atención sociosanitaria en la comunidad y no presencial, o el proyecto Etxean Ondo con la Fundación Matia-Ingema para el desarrollo de un modelo de atención en domicilios, entorno y en residencias.
 - **Interoperabilidad sociosanitaria:** con acciones encaminadas al empleo de un lenguaje común entre ambos ámbitos (el sanitario y el social) a todos los niveles: interoperabilidad de los sistemas de información, alineada con el diseño de la **Historia sociosanitaria**, y acceso a la información

de manera compartida y desarrollo de una **escala de valoración integral de pacientes** que de respuesta a las necesidades de todos los agentes implicados en la atención sociosanitaria y permita una planificación de los cuidados; la escala de valoración que mejor respuesta da es el sistema RAI.

- **Optimización e innovación organizativa:** Se ha trabajado en el diseño de un Estudio sobre el nuevo modelo de atención sociosanitaria en centros residenciales de personas dependientes⁸, para evaluar las duplicidades existentes entre el área social y sanitaria y que afecta a unas 17.000 personas que se encuentran institucionalizadas en residencias. Dicho estudio, va a permitir hacer una planificación sociosanitaria coordinada entre Sanidad y el área Social, que se pilotará en breve en un microistema del País Vasco.
- **Definición Plan Estratégico de Enfermedades Raras y sus familias y la atención integrada a niños con necesidades especiales** incorporando la visión sociosanitaria para estos colectivos de pacientes ya que por sus características precisan mayores recursos sociales.
- **Proyectos de innovación local**, dónde destaca la atención sociosanitaria a la fractura de cadera en Gipuzkoa.
- **Evaluación sociosanitaria:** para la definición de un marco de evaluación económica, sanitaria y social de las intervenciones sanitarias.
- Proyectos y actuaciones en cada uno de los Territorios, en el marco de los **Planes Operativos Territoriales**, que responden a sus situaciones y opciones adoptadas. A modo de resumen:
 - **En Álava** cabe destacar la firma del convenio para la mejora de la atención sociosanitaria (inexistente previamente), el diseño del mapa de recursos sociosanitarios y el desarrollo del proyecto Etxean-Ondo en la cuadrilla de Añana. También se ha desarrollado un convenio (SS Abegia) para la Atención de Patología Dual.
 - **En Bizkaia** se ha avanzado en el desarrollo de recursos comunitarios para personas con trastorno mental grave de curso crónico ingresados en hospitales psiquiátricos de Osakidetza, de manera que se han creado 57 plazas y se han cerrado 139 camas de larga estancia en psiquiátricos. También se han trabajado en otros proyectos como el de asistencia psiquiátrica sin hogar con enfermedad mental grave y en la definición de un protocolo de coordinación sociosanitaria a mujeres víctimas de violencia de género.
 - **En Gipuzkoa** cabe destacar la creación de una Unidad de Patología Dual, y la elaboración y publicación de una guía farmacoterapéutica para personas mayores en residencias. Destaca, además, la cobertura de atención sanitaria por parte de la red de salud mental a todas las Unidades de Psicogeriatría de Gipuzkoa y la creación de una Unidad de Psicogeriatría Clínica.

10. Hospitales de Subagudos

Una de las transformaciones fundamentales del nuevo Modelo Sanitario Vasco consiste en la creación de **un nuevo modelo de atención en Hospitales de subagudos**, donde se puedan tratar las reagudizaciones, la convalecencia y la rehabilitación de enfermos con patologías crónicas, de forma más adecuada para el paciente y eficiente en términos de funcionamiento del Sistema Sanitario.

El nuevo modelo de subagudos persigue el desarrollo de un **hospital estrechamente conectado con la comunidad, con la Atención Primaria y el resto de recursos sanitarios y sociosanitarios. Aspira a ser el hospital de referencia, en la atención integral y segura al paciente en condiciones crónicas de salud, para su recuperación funcional y mejora de calidad de vida**. Esta nueva estructura, que es más coste-efectiva y está más adaptada a las necesidades actuales de la población, permite:

- Contribuir a la integración de niveles y a la continuidad asistencial, mediante planes de atención coordinada con Atención Primaria y los hospitales de agudos.
- Favorecer la estabilidad clínica de los pacientes procedentes de los hospitales de agudos y restablecer sus funciones deterioradas.

8 Información ampliada en el documento: *Nuevo modelo de atención sanitaria y su financiación en centros residenciales de personas mayores dependientes de la CAPV*

- Evitar el desplazamiento de los pacientes a varios especialistas, con un único profesional que le atienda de forma integral y consulta con otros profesionales.
- Proveer una asistencia experta por parte de profesionales que atienden con dedicación exclusiva a este tipo de pacientes.
- Dotar de recursos de día que evitan ingresos.
- Favorecer la disminución de los reingresos en hospitales de agudos.

Para avanzar en el desarrollo del nuevo modelo de hospital de Subagudos en todos los microsistemas, en algunos casos se han dotado nuevas estructuras y en otros casos se han transformado la estructuras ya existentes, desarrollando actuaciones como las siguientes:

- Modernización de los hospitales de Subagudos, con inversiones para adecuar las infraestructuras: incorporando nuevas tecnologías, fomentando la investigación e incorporando más profesionales.
- Transformación de camas y recursos de agudos en recursos de subagudos.
- Transformación del modelo de atención al paciente y de relación con otras Organizaciones, focalizándose en la creación de centros adaptados a las necesidades de pacientes pluripatológicos, fomentando las áreas de rehabilitación e introduciendo cambios en la organización a nivel interno estructurándose en unidades.
- Cambio de imagen de los hospitales de subagudos, asociados principalmente a hospitales que abordan el final de la vida.



11. Cuidados integrados

Para hacer frente a uno de los principales problemas del modelo actual, caracterizado por su fragmentación y afectado por ineficiencias y descoordinación entre niveles asistenciales y sociales, se han desarrollado actuaciones a distintos niveles (macro, meso y micro) que buscan **la integración de cuidados y la continuidad asistencial**.

A nivel macro, se han desarrollado dos grandes modelos. Por una parte, un modelo que unifica a las organizaciones asistenciales de una determinada zona, en una gestión única creando mediante normativa una nueva estructura organizativa (OSIs (Organizaciones Sanitarias Integradas), y la Red de Salud Mental de Bizkaia) y por otra parte, otro modelo que progresa hacia la coordinación asistencial sin una integración formal de la gestión. Ambos modelos están avanzando en la optimización de las funciones del sistema sanitario desde una perspectiva de coordinación de necesidades poniendo al paciente como centro de atención y permitiendo:

- La creación de estructuras comunes, que facilitan la integración y la gobernanza, con objetivos y sistemas de gestión comunes.
- La coordinación entre niveles asistenciales, desarrollando iniciativas de integración clínica en torno al paciente.

EXPERIENCIAS DE INTEGRACIÓN ORGANIZATIVA:	
OSI Bidasoa	H. Bidasoa + 3 centros de AP
Osi Goierri	Goierri + H. Zumarraga
Osi Bajo Deba	Subcomarca Bajo Deba + H. Mendaro
Osi Alto Deba	Subcomarca Alto Deba + H. Alto Deba
Red de Salud Mental de Bizkaia	

- Una mayor comunicación entre niveles asistenciales y una cultura de mayor apertura y trabajo en equipo.
- El abordaje conjunto de los pacientes que lo requieren.
- Una gestión económica común, buscando eficiencias con la integración de cuidados y evitando duplicidades.

A nivel meso, desde la contratación se ha impulsado la integración asistencial incorporando en los **Planes de Intervención Poblacional** objetivos comunes para todas las organizaciones que integran cada microsistema, que deben trabajar conjuntamente:

- Definiendo el proceso de captación del paciente identificado en la estratificación: cómo se va a realizar la captación y desde qué nivel asistencial.
- Definiendo la ruta asistencial entre todos los agentes (dónde, quién, cómo y cuándo se va a atender al paciente) y los elementos de coordinación y comunicación que se van a establecer entre los diferentes niveles asistenciales.

Pasos para la elaboración de los Planes de Intervención Poblacionales (PIP)



- Estableciendo objetivos comunes en base a procesos transversales que afectan a todas las organizaciones del microsistema, siendo clave el trabajo en equipo para alcanzarlos.

A nivel micro, se han desarrollado un total de **38 Proyectos Bottom-Up** relacionados con la integración de cuidados, muchos de los cuales han mostrado resultados satisfactorios y, en consecuencia, se están extendiendo a todo el sistema, siendo claves en el desarrollo de los microsistemas y de las rutas asistenciales de los Planes de Intervención Poblacionales.

12. Innovación desde los profesionales⁹

Desde el 2009, conscientes de que la transformación del modelo sanitario debe llevarse a cabo por los profesionales sanitarios y las personas y agentes con los que éstos se relacionan, uno de los pilares fundamentales del proceso de cambio ha sido **fomentar la innovación desde los profesionales**, favoreciendo **un gran cambio cultural** que implique:

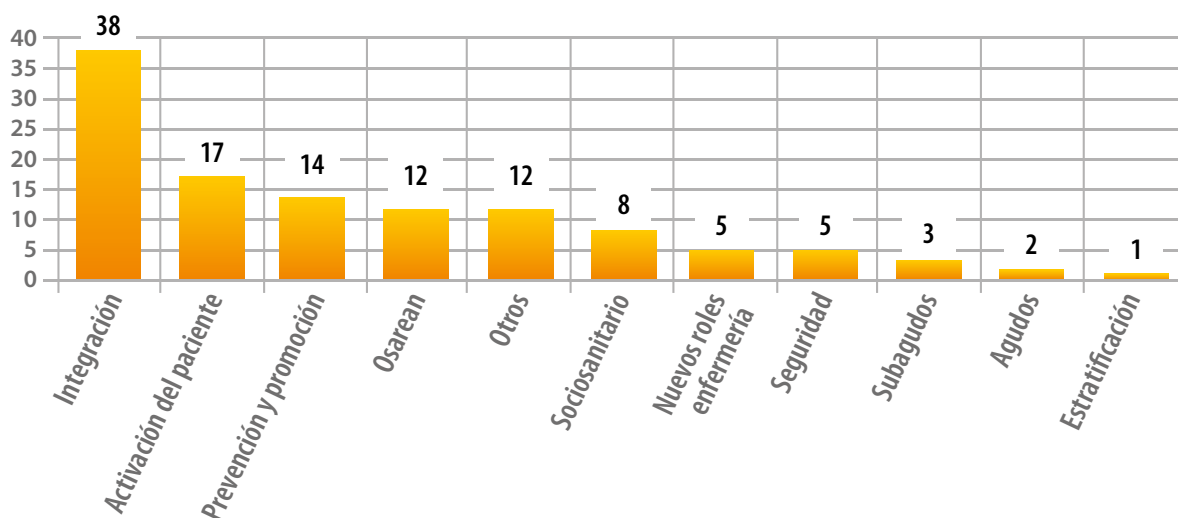
⁹ Información ampliada en el documento: *Innovación local como motor de la transformación del nuevo Sistema de Salud vasco 2009 - 2012*

- Una mayor **proactividad para la innovación** y la introducción de cambios en el sistema de manera continuada, siempre que generen mejoras en la salud, la atención al paciente y la eficiencia en el consumo de recursos.
- Una mayor **apertura** a la colaboración entre profesionales sanitarios y con otros agentes, aportando una visión mucho más transversal en la resolución de los problemas y en la mejora del continuo asistencial.
- Una mayor cultura evaluativa, que garantice el contraste de los resultados y la generación de evidencias en todas las actuaciones y proyectos de cambio.
- Una mayor **generación de conocimiento**, compartiendo los resultados de los proyectos más interesantes,
- La **extensión de la experiencias de innovación** que han dado resultados positivos tanto a nivel de resultados en salud como de coste eficiencia.
- La promoción de la **mejora continua**.

Para fomentar la innovación desde los profesionales se ha optado por un **estilo de dirección mucho más descentralizado** que concede mayor autonomía a las unidades que están atendiendo a los ciudadanos día a día, y se ha apoyado a los profesionales que han planteado posibles proyectos de innovación en sus ámbitos concretos de actuación, estableciéndose **distintas fuentes de financiación** para su desarrollo, tanto por parte del Departamento de Sanidad y Consumo para iniciativas de investigación-acción, como por parte de Kronikgune o a través de los Contratos Programa, que vinculan parte de la financiación de las organizaciones de servicios a la realización y extensión de proyecto desde innovación desde los profesionales en todos los microsistemas.

Resultado de todas estas medidas se han puesto en marcha más de 140 proyectos de innovación procedentes de los clínicos desde 2009. Estos proyectos están permitiendo avanzar en diferentes

Distribución de los 72 proyectos bottom-up incluidos en el contrato programa, según relación con los proyectos de la Estrategia de Crónicos



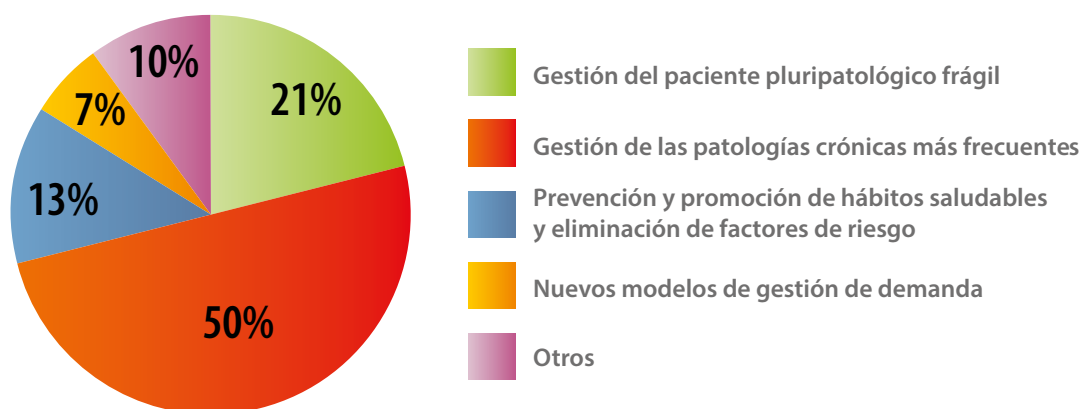
aspectos como la integración entorno a una patología de pacientes, experiencias de autogestión y experiencias de la telemedicina, habiéndose incluido 72 de ellos en los Contratos Programa en el año 2012.

La mayoría de los proyectos de innovación priorizados en los Contratos Programa hacen referencia a pacientes pluripatológicos o con diversas patologías crónicas, destacando también un número significativo de proyectos orientados a la prevención y promoción de hábitos de vida saludables.

Uno de los principales retos del Sistema Sanitario es introducir mejoras asistenciales alineadas con sus necesidades y extender experiencias que hayan demostrado resultados ya sea en salud o bien en términos de coste-eficiencia. Durante estos años, se ha promovido la innovación desde los profesionales y una de

las áreas con mayor interés de abordaje ha sido la gestión del paciente pluripatológico. Tal es así que, en el año 2010 eran 6 los microsistemas que habían desarrollado nuevas formas de intervención sobre este tipo de pacientes, y hasta 8 microsistemas en el año 2011. Gracias a esto, se ha podido **alinearse la innovación con las necesidades de mejora en el Sistema Sanitario** y en el ejercicio de contratación del año 2012 se ha elevado a Plan de Intervención Poblacional la gestión del paciente Pluripatológico. Para ello, basándonos con las experiencias de innovación en gestión del paciente Pluripatológico, se han identificado los elementos clave para que cada microsistema adapte su Plan de Intervención e incorpore dichos elementos. El proceso de definición y puesta en marcha de los **PIPs es dinámico y por tanto, debe incorporar la mejora continua y de forma constante**. Para facilitar este proceso y

Distribución de los proyectos según patologías



apoyar a los microsistemas el desarrollo de los PIP del Pluripatológico, en estos momentos se están identificando las necesidades que presentan los microsistemas para la puesta en marcha de dichas intervenciones a la vez que se están identificando nuevos elementos que influyen en los resultados de atención, para que así, sean compartidos e integrados en las intervenciones.

Además de los proyectos sobre pacientes pluripatológicos, se pueden citar, a modo de ejemplo, los siguiente de proyectos de innovación desde los profesionales que destacan por su madurez y su potencial de extensión:

- El proyecto de telemonitorización de pacientes domiciliarios con enfermedades crónicas en Atención Primaria: TELBIL.
- El proyecto de Tele-Espirometría, procedimiento de telemedicina en programas de aseguramiento de la calidad de las espirometrías en el ámbito de la Atención Primaria que consigue mejorar la detección de pacientes EPOC, acertar en el diagnóstico y mejorar la técnica de la espirometría en Atención Primaria .
- El proyecto de atención sociosanitaria a la fractura de cadera mediante la creación de una Unidad de Ortopediátrica.
- El proyecto de Clínica de Obesidad Infantil, para la disminución del sobrepeso y la obesidad y la mejora de hábitos dietéticos y de actividad física en niños de 7 a 14 años.
- PROMIC, proyecto de gestión de pacientes con insuficiencia cardíaca, en el que se han definido procesos de coordinación entre Atención Primaria y hospital, enfermeras de gestión del caso y formación en autocuidado para el paciente, con importantes logros en mejoras en salud.

4.2 Con una gestión más eficiente y una apuesta por la sanidad pública

Como se ha indicado anteriormente, el objetivo último del nuevo Modelo Sanitario Vasco es mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes y ciudadanos vascos, **garantizando además la sostenibilidad del sistema sanitario público** en el largo plazo. No obstante, para garantizar la sostenibilidad del sistema en el largo plazo, es necesario asegurar su **supervivencia en el corto plazo**, en un contexto de crisis económica y financiera muy grave, que ha limitado enormemente la disponibilidad de recursos para los servicios públicos.

Por este motivo, ha sido necesario llevar a cabo una **gestión eficaz de la crisis** con diversas medidas que han permitido prestar más y mejores servicios a los ciudadanos con menos recursos, y sin retrasar los pagos a proveedores. Gracias a dicha gestión se han podido sacar eficiencias que han permitido crear capacidad y poner en marcha las actuaciones necesarias para provocar la transformación del sistema sanitario.

Pero el margen para conseguir eficiencias de una correcta gestión cada vez es más reducido. En consecuencia, es necesario **acelerar el proceso de transformación del modelo**, ya que será dicha transformación la que permitirá obtener nuevas eficiencias para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público en el futuro.

A pesar del contexto económico de crisis actual, a lo largo de esta legislatura se ha apostado por **proteger y fomentar la Sanidad Pública y optimizar los recursos internos**, introduciendo mejoras: de **eficiencia** en el sistema (promoviendo la prescripción de genéricos, incrementando la productividad interna y reduciendo la contratación externa, realizando una mejor gestión de las compras y los recursos humanos, etc.) y, a la vez, **ampliando servicios y mejorando la calidad** (con más programas asistenciales, mejores tiempos en las listas de espera, más prevención, etc.). Esta línea de trabajo de mejoras en gestión es fundamental y debe seguir haciéndose, pero en estos momentos de crisis profunda, se hace aún más necesario acelerar la transformación del Sistema Sanitario, ya que queda poco margen de mejora a través de las medidas de gestión.

Líneas de actuación desarrolladas



1. Gestionar de manera más eficiente

Para llevar a cabo una gestión más eficiente se han puesto en marcha distintas medidas y actuaciones que han permitido ganar en eficiencia y garantizar la sostenibilidad del sistema:

1.1. Contención del Gasto:

Para contener el gasto sanitario y lograr incrementar la productividad del sistema se han llevado a cabo diversas actuaciones tanto en Osakidetza como en el área de concertación de servicios y en el área de farmacia.

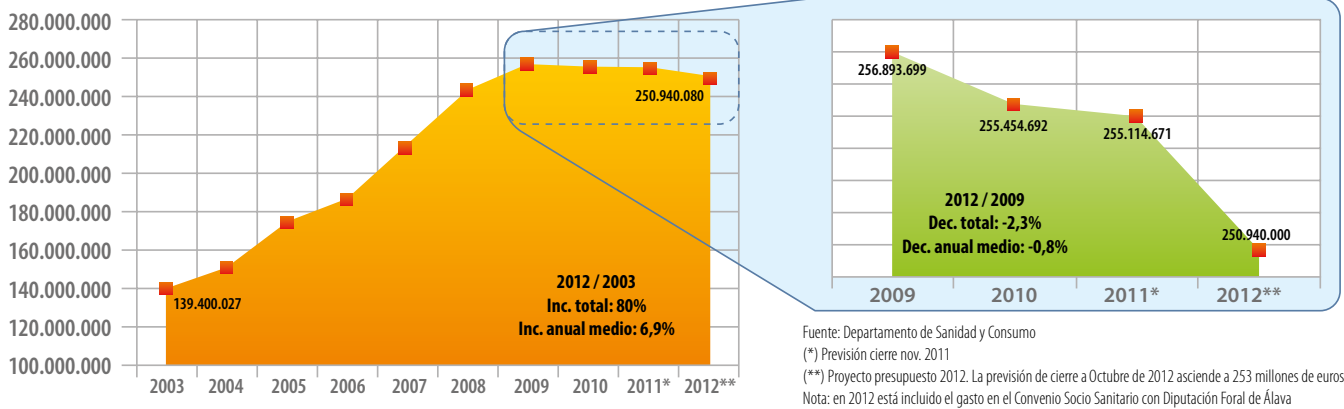
La puesta en práctica del “Plan de Contención del Gasto de Osakidetza” ha permitido mantener la sostenibilidad del sistema en su totalidad de prestaciones, ajustando el gasto a las disponibilidades presupuestarias en un entorno de grave crisis económica.

Plan de mejora de costes de osakidetza 2011		
OPTIMIZACIÓN DE COMPRAS	MEJORAS DE GESTIÓN Y PROCESOS	GESTIÓN DE PERSONAL
Plan de Contención del Gasto de suministros en centros asistenciales	Objetivos de gasto por centro .	Reducción 5% masa salarial (RD 8/2010)
Potenciación de la compra y servicios centralizadamente	Información del gasto a profesionales .	Reducción de estructuras administrativas (15%)
Renegociación de precios con proveedores .	Reordenación de Atención Primaria en fines de semana	Mejora de productividad: reducción de concertación y actividad extraordinaria .
Mejoras en la gestión de stockajes .	Análisis de procesos de mayor gasto .	Racionalización del gasto en formación continuada .
Incremento del consumo de medicamentos genéricos .	Mejora en la gestión farmacoterapéutica .	Control absentismo y Optimización de sustituciones .
Homogeneización y maximización del valor precio en la contratación .	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <p>La gestión estratégica corporativa de compras ha permitido optimizar la gestión en más de 73 millones de euros en tres años.</p> </div>	

- La **concertación de servicios** ha disminuido a lo largo de la Legislatura un 2,3%, llevando a cabo una **estrategia dual**:
 - Incrementando la cooperación con proveedores de aquellos servicios de los que Osakidetza no dispone de recursos para poder llevar a cabo (aumentando el gasto de algunas de las partidas).
 - Disminuyendo el gasto del resto de servicios concertados con proveedores externos, introduciendo mayor competencia y gestión. En este sentido, se ha llevado a cabo una gestión centralizada que ha permitido renegociar con proveedores para reducir precios y, en ocasiones, mejorar las prestaciones del sector concertado sin incremento de costes.

Entre las principales medidas adoptadas para la racionalización de los servicios concertados cabe destacar las siguientes:

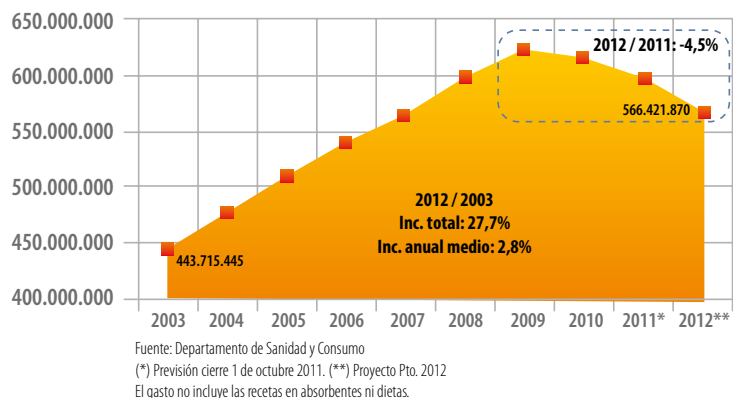
Evolución del gasto en conciertos



- Disminución de la actividad concertada por reducción de derivaciones (gracias al aumento de la productividad en Osakidetza), con un ahorro superior a los 14 millones de euros, si comparamos el gasto en derivaciones del año 2008 frente al estimado en 2012.
- La reducción de tarifas, con una política general de nulo incremento de los precios anuales desde el año 2010, mediante:
 - La búsqueda de mayor concurrencia de licitadores o bajando el presupuesto de salida en la tramitación de nuevos concursos.
 - La negociación a la baja con proveedores: aplicando descuentos por pronto pago, aplicando el precio más bajo cuando existen diferencias entre territorios, y reduciendo las tarifas de la sobreactividad con respecto al año previo.
- El mantenimiento del gasto con mejoras en actividad y calidad de los conciertos estratégicos estructurales.
- Los avances en los convenios sociosanitarios con las Diputaciones en los tres Territorios.
- En el ámbito **farmacéutico**, el Departamento ha promovido la **prescripción de medicamentos genéricos y el uso racional de medicamentos** como medida de ahorro.
 - El uso de genéricos se ha duplicado del 18% al 38%, lo que equivale a un ahorro de 33 millones de euros en el periodo 2009-2011.

- Además, la revisión realizada de los historiales farmacoterapéuticos de Osakidetza ha permitido reducir drásticamente el crecimiento del número de recetas y el gasto promedio de las mismas.
- Y por último, la creación de la Comisión de Farmacia para definir el posicionamiento terapéutico de los Medicamentos de Uso Hospitalario más caros, que ha permitido reducir el crecimiento del gasto de farmacia hospitalaria en un 2,5% en 2011.

Evolución del gasto en farmacia



1.2. Mejora de la eficiencia interna:

El Departamento ha llevado a cabo otra serie de actuaciones relevantes que han permitido una gestión más eficiente, entre las que destacan:

- La implantación de **sistemas de información** que han permitido mejorar el control del gasto, con proyectos de automatización y mecanización que mejoran tanto la seguridad del paciente como la gestión económica; mejoras electrónicas en la contratación administrativa; la implantación del sistema de integración automática de las facturas electrónicas, etc.
- La definición y el lanzamiento de la **tarjeta individual sanitaria electrónica** en la CAPV, como documento acreditativo del derecho a la asistencia, y por tanto, de acceso a las prestaciones, desarrollando mecanismos para la identificación y autenticación de usuarios a distancia que se ajusten a los requerimientos legales establecidos para el acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos. Esta nueva tarjeta es fundamental para el desarrollo de Osarean y de la Receta electrónica, herramientas fundamentales en el nuevo modelo sanitario vasco.
- La puesta en marcha del **Sistema de información de aseguramiento con base poblacional**, que ha permitido dotar al Departamento de Sanidad y Consumo de un sistema de información que gestiona los recursos sanitarios integrando la gestión de aseguramiento, la gestión del ciclo de vida de la Tarjeta Sanitaria, la interconexión con terceros sistemas y la gestión del mapa sanitario así como el de recursos y el asistencial. Además, el nuevo sistema se incorpora al nodo de comunicación que integran las bases de datos de todas las Comunidades Autónomas, con el objetivo de facilitar el intercambio de información entre los distintos agentes del Sistema Nacional de Salud.
- El desarrollo de estrategias de gestión para mejorar la prestación de incapacidad temporal en la CAPV, en el marco de un convenio firmado por el Departamento con el INSS en el que se establecen una serie de objetivos encaminados a agilizar, modernizar, coordinar y controlar la gestión de la IT en la CAPV.

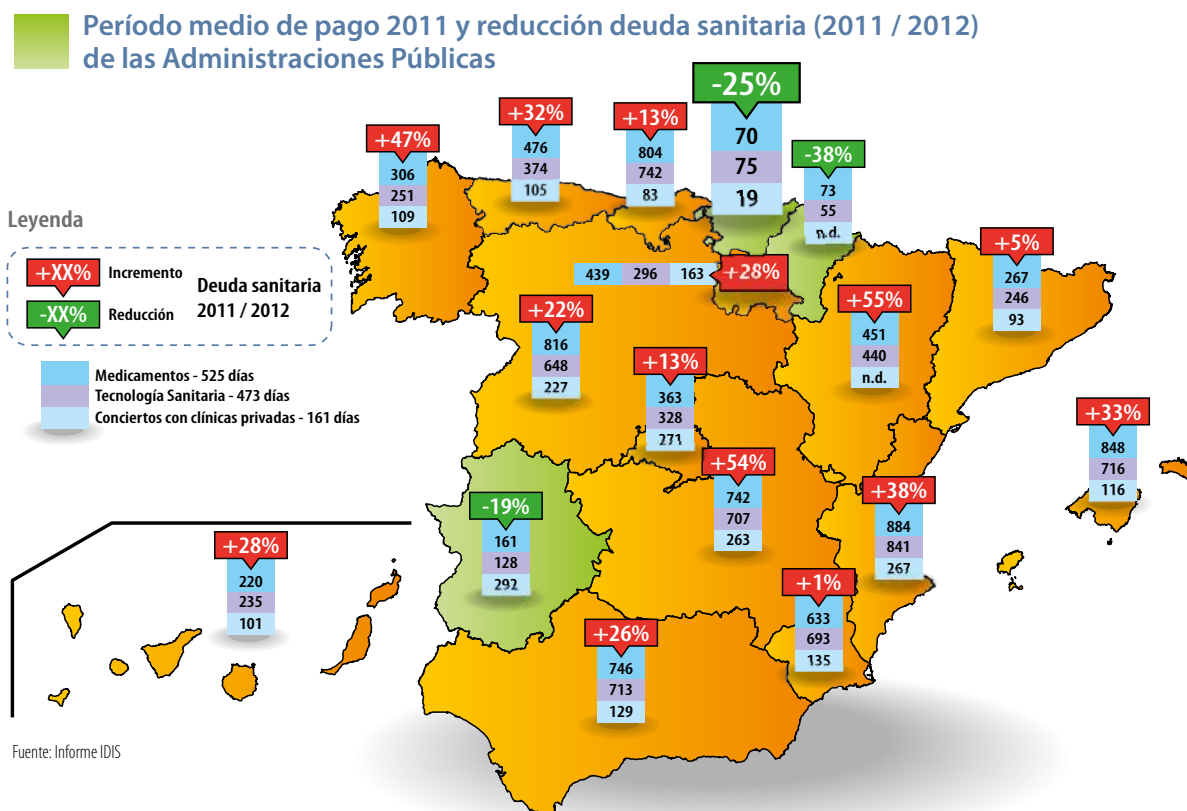
1.3. Racionalización de estructuras:

La racionalización de estructuras que se ha llevado a cabo ha permitido importantes eficiencias en gestión y la reducción de Directivos y gasto en estructuras administrativas en un 15%. Entre las medidas adoptadas, cabe citar:

- La integración de los Hospitales de Álava
- El desarrollo de cuatro organizaciones sanitarias integradas (OSI), que integran hospitales comarcales y su red de Atención Primaria
- El desarrollo de la Red de Salud Mental de Bizkaia.
- La aplicación a lo largo del 2012 del Plan de Laboratorios de Osakidetza, que ha supuesto ahorros por centralización de compras y optimización de procesos de 10 millones euros.

1.4. Solvencia financiera:

Se ha mejorado el periodo medio de pago a proveedores de 75 días (2º mejor de España) y el mejor periodo medio de cobro de los Hospitales privados (19 días), junto con la garantía de pago a las 800 farmacias del País Vasco. Además, Euskadi es la comunidad autónoma más solvente de todas, con 40€ de deuda por persona, frente a los más de 240 € de media en España, y en el último año 2012 ha reducido ésta un 25%.



2. Proteger y fomentar la Sanidad Pública

Además de realizar una gestión más eficiente, se ha apostado por proteger y fomentar la Sanidad Pública frente a la privada, incrementando la accesibilidad, las prestaciones coste-eficientes y la calidad.

2.1. Mejora de la accesibilidad pública:

Se han llevado a cabo diversas actuaciones para mejorar el sistema de aseguramiento y disminuir las listas de espera:

- Por un lado, se ha realizado un importante trabajo para homogeneizar y sistematizar las prácticas de aseguramiento sanitario y garantizar un acceso ágil y equitativo de los distintos colectivos de ciudadanos a las prestaciones a las que tiene derecho.
- Por otro lado se han definido objetivos ambiciosos de mejora en las listas de espera en todos los microsistemas, muy superiores a la media en el ámbito estatal:
- Cero pacientes con espera superior a 30 días en intervenciones quirúrgicas en oncología, y 90 días en cardiología.
- Demora media de consultas externas inferior a los 30 días.
- Demora máxima en las consultas y pruebas de cardiología y oncología de 30 días.

2.2. Ampliación de prestaciones y mejora de la calidad:

Por un lado, el sistema ha seguido ampliando **más servicios y programas**, potenciando el despliegue de los programas asistenciales como se recoge a continuación a modo de ejemplo:

- Cuidados paliativos en dos nuevos hospitales y domiciliarios en Álava.
- Rehabilitación cardíaca en los hospitales de Galdakao, Basurto y Gipuzkoa

- Ampliación de la Hospitalización Domiciliaria a nuevas comarcas e implantación de la primera unidad de HD neonatal.
- Nuevas unidades de ICTUS en el Hospital Universitario de Araba y en Hospital de Galdakao.
- Gratuidad de las IVEs (cerca de 4.000 al año)
- En el área de Salud Mental: nuevos servicios de psiquiatría infanto-juvenil comunitaria, tratamiento asertivo-comunitario y nuevos dispositivos intermedios sociosanitarios (miniresidencias, pisos protegidos), psicogeriatría en residencias de mayores
- Ampliación de coberturas de diversos programas de prevención: la ampliación del programa de detección precoz de cáncer de colon y recto (del 5,6% al 70% de cobertura) y del programa de detección precoz de cáncer de mama (a mujeres de 40-49 años con factores de riesgo), ampliación de dos nuevas enfermedades en el programa de detección de enfermedades metabólicas del recién nacido, cobertura a todas las embarazadas de la prueba no invasiva de detección precoz de síndrome de Down y otras cromosomopatías, detección precoz de pacientes con riesgo de debut con diabetes mellitus, etc.

Además de ampliar las prestaciones, también se ha trabajado intensamente para **mejorar tanto la calidad como la seguridad** en las mismas, desarrollando actuaciones como las siguientes:

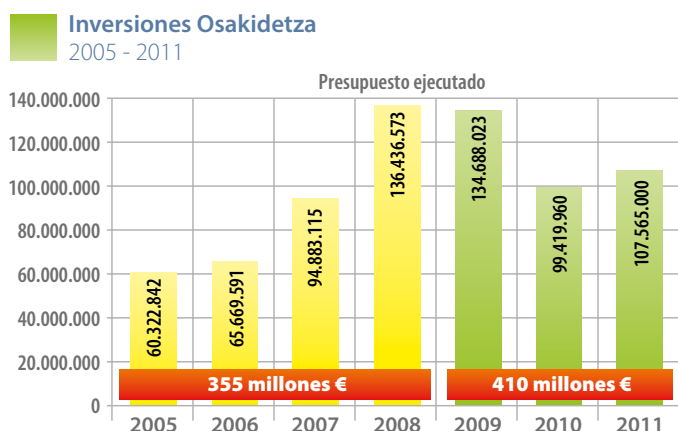
- Prioridades de mejora de la calidad en el mapa de servicios asistenciales
- Mantenimiento del nivel de satisfacción de los ciudadanos y pacientes
- Mejora de los resultados clínicos en patologías crónicas.
- Implantación de un check-list (listado de verificación) de quirófanos para aumentar la seguridad quirúrgica
- Prevención y control de la infección nosocomial
- Campaña de prevención de 10.000 efectos adverso
- Otras medidas para incrementar la seguridad clínica: en embarazo/parto/ puerperio, en la administración de fármacos, en los cuidados de enfermería, con el historial dosimétrico...

2.3. Apuesta por la inversión pública:

La ejecución del **Plan de Inversiones 2009-2012** ha permitido, en el marco de un contexto económico restrictivo, la realización de infraestructuras importantes y estratégicas, que han supuesto una apuesta clara por los recursos públicos. Así, a pesar de las limitaciones presupuestarias, las inversiones en el periodo 2009-2012 han ascendido a 410 millones de euros, frente a las 355 millones del periodo 2005-2008.

Los más de 400 Millones de € de inversión realizados en el periodo 2009-2012 han sido utilizados para modernizar Osakidetza: sus instalaciones, equipamientos, sistemas de información, y centros asistenciales. En concreto, las inversiones hacen referencia a las siguientes áreas:

- Atención Primaria: 10 nuevos centros de Salud abiertos y otros en obras.
- Salud Mental: Reforma del Centro de Rehabilitación de Reyes Católicos en Vitoria-Gasteiz, Centros Infanto-Juveniles de Margen Izquierda, Bilbao y Centro de Salud Mental de Egija, etc.



- Nuevos hospitales: Centro de Consultas Externas del Hospital Universitario de Álava, nuevo Hospital Arrasate - Alto Deba, Hospital Urdúliz, CAR Gernika, H. de Subagudos de Eibar.
- Nuevos equipamientos tecnológicos: PET Hospital Cruces, PET y Robot Da Vinci, H. Universitario Álava, Acelerador lineal H de Cruces, Sala de Hemodinámica en H. Donostia, y Cruces, Helipuerto de Cruces, Farmacia hospitalaria H. Donostia, RMN móvil de Gipuzkoa.
- Reformas: Ampliación y Reforma de Urgencias de H. Cruces, Mendaro y Txagorritxu; Urgencias pediátricas y nuevos quirófanos de urgencias H Donostia, ampliación obstetricia, H Zumarraga, Bloque quirúrgico y ampliación UCI H Basurto, Reforma bloque quirúrgico y H de día Oncología H. Galdakao, Reforma de plantas de hospitalización: H. Cruces, H. Donostia, Zamudio, Zaldibar, Gorliz y H. Santa Marina. Gimnasios de rehabilitación de Leza y Górliz
- Infraestructuras de Investigación: Instituto Biodonostia, Centro Vasco de Transfusiones y Tejidos Humanos, etc.
- Sistemas de Información: Digitalización de imagen radiológica, Osabide global (Historia clínica digital única), Centro multicanal Osarean, Receta electrónica, etc.

2.4.Desarrollo de una política activa de Recursos Humanos.

En este ámbito, se ha realizado la convocatoria y desarrollo de la Oferta pública de empleo de 2.600 plazas en el año 2012, cifra muy superior a las otras 7 únicas comunidades que han convocado plazas en el ámbito sanitario.

Además de este refuerzo de la plantilla estructural, cabe destacar:

- Diversas actuaciones de capacitación de los profesionales, tanto en el ámbito de la gestión directiva y la innovación como en el de la euskaldunización.
- El refuerzo del numero de profesionales de Atención Primaria, siendo Euskadi la comunidad autónoma que más ha reducido el numero de tarjetas por médico de familia, pasando de 1.724 en el año 2007 a 1.388 en el año 2011.

4.3. La Sanidad como inversión y generadora de riqueza para el País Vasco a través de la innovación

Partenariado con la Industria

El proceso de transformación hacia el nuevo Modelo Sanitario Vasco se caracteriza por una constante apuesta por la **innovación** y la **colaboración**. Ambas son condiciones para el logro de los objetivos finales de mejora de la salud y calidad de vida de los pacientes y ciudadanos vascos, y de sostenibilidad del sistema en el largo plazo.

Potenciando la innovación se pretende acelerar la transformación del modelo generando nuevas capacidades y herramientas en todo el sistema sanitario que permitan, entre otros objetivos, potenciar el domicilio como centro de cuidados, desarrollando una atención más adecuada a las necesidades de los ciudadanos con patologías crónicas o convalecientes de procesos agudos, y favoreciendo una gestión más eficiente y sostenible.

Teniendo en cuenta estos objetivos, se ha realizado una apuesta decidida por **desarrollar infraestructuras de apoyo a la I+D+I** y por innovar en colaboración con la industria, desarrollando un **nuevo modelo de relaciones con las empresas del entorno que favorezca la innovación y la generación de riqueza**. Estas apuestas se justifican en un doble sentido:

- **Para acelerar la introducción de innovaciones de valor en el sistema**, mediante la incorporación de nuevos productos, tecnologías y herramientas que requiera el nuevo Modelo Sanitario Vasco o que contribuyan a la mejora de la salud y el aumento de la esperanza de vida, favoreciendo la calidad de vida y la productividad global como región (diversos estudios demuestran que una expectativa de vida mayor tiene un impacto positivo en el crecimiento del PIB).
- **Para favorecer el desarrollo de un tejido empresarial competitivo en el entorno**, aprovechando el efecto de arrastre del sector sanitario en otros muchos sectores, al demandar un volumen muy importante de productos y equipamiento, muchos de ellos de alta tecnología. Hoy en día, la mayoría de estos productos se adquieren a empresas del exterior, sin generar actividad económica en Euskadi. Mediante una mayor colaboración con la industria, se pretende favorecer el desarrollo conjunto de productos que sean beneficiosos para ambas partes y que permitan originar actividad económica en la región, favoreciendo con ellos la generación de impuestos y la sostenibilidad del sistema sanitario en el largo plazo.

Las necesidades de transformación de los sistemas asistenciales, y una atención centrada en el paciente allí donde esté, presentan una necesidad de los sistemas sanitarios y una gran oportunidad de focalización y diversificación para el tejido productivo vasco en actividades de alto valor añadido, intensivas en conocimiento y tecnología, y con un gran potencial de demanda en los mercados globales.

En este marco, **Kronikbasque** se presenta como una **apuesta estratégica de Gobierno por promover el desarrollo y la competitividad del sector vasco proveedor de soluciones innovadoras para la transformación y adaptación del sistema sanitario vasco a los retos de la cronicidad y el envejecimiento, a través de la colaboración público-privada**. Kronikbasque persigue dos objetivos estratégicos complementarios:

1. **Impulsar el desarrollo de un clúster vasco proveedor de soluciones innovadoras** y de alto valor añadido que se orientan a la demanda global emergente ligada al fenómeno de la cronicidad y el envejecimiento, con carácter **competitivo a nivel internacional**.
2. **Promover y facilitar el desarrollo y la implementación de soluciones innovadoras, que contribuyan a la transformación del sistema sanitario vasco** hacia un nuevo modelo de atención a la cronicidad

y envejecimiento activo, un modelo que sea referente en calidad asistencial y que, a su vez, garantice un uso eficiente de los recursos públicos.

Kronikbasque se define como una **estrategia intersectorial** que, en línea con las prioridades establecidas en el Plan de ciencia, Tecnología e Innovación, parte de la colaboración entre el Departamento de Sanidad y Consumo y el Departamento de Industria, Innovación, Comercio y Turismo, del Gobierno Vasco, y que además involucra y apela a la capacidad de actuación estratégica de los sectores e instituciones públicas activas en este ámbito, entre ellos, a los departamentos de Empleo y Asuntos Sociales; de Educación, Universidades e Investigación; de Vivienda, Obras Públicas y Transportes, del Gobierno Vasco, así como a las Diputaciones Forales y Ayuntamientos.

Hasta ahora, en el marco de la Estrategia Kronikbasque se han desarrollado **tres líneas principales de actuación**:

1. Apoyo a la I+D+i en envejecimiento y atención a la cronicidad

1.1. Desarrollo de las capacidades públicas de I+D+i en el ámbito del envejecimiento y la atención a la cronicidad.

En esta línea caben mencionar los siguientes hitos:

- La creación de **Etorbizi**, la Fundación Vasca para la Innovación Sociosanitaria, en colaboración con el Departamento de Empleo y Asuntos Sociales.
- La creación del **Centro Nacional de Investigación sobre Envejecimiento (CNIE)** en Euskadi, de acuerdo con el Gobierno de España a través del MINECO.
- La creación de **Kronikgune**, Centro de investigación de Excelencia en Cronicidad
- El avance de los **Bio-Institutos** y, en concreto, la acreditación por parte del Instituto Carlos III del Instituto Biodonostia: primer Instituto de Investigación Sanitaria de Euskadi
- La consolidación de estructuras como el **Biobanco Vasco para la Investigación**; el papel de **O+Berri** en calidad de agente dinamizador de la innovación sanitaria; de **O+Iker**, como centro corporativo de la investigación sanitaria en Osakidetza, capaz de orquestar el conjunto de estructuras mencionadas para mejorar la prestación asistencial de Osakidetza, y a la vez dar soporte cualificado a la industria, a través de una **Oficina de Gestión de Ensayos Clínicos (O+Saik)**, una **oficina de demostración de productos y tecnologías sanitarias (Demotek)**, una **unidad de Compra Pública Innovadora (CPI)** y una **unidad de Transferencia Tecnológica USITEC**.

1.2. Apoyo a la internacionalización de la I+D+i en el ámbito del envejecimiento activo y saludable.

En esta línea cabe destacar la participación del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco en el European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing promovido por la Comisión Europea, así como el establecimiento de alianzas de cara a la ubicación en Euskadi de una sede europea del KIC (Knowledge and Innovation Community) en Envejecimiento Activo y Saludable por parte del Instituto Europeo de Innovación y Tecnología (EIT). Asimismo, cabe mencionar el apoyo a la participación de profesionales del sistema sanitario público vasco en proyectos de investigación europeos, brindado tanto desde la Unidad de Proyectos Internacionales de O+Iker, como desde Kronikgune y Etorbizi.

1.3. Apoyo a la I+D+i público-privada en atención a la cronicidad y envejecimiento

Con ayudas a la investigación colaborativa público-privada a través de diversos programas del Departamento de Industria (Etorgai, Eortek, Saiotek), de las convocatorias de ayudas a proyectos de investigación sanitaria del Departamento de Sanidad, así como las articuladas a través de Etorbizi y Kronikgune.

2. Colaboración público-privada para el co-desarrollo de productos y servicios con el sistema sanitario público

En los últimos años el Departamento de Sanidad y Consumo ha realizado un importante esfuerzo de acercamiento a las empresas (colaboración público-privada) y ha desarrollado un nuevo modelo de **colaboración entre Industria y Sanidad para el co-desarrollo de nuevas tecnologías para el sistema sanitario**, donde Sanidad aporta el know-how y la Industria la tecnología, logrando una relación más fructífera para todos:

- El sistema sanitario persigue imaginar y co-diseñar productos y servicios para atender mejor las necesidades de la población ahora y en el futuro, acelerando el cambio de modelo sanitario, a un coste razonable y con unos resultados testados. Además, también persigue promover activamente la cadena de investigación de innovación, actuando como impulsor e incorporador de los resultados de la investigación producida con Osakidetza.
- Las empresas persiguen participar en el desarrollo de nuevos productos y servicios innovadores, que tengan una demanda global, no sólo del sistema sanitario vasco, al dar respuesta a la epidemia de la cronicidad y a las necesidades surgidas en los sistemas sanitarios avanzados.

En el marco de este nuevo modelo de relaciones con la industria, el Departamento de Sanidad y Consumo está desarrollando los primeros procesos de **Compra Pública Innovadora (CPI)** para prestar servicios sanitarios de forma virtual y no presencial, lo que va a permitir brindar servicios sanitarios en el hogar, telemonitorizar a pacientes complejos, mejorar la calidad asistencial y reducir costes, con el apoyo del Departamento de Industria. Se trata de soluciones informáticas avanzadas que los sistemas sanitarios no se pueden permitir a través de desarrollos a medida por lo costosos que resultan y donde la CPI puede ser un buen camino.

En la actualidad, el sistema sanitario vasco participa en una red europea que va a movilizar recursos de CPI en el área de salud, iniciándose como colaboradores y aspirando a liderar redes en diversas áreas de interés. Por otro lado, se están evidenciando necesidades no cubiertas y para las que existe un alto mercado potencial, tanto a nivel local como mundial, y desde Osakidetza ya se han lanzado tres proyectos que se mueven en este ámbito de la Compra Pública Innovadora:

- **El Proyecto TEKI** (de telemedicina y monitorización a domicilio frente al televisor de pacientes con EPOC agudizadores frecuentes), que permite una interacción sofisticada paciente-médico-sistema sanitario. Osakidetza será dueña de la propiedad intelectual y las patentes que surjan de este proyecto, lo que permitirá retornos económicos cuando esta solución pueda ser vendida en el exterior de la Comunidad Autónoma del País Vasco, tanto en España como en Europa o en el resto del mundo.
- El proyecto **“La cronicidad y tú”**, un producto formativo de e-learning sobre las implicaciones de la cronicidad personalizado para la ciudadanía y para cada colectivo profesional sanitario, dependiendo de su titulación y nivel asistencial.
- El proyecto de **atención a pacientes crónicos en movilidad**, un producto para establecer los protocolos de comunicación virtual entre el paciente, esté dónde esté, y el sistema sanitario.



Asimismo, para valorizar las ideas e iniciativas innovadoras de sus profesionales, aunque no respondan a las necesidades prioritarias del sistema sanitario, se ha desarrollado **USITEC, la Unidad de Servicios Integrados de Transferencia de Tecnología**, engranada dentro de la estructura de BIOEF, y orientada, entre otras cuestiones, al co-desarrollo de productos y servicios en colaboración entre el sector privado

y Osakidetza. Asimismo, BIOEF ha visto reconocidos sus servicios de apoyo a la explotación de los resultados de la investigación realizada en Osakidetza, mediante su reconocimiento como **OTRI** por parte del MICINN en el año 2010.

De forma paralela, en Junio 2012, se ha lanzado la **iniciativa Lidera** para el desarrollo de empresas vascas competitivas a nivel mundial en productos y tecnologías sanitarias capaces de atender el reto de la cronicidad, la dependencia y el envejecimiento.

Además, el Departamento de Sanidad y Consumo ha firmado dos **acuerdos de colaboración público-privada con organizaciones y empresas de relevancia** que pretenden favorecer el desarrollo de innovaciones de valor para el sistema:

- Un acuerdo de colaboración con Philips, centrado en el ámbito de la atención al paciente crónico, y en el desarrollo de conceptos y procesos que generen nuevas formas de abordar las necesidades de las personas. En concreto, tiene como objetivo la definición del conjunto de colectivos, servicios, procedimientos y tecnologías que intervienen en la transición del paciente crónico de la atención hospitalaria a la atención domiciliaria.
- Un Convenio Marco de Colaboración entre el Departamento y Mondragón Corporación en materia de Formación, Investigación, Tecnología y Aplicaciones.

3. Aprovechamiento de la capacidad tractora y de demostración en condiciones reales, de una demanda pública sanitaria exigente

En el año 2011 se ha creado **DEMOTEK**, la Unidad de Demostración de Tecnologías Innovadoras en Salud de Euskadi, cuyo fin es facilitar al sector empresarial el proceso de testeo de sus productos y tecnologías en condiciones reales en Osakidetza, cuestión clave para su adopción y compra por parte de los sistemas sanitarios.

Asimismo, se ha fortalecido la capacidad evaluadora del sistema sanitario público vasco, con la creación de la **Unidad de Efectividad Comparada**, EKU, para la evaluación de tecnologías sanitarias. Ambas unidades están relacionadas en metodología y criterios de evaluación, y además aspiran a funcionar en una red internacional que permita hacer realidad la apuesta global de la estrategia KronikBasque.

Todas estas nuevas infraestructuras de apoyo a la I+D+i y de demostración, junto con el nuevo diálogo en que se materializa la colaboración público-privada, abren grandes oportunidades de actuación pendientes de explorar y beneficiosas para todos los agentes, desde oportunidades de negocio para las empresas del entorno, hasta oportunidades de mejora en la atención para el sistema sanitario, y de envejecimiento más activo y saludable para la ciudadanía.

La Sanidad Vasca como Región Referente.

La Unión Europea, bajo la iniciativa EIP está en proceso de reconocer una serie de Regiones en Europa como líderes en la transformación de la Sanidad. El Departamento de Sanidad y Consumo, Osakidetza y Kronikgune a lo largo de estos dos años, han creado condiciones para que Euskadi sea región referente en envejecimiento y cronicidad en 2013.

4.4. Ampliando la defensa de derechos de los ciudadanos

Para avanzar hacia la transformación del sistema sanitario vasco, a lo largo de los últimos años se ha realizado un importante trabajo en el campo del empoderamiento de los consumidores con **la puesta en marcha de Kontsumobide**. Se trata de un firme paso adelante y un cambio de actitud y de mentalidad para afrontar de manera eficaz y ágil las nuevas necesidades de las personas consumidoras del siglo XXI.

En este sentido, Kontsumobide ha nacido para proteger, para informar y para formar. Para hacer valer los derechos de las personas consumidoras y para que también éstas sean conscientes de sus obligaciones. En definitiva, para contribuir a construir una **sociedad de ciudadanos y ciudadanas que practiquen un consumo más responsable, más sostenible y más solidario**.

Con un presupuesto superior a los 7 millones de € en el año 2012, sus principales objetivos son :

- Proporcionar información suficiente para afianzar y divulgar Kontsumobide.
- Desarrollar el nuevo portal de Kontsumobide.
- Formar a colectivos con necesidades especiales, colectivos universitarios, y determinados sectores empresariales.
- Involucrar mediante convenios a las organizaciones empresariales y profesionales.
- Colaborar con otros Organismos: Instituto Nacional de Consumo, Departamento de Educación, Medio Ambiente, Agricultura, Agencia Protección datos, Sanidad e Industria.
- Potenciar la mediación como vía de resolución de conflictos para alcanzar un acuerdo entre partes previa a la reclamación o arbitraje de consumo.
- Intensificar las campañas de control de mercado a través de la Inspección, garantizando la seguridad de las personas consumidoras.
- Elaborar normas que faciliten la defensa de los derechos de las personas consumidoras y estudios sobre dinámicas y hábitos de consumo.

Entre los **hitos** y contribuciones más relevantes en el desarrollo de Kontsumobide, cabe destacar:

- **La firma de Kontsumobide y las principales operadoras telefónicas vascas de un convenio para agilizar las reclamaciones mediante la gestión telemática.** El acuerdo, pretende mejorar la eficacia en la tramitación de reclamaciones de consumo formuladas por las personas consumidoras y usuarias de la CAPV, sustituyendo la vía postal por la telemática, propiciando de esta forma una gestión más rápida y eficiente. Así, las operadoras de telefonía se comprometen a responder por correo electrónico y a la mayor brevedad posible las reclamaciones remitidas del mismo modo por Kontsumobide y es el propio Instituto Vasco de Consumo, órgano competente en la materia, quien trasladará esa contestación a la persona reclamante.
- **La puesta en marcha del Protocolo para coordinar las actuaciones del Departamento Sanidad y Consumo y la Fiscalía del País Vasco en defensa de las personas Consumidoras.** La Fiscalía actuará de oficio o a instancia de parte en la defensa de los intereses colectivos de los consumidores y usuarios en casos en los que haya un interés social que lo justifique, bien por la repercusión del volumen de reclamaciones o por el impacto económico que pueda acarrear cada caso.
- Kontsumobide, conjuntamente con el Departamento de Justicia y Administración Pública y el Departamento de Vivienda, Obras Públicas y Transportes ha puesto en marcha **el servicio de ayuda para el caso de Sobreendeudamiento familiar**. El objetivo del programa es reducir el número de desahucios en Euskadi, que en los últimos cuatro años se ha duplicado. Con la puesta en marcha de este plan se trata de “ofrecer un salvavidas de seguridad” a personas en esta situación.

- **Firma de Convenios con las 3 Federaciones de Personas Consumidoras de Euskadi**, con el objetivo de fomentar el asociacionismo vasco en el ámbito del Consumo y desarrollar programas para la protección de las personas consumidoras y usuarias. La colaboración derivada de los Convenios suscritos pretende conjugar los esfuerzos de las partes con la finalidad de conseguir personas consumidoras y usuarias responsables.
- **Firma de Convenio con tres Colegios Oficiales de Aparejadores y Arquitectos Técnicos de Euskadi** para la protección de los derechos de las personas consumidoras en materia de vivienda, con el objetivo de prestar un servicio de interés general para las personas consumidoras y usuarias y de colaborar en el ámbito de sus fines y funciones con la Administración Autónoma del País Vasco. La colaboración de las partes se produce en relación con las reclamaciones y procedimientos sancionadores que pudieran tramitarse en materia de vivienda, y consiste, fundamentalmente, en prestar la ayuda que se precise en la investigación de aquéllas así como en la emisión de los informes periciales que se requieran en el curso de un expediente sancionador.
- **Firma de Protocolo de colaboración entre AECRA y Kontsumbide-Instituto Vasco de Consumo para el fomento de la mediación y del arbitraje de consumo**, con el objeto establecer las líneas de colaboración, cooperación y coordinación, con el contenido y alcance que se establece en el mismo, entre Kontsumobide, a través de la Junta arbitral de Euskadi y la Asociación Europea de profesionales para conocimiento y regulación de las actividades de seguridad ciudadana (AECRA) para el fomento de la Mediación y del Arbitraje de Consumo en Euskadi.
- **El desarrollo de la nueva web** (www.kontsumobide.es), que recoge mejoras que permiten profundizar en la cercanía a la ciudadanía. Entre ellas:
 - Reestructuración de la información, para facilitar la navegación y el acceso rápido a la misma y ampliación de la información disponible, junto con un diseño más amigable.
 - Facilitar los canales de participación, responsabilidad y opinión de la persona consumidora y usuaria.
 - Oficina virtual para facilitar la tramitación de los diversos expedientes por vía telemática (compra online de las “hojas de reclamaciones y tramitación online de consultas y reclamaciones).
 - Reestructuración e integración del Blog en la web de Kontsumobide.

5

**Qué resultados
estamos
obteniendo con
los cambios
implementados
hasta el momento**

El proceso de transformación hacia el Nuevo Modelo Sanitario Vasco iniciado en el año 2009 es un proceso de largo recorrido, que requerirá de unos cuantos años más para obtener grandes mejoras en términos de salud, calidad y eficiencia a nivel general en todo el sistema.

Cabe destacar, **el esfuerzo y el trabajo realizado por todos los agentes del Sistema sanitario en la incorporación de las “herramientas integradoras” definidas bajo la Estrategia de la Cronicidad que en si mismas son un logro y que serán las que van a permitir avanzar en la transformación.**

Este capítulo intenta recoger los resultados finales del Sistema Sanitario tras la implementación de dichas herramientas.

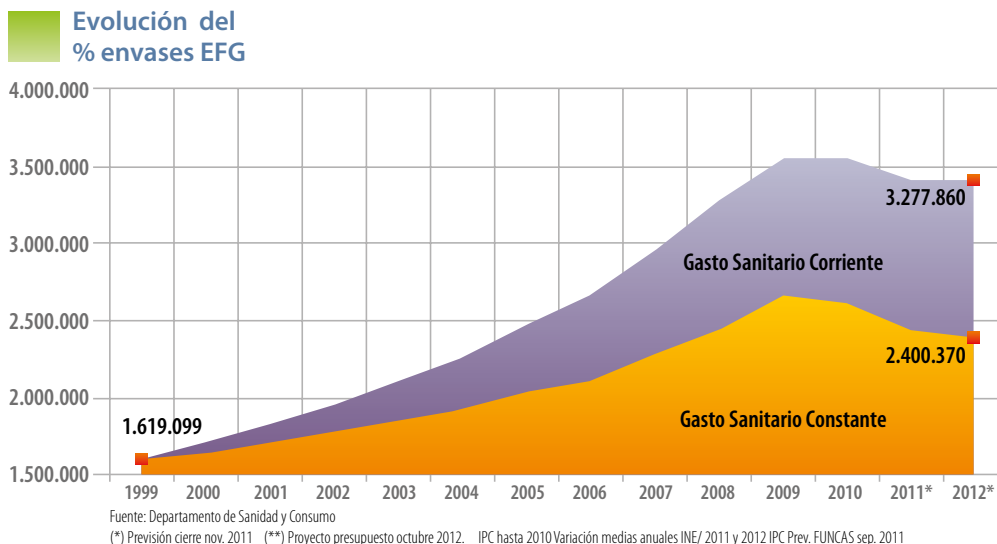
Como se ha descrito en el capítulo anterior, se han logrado importantes avances gracias a las actuaciones descritas en el apartado anterior para generar nuevas capacidades y herramientas en línea con la Estrategia de la Cronicidad, para gestionar de manera más eficiente, apostando por la sanidad pública y la defensa de los derechos de los ciudadanos vascos, y para impulsar la innovación tanto a nivel interno como con un nuevo modelo de relaciones con la industria.

Si bien todavía es pronto para vislumbrar todo el potencial de mejora del nuevo modelo en términos de mejores resultados en salud y mayores niveles de eficiencia, a continuación se muestran los principales avances obtenidos tras tres años de importantes esfuerzos para avanzar en la transformación del sistema, estructurados de la siguiente forma:

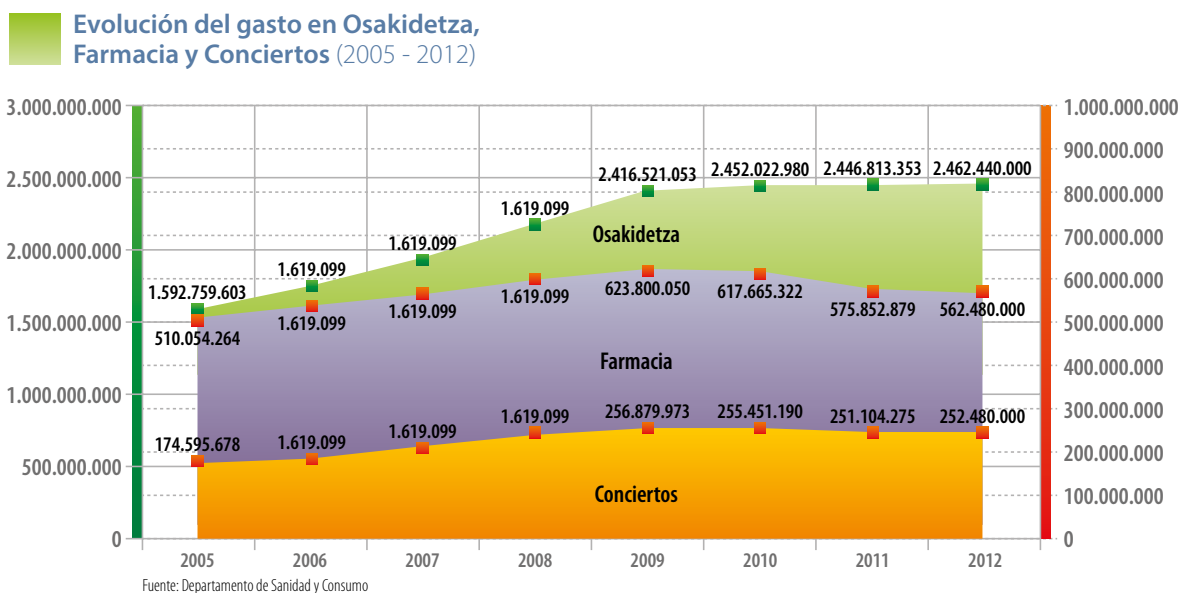
1. Evolución global de las principales partidas del gasto sanitario en los últimos años.
2. Evolución de las listas de espera y del gasto en derivaciones relacionadas con las mismas.
3. Ahorros estimados de la implementación de la Estrategia de la Cronicidad.
4. Avances significativos en materia de prevención de la salud, siendo este campo uno de los que debe desarrollar un peso muy superior en el nuevo modelo sanitario.
5. Avances en el desarrollo de los Planes de Intervención Poblacional (PIP).
6. Avances destacados en la atención de procesos asistenciales.
7. Avances en la satisfacción del ciudadanos y los rankings de los sistemas sanitarios.
8. Avances en el desarrollo del Modelo Sanitario basado en Microsistemas, con cambios en las estructuras y en el modelo de provisión a nivel local que favorezcan la atención en los lugares más adecuados, incrementando la actividad en el domicilio y en los hospitales de subagudos.

1. Evolución global de las principales partidas del gasto sanitario en los últimos años

En términos generales, el **esfuerzo de aumentar la eficiencia** en los últimos años ha propiciado una ligera **disminución del gasto sanitario público** en el periodo 2009-2012. En este sentido, gracias a la apuesta por afrontar la crisis manteniendo y mejorando los servicios a la población, en el periodo 2009-2012, el gasto de asistencia sanitaria (Osakidetza+concertos+farmacia) ha disminuido en 20 millones de euros, frente a un incremento de 745 millones de dicho gasto entre 2005-2008.

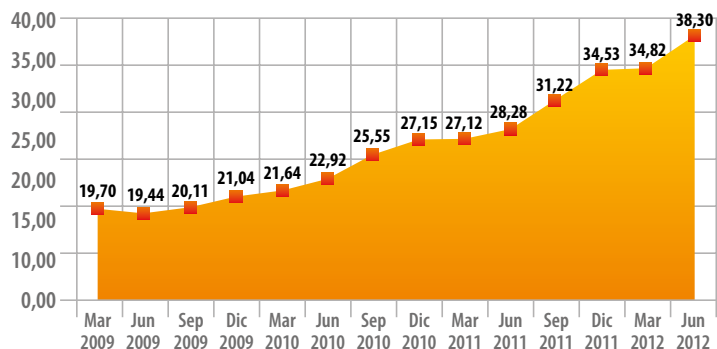


Analizando las principales partidas del gasto sanitario, se aprecia como el esfuerzo de contención del gasto se ha producido en todas las partidas, principalmente en farmacia y asistencia concertada privada, mientras Osakidetza aumenta en 30 m€ el gasto. En consecuencia, se puede concluir que se ha realizado más con menos.

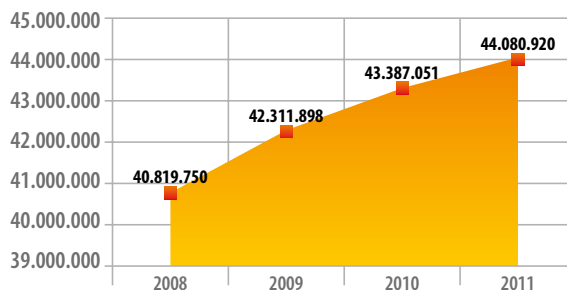


Parte del ahorro en el gasto farmacéutico se ha debido al incremento del uso de genéricos, habiéndose duplicado su uso hasta alcanzar ya la media española.

Evolución del % envases EFG



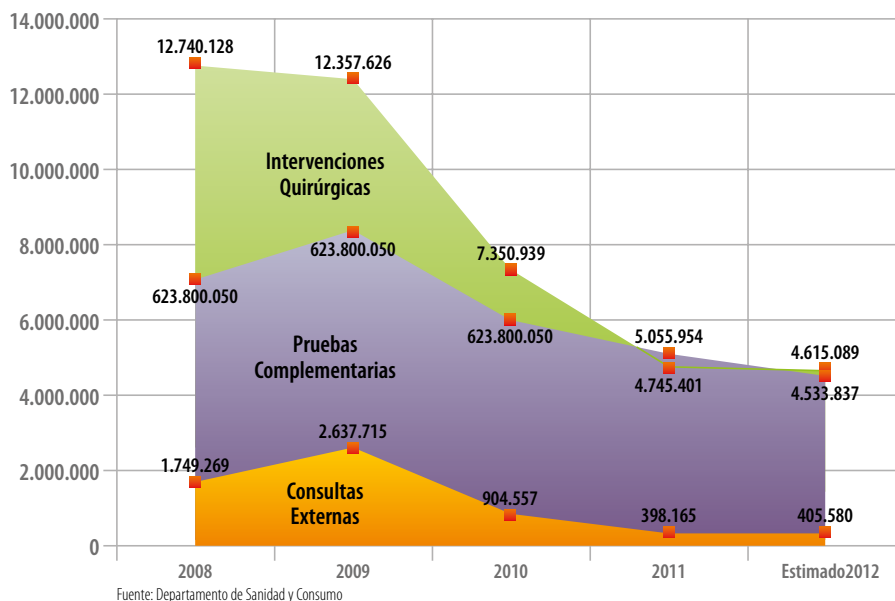
Nº recetas



2. Evolución de las listas de espera y del gasto en derivaciones relacionadas con las mismas

Por otro lado, cabe destacar la disminución del gasto de asistencia concertada gracias a la disminución de las derivaciones desde Osakidetza por listas de espera.

Gasto de las derivaciones de Osakidetza para listas de espera

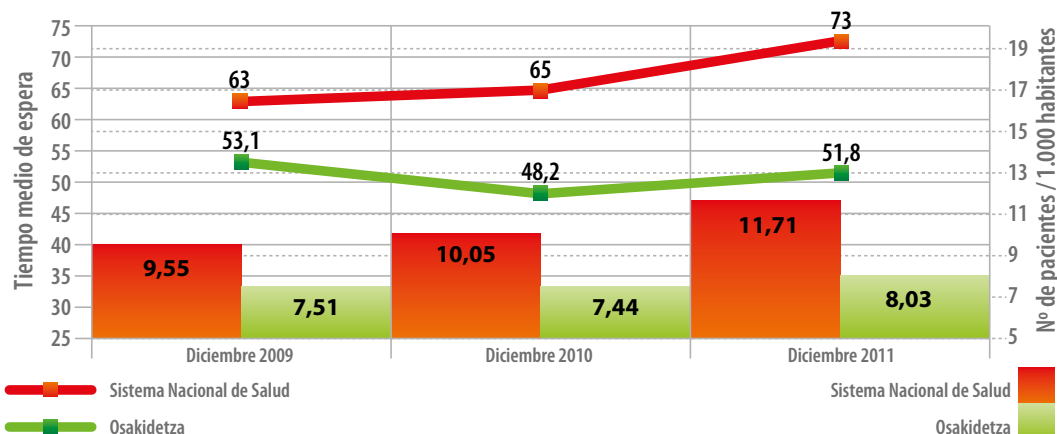


Además, y pese a los esfuerzos realizados en términos de eficiencia y contención del gasto, la apuesta por proteger la Sanidad Pública y optimizar los recursos internos ha permitido mejorar significativamente los tiempos de espera sin aumentar el gasto sanitario. En este sentido, se han cumplido los objetivos de listas de espera frente a un notable aumento en el Sistema Nacional de Salud y se ha mejorado la accesibilidad también a las consultas de especialistas:

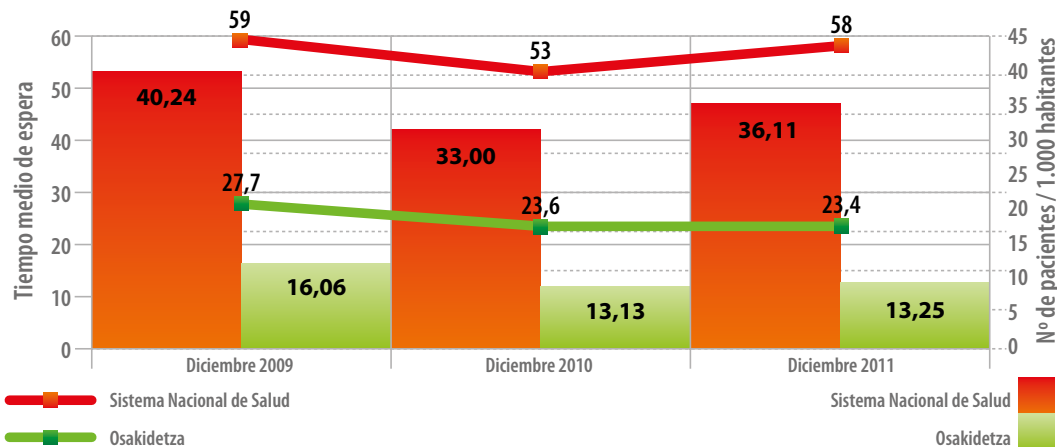
- Se ha reducido el tiempo de espera para las intervenciones quirúrgicas y consultas externas en más de 2 días respecto al año anterior, frente al aumento en España y se están cumpliendo los objetivos de accesibilidad (0% esperan más de 6 meses frente a 10% en España).

- Se ha reducido en 4 días el tiempo de espera medio para consulta y reducción en el número de pacientes en lista de espera.
- El tiempo medio de espera y el número de pacientes por cada mil habitantes en intervenciones quirúrgicas y consultas externas es significativamente menor en Osakidetza que en el resto del Sistema Nacional de Salud.

**Lista de espera quirúrgica
Comparativa Osakidetza - SNS**



**Lista de espera CCEE
Comparativa Osakidetza - SNS**



3. Ahorros estimados de la implementación de la Estrategia de la Cronicidad

Si bien se trata de un proceso de largo recorrido, ya se pueden visualizar los primeros resultados de algunos de los proyectos de la Estrategia de la Cronicidad en términos de eficiencia económica o ahorros obtenidos:

- En 2011 se han estimado unos ahorros de aproximadamente 28 millones de euros, procedentes de los proyectos de:
 - **Osarean**: que ha permitido atender a los ciudadanos por otros medios o canales distintos al presencial, evitando desplazamientos innecesarios para las personas y generando importantes ahorros para el sistema. Los ahorros generados se han estimado en base al número de usuarios de servicios no presenciales como el Consejo Sanitario, la Atención especializada no presencial,

la atención telefónica urgente, el apoyo sociosanitario, o la telemonitorización de pacientes.

- **La historia clínica unificada:** que ha permitido ahorros en interconsultas no presenciales, por correo electrónico, consultas de telemedicina y la digitalización de la radiología.
- **La hospitalización a domicilio,** con más de 12.500 pacientes en el año 2011, con un ahorro medio superior a los 700 € por paciente frente a la hospitalización convencional.
- Los más de 800 ingresos en **hospitales de subagudos**, con un ahorro medio de 450€ por persona.
- Para los próximos años, se prevén también importantes ahorros a medida que los distintos proyectos se vayan consolidando y extendiendo por todo el sistema, desde casi 60 millones en 2012 a 170 millones en 2014:
 - Los ahorros estimados por el **abordaje bajo el nuevo modelo de cronicidad**, interviniendo de manera proactiva con ayuda de los Planes de Intervención Poblacional y potenciando la hospitalización a domicilio, ascienden a alrededor de 30 millones de euros en 2012, 69 millones en 2013 y 130 millones en 2014.
 - Los ahorros derivados de una **mayor coordinación entre niveles**, con una mayor número de consultas de telemedicina y de interconsultas, ascienden a más de 750 millones en 2012 y casi 1.200 millones en 2014.
 - Los ahorros derivados de la extensión de Osarean, con un creciente volumen de llamadas para Consejo Sanitario y para atención especializada no presencial, superan los 13 millones en 2012, los 16 en 2013 y los 20 millones en el año 2014.
 - Los ahorros derivados de la implantación de la receta electrónica, evitando un elevado volumen de pacientes con efectos adversos, superan los 15 millones de euros en el año 2012 y sucesivos.

EFICIENCIAS GENERADAS POR LA ESTRATEGIA DE CRONICIDAD EN 2011	
Proyectos de la Estrategia de Cronicidad	Ahorros año 2011 (Mill. €)
Osarean	14,3
Historia clínica unificada	3,7
Hospitalización a domicilio	9,2
Ingresos subagudos	0,4
TOTAL	27,6

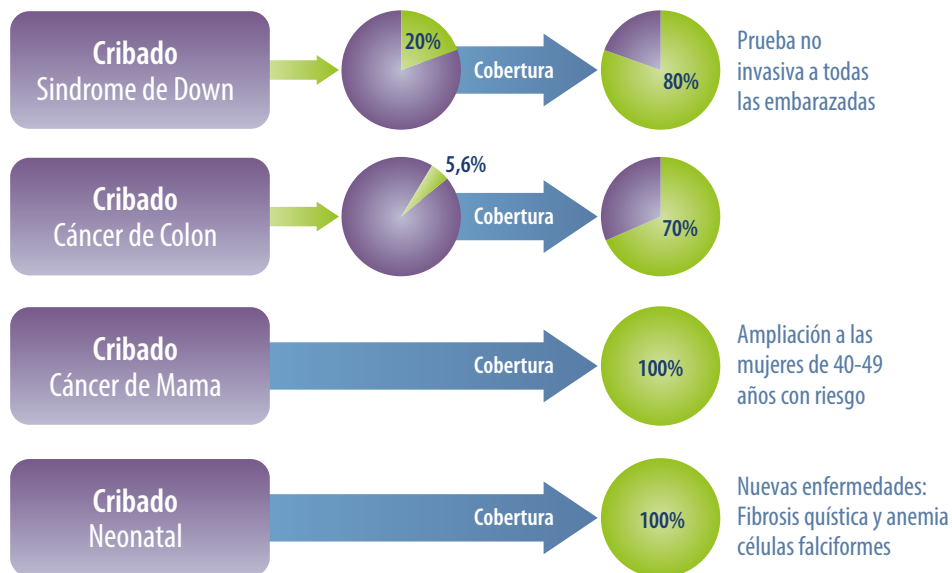
EFICIENCIAS FUTURAS POR LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE CRONICIDAD			
Proyectos de la Estrategia de Cronicidad	2012	2013	2014
Abordaje bajo modelo de cronicidad	30,0	68,3	130,5
Coordinación entre niveles	0,8	0,9	1,2
Osarean	13,2	16,5	20,6
Receta electrónica - seguridad	15,6	16,4	17,2
TOTAL	59,6	102,5	169,5

4. Avances significativos en materia de prevención y promoción de la salud, siendo este campo uno de los que debe desarrollar un peso muy superior en el nuevo modelo sanitario.

Gracias a la apuesta realizada por la ampliación de prestaciones de la sanidad pública, se han desplegado importantes programas asistenciales que potencian la prevención de enfermedades y su detección y tratamiento cuando en los estadios iniciales de la enfermedad. En este sentido, se han ampliado las coberturas de los siguientes programas de prevención:

- Ampliación del programa de detección precoz de cáncer de colon y recto (del 5,6% al 70% de cobertura)¹⁰
- Ampliación del programa de detección precoz de cáncer de mama (a mujeres de entre 40 y 49 años con factores de riesgo ¹⁰.
- Ampliación de siete nuevas enfermedades en el programa de detección de enfermedades metabólicas del recién nacido: fibrosis quística, anemia falciforme, homocistinuria, academia isovalérica (VA), entre otras.
- Cobertura a todas las embarazadas de la prueba no invasiva de detección precoz de síndrome de Down y otras cromosomopatías
- Detección precoz de pacientes con riesgo de debutar diabetes mellitus, etc.
- Ampliación de la población diana del PADI en un 10% (16.500 niños más) llegando a cotas del 68% de cobertura, gracias en gran parte a la renovación del cuadro facultativo concertado para el PADI, pasando de 700 a 1.000 consultas ofertadas y a un plan de mejora de eficiencia del dispositivo de Odontología.
- Deshabituación tabáquica con mejora en los resultados en pacientes que han abandonado el hábito de fumar que ha pasado del 40,5% al 42,7%; se reduce el porcentaje de personas que consumen más de 20 cigarrillos diarios. Las personas que fuman más de 20 cigarrillos sólo representan ya el 5,1% de las personas fumadoras –frente al 9,5% de 2006– y las que fuman entre 11 y 20 cigarrillos han pasado de ser el 56,4% a un 35,5%. Por el contrario, cada vez es mayor, entre las personas fumadoras, el peso relativo de quienes fuman menos de 11 cigarrillos diarios, que han pasado de representar un 34,1% a suponer el 57,4%. Los resultados también son positivos en el rango de edad de 15 a 24 años, dónde el % de personas fumadoras habituales ha pasado del 27,9 al 19,6 en estos años.

Ampliación de coberturas en programas de prevención



Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo

Además de la ampliación de estos programas de prevención, se ha potenciado las actividades de promoción de la salud incluyendo objetivos ambiciosos en los Contratos Programa de todas las organizaciones de servicios, quienes han desarrollado estrategias de intervención en diversas materias como el cribado y el consejo antitabáquico, la vacunación antigripal, el desarrollo del paciente activo, la actividad física y la dieta, y el riesgo cardiovascular.

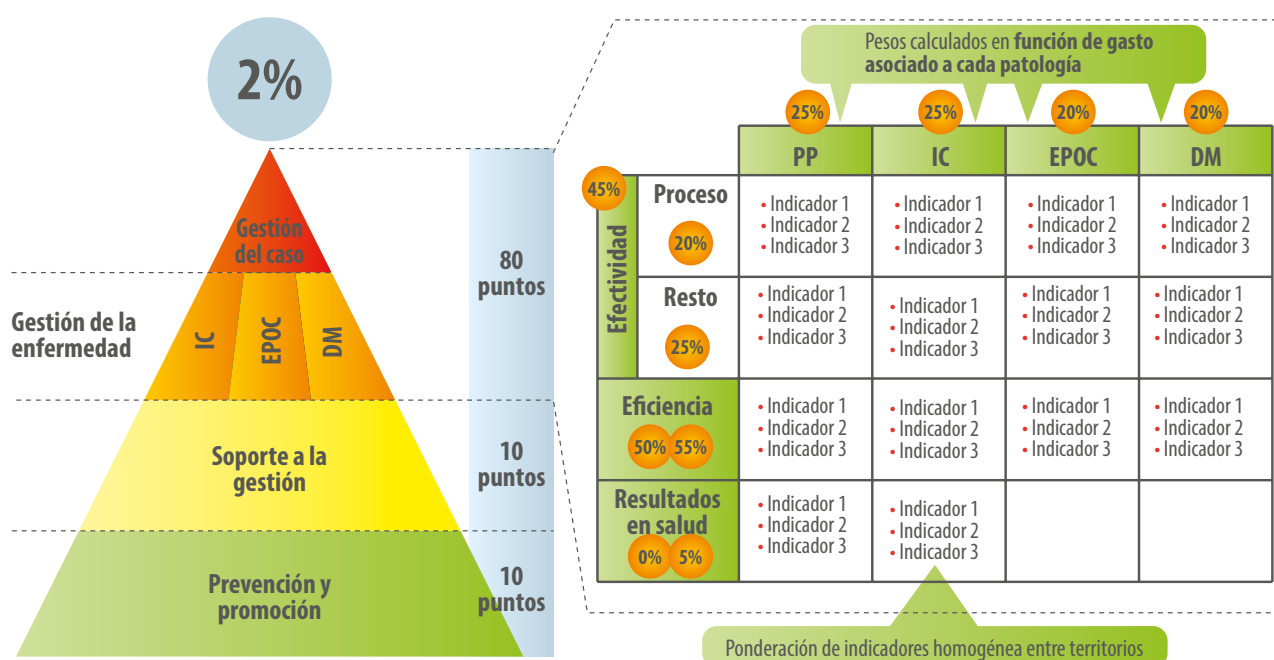
¹⁰ Información ampliada en el documento: Avances en la atención sanitaria del cáncer en Euskadi 2009 - 2012

5. Avances en el desarrollo de los Planes de Intervención Poblacional (PIP)

A lo largo de los últimos años se han desarrollado múltiples proyectos de innovación desde los profesionales relacionados con la gestión de las patologías crónicas más frecuentes y con la gestión del paciente pluripatológico, que han permitido obtener evidencias para mejorar la atención y para extender posteriormente al resto de organizaciones de servicios y microsistemas. Así por ejemplo, de entre los proyectos de innovación priorizados en los Contratos Programa, destacan: 15 proyectos relacionados con la gestión del paciente pluripatológico; 8 proyectos relacionados con la enfermedad mental; 7 proyectos relacionados con a oncología; 6 proyectos relacionados con la diabetes; otros 6 proyectos relacionados con la enfermedad pulmonar; 5 relacionados con las enfermedades cardiovasculares

Además de los proyectos de innovación desde los profesionales, el desarrollo de los Planes de Intervención Poblacional ha permitido notables avances y cambios en la atención a personas con patologías crónicas como la diabetes, la EPOC, la insuficiencia cardiaca y los pacientes pluripatológicos. En este sentido, en el año 2012 se seleccionaron más de 50.000 pacientes (el 2,3% de la población vasca), de manera que en cada uno de los microsistemas:

- Existe un registro de pacientes con nombres y apellidos sobre los que se debe actuar de manera proactiva.
- Todas estas personas están estratificadas según los niveles de riesgo y se conocen sus necesidades
- Se han definido rutas asistenciales y elementos de coordinación entre niveles asistenciales para permitir dar la continuidad de cuidados que estas personas necesitan.
- Se ha ofrecido a muchos de estos 50.000 pacientes un plan de cuidados adaptado a sus necesidades y a su nivel de riesgo, de forma proactiva, sin esperar a que el paciente lo solicite.
- Se ha mejorado la prestación de servicios a estos pacientes, garantizando que el plan de cuidados está integrado y coordinado entre niveles asistenciales
- Se están monitorizado los avances en la atención a estos pacientes y en los resultados, mediante una evaluación continua y un seguimiento en términos de salud y de eficiencia.
- Se ha vinculado parte de la financiación de las organizaciones de servicios a la consecución mejoras en indicadores relacionados con la atención, en un marco evaluativo con más de 100 indicadores.



6. Avances destacados en la atención de procesos asistenciales

Además de la puesta en marcha de los Planes de Intervención poblacional se ha avanzado en el desarrollo de otros procesos asistenciales, entre los que se puede destacar los siguientes a modo de ejemplo:

- **Consolidación de la unidad de daño cerebral del hospital de Gorliz**, con ampliación de 15 nuevos profesionales y con unas instalaciones renovadas con el fin de proporcionar una asistencia de mayor calidad a este tipo de pacientes, atendiendo aproximadamente a 450 pacientes/año.
- **Elaboración del Plan de acción de la Estrategia de Enfermedades Raras de Euskadi**, con medidas para avanzar de una manera armónica en el mejor conocimiento, atención, coordinación e investigación de este tipo de enfermedades, y para atender las necesidades sociosanitarias de estos pacientes mediante la coordinación entre Departamentos, asociaciones e Instituciones. De forma paralela:
 - Se ha aprobado el Plan de **Genética de Euskadi**¹¹ y se han creado el primer servicio de genética de Euskadi y la primera Unidad de Terapia Fetal.
 - Se han creado algunas **consultas multidisciplinares** en algunas patologías concretas como la espina bífida, con un nuevo modelo de atención coordinada.
- **Reorganización de los servicios de Oncología**¹⁰. En 2011 se puso en funcionamiento la Unidad de Oncología médica del hospital de Galdakao, lo que significa que unos 600 pacientes/año que antes eran atendidos en H Cruces y Basurto, son hoy asistidos en las nuevas instalaciones de este Centro, lo que ha permitido descongestionar la atención de Cruces y mantener las demoras en un tiempo óptimo menor a 30 días para el inicio de los tratamientos.
- De forma paralela, en estos cuatro años se ha realizado un **potente esfuerzo inversor en equipamiento para Oncología**¹⁰:
 - Un nuevo acelerador en Hospital de Basurto, un PET en el Hospital de Cruces y otro en el Hospital Universitario de Álava, etc.
 - Se han iniciado nuevas técnicas terapéuticas en radioterapia como son la braquiterapia y radiocirugía estereotáxica.
 - Otro importante avance conseguido es la implantación del test multigénico ONCOTYPE para mujeres con cáncer de mama, según el resultado del mismo se puede evitar el tratamiento con quimioterapia.
- **Rehabilitación cardíaca**. En el primer semestre de 2009 se inauguró la tercera unidad de rehabilitación cardíaca del País Vasco, la del Hospital de Basurto que venía a completar la oferta del Hospital Donostia y del Hospital Universitario de Álava. Dando un paso más, en 2012 se empezó un proyecto de colaboración entre esta unidad, el Ayuntamiento de Bilbao y la atención primaria de Comarca Bilbao como refuerzo en el periodo extrahospitalario, con la finalidad de que los pacientes incluidos en el programa de Rehabilitación Cardíaca del Hospital modificaran sus hábitos de vida haciéndolos más cardiosaludables
- **ICTUS**. El proyecto de mejora de la atención del ictus agudo ha culminado en este periodo con el desarrollo de 4 nuevas unidades en los Hospitales de Basurto, Galdakao, Hospital Universitario de Álava y Cruces que se unen a la unidad ya existente del Hospital de Donostia. Esta red vasca de Unidades de Ictus atendió entre los años 2009 y 2011 a más de 12.000 pacientes. Por otra parte y aprovechando las nuevas tecnologías se ha incorporado un espacio en el portal de Osakidetza “Un ictus puede sacudir tu vida ¡Cuidate!” que pretende formar a los ciudadanos en esta patología.
- **Cuidados paliativos**:
 - En el año 2010 se puso en marcha el Servicio de Cuidados Paliativos del H. U. de Cruces, y en el 2011 se incrementó la dotación del Servicio del Hospital Universitario Donostia que pasó de 8 a 14 camas.

¹¹ Información ampliada en el documento: *Plan para el desarrollo de la genética en la Comunidad Autónoma del País Vasco*

¹⁰ Información ampliada en el documento: *Avances en la atención sanitaria del cáncer en Euskadi 2009 - 2012*

- De forma paralela, se han impulsado varios proyectos para avanzar en la integración de cuidados paliativos, centrados en el paciente y su familia, donde los distintos recursos actúan de forma coordinada para dar respuesta a las necesidades de paciente/familia con el recurso idóneo en el momento que surge la necesidad concreta. Por ejemplo: i) Proyecto “Cuidados Paliativos en Araba: el proceso asistencial integrado”, ii) Proyecto NECUPA (Hospital Universitario de Basurto, Comarca Bilbao y Hospital Santa Marina).
- Desde Diciembre del 2011 se atienden llamadas de este tipo de pacientes en el call center de Osakidetza (consejo sanitario).
- **Estrategia salud sexual y reproductiva:**
 - En el periodo en estudio, se han inaugurado dos áreas de atención al parto en los Hospitales Alto Deba y Zumarraga, así como se ha puesto en marcha la Unidad de terapia Fetal en el Hospital de Cruces.
 - Por otra parte se ha impulsado el desarrollo del proyecto de Historia Clínica Digital para el proceso asistencial de gestación/parto/puerperio y atención al recién nacido, en fase piloto en dos centros Hospitalarios de la red.
 - En lo que respecta al campo de reproducción asistida, se ha puesto en marcha la unidad de FIV/ICSI en el Hospital Universitario Donostia, la técnica “Crioconservacion de ovocitos” en el H. U. Cruces y se ha potenciado la Unidad del Hospital Universitario de Alaba
- **Rediseño de programa de detección precoz de la sordera infantil:**
 - Se ha establecido como prueba de cribado de hipoacusia los potenciales auditivos de tronco cerebral automatizados (prueba considerada gold estándar a nivel internacional) adquiriéndose 9 equipos.
 - Se ha normalizado como prueba diagnóstica el “Potencial Auditivo de Tronco Cerebral con umbrales” o PEATC sin sedación en los 4 hospitales de referencia (Cruces, Basurto, HUA, Donostia) para el estudio, tratamiento y seguimiento de la Hipoacusia infantil.
 - Y por último se ha asignado a la Unidad de Implante coclear del Hospital Donostia como centro de referencia para toda la CAPV en este tipo de cirugía, y se ha dotado de los recursos necesarios.

7. Avances en la satisfacción del ciudadanos y los rankings de los sistemas sanitarios

La **opinión de los ciudadanos** parece coincidir con las mejoras que se van obteniendo, de manera que se muestran satisfechos y valoran positivamente sus sistema sanitario, con unos niveles superiores por lo general a la media, tal y como se puede observar en diversos estudios y encuestas:

- Según el **Informe del Gabinete de Prospección Sociológica-Presidencia del Gobierno Vasco** (Junio 2012), el 76% de los ciudadanos vascos considera que la sanidad pública de Euskadi es mejor a la del resto de España, habiéndose elevado ese porcentaje en 13 puntos respecto a los resultados del 2008.
- En el **Informe de análisis de los servicios de salud por Comunidades 2011 publicado por la FADSP** el País Vasco alcanza el segundo puesto en el ranking de las Comunidades con los mejores servicios de salud.
- En el Euro-**Barómetro 2011**, la sanidad del País Vasco se percibe muy bien valorada en relación a las demás Comunidades en la mayoría de los temas tratados destacando:
 - Un 91% de los encuestados considera que ha recibido una atención buena o muy buena en Atención Primaria
 - Segunda mejor valoración en la satisfacción tiempo de espera hasta entrar en la consulta de Atención Primaria y en el nivel de equipamiento y medios tecnológicos en ese nivel asistencial

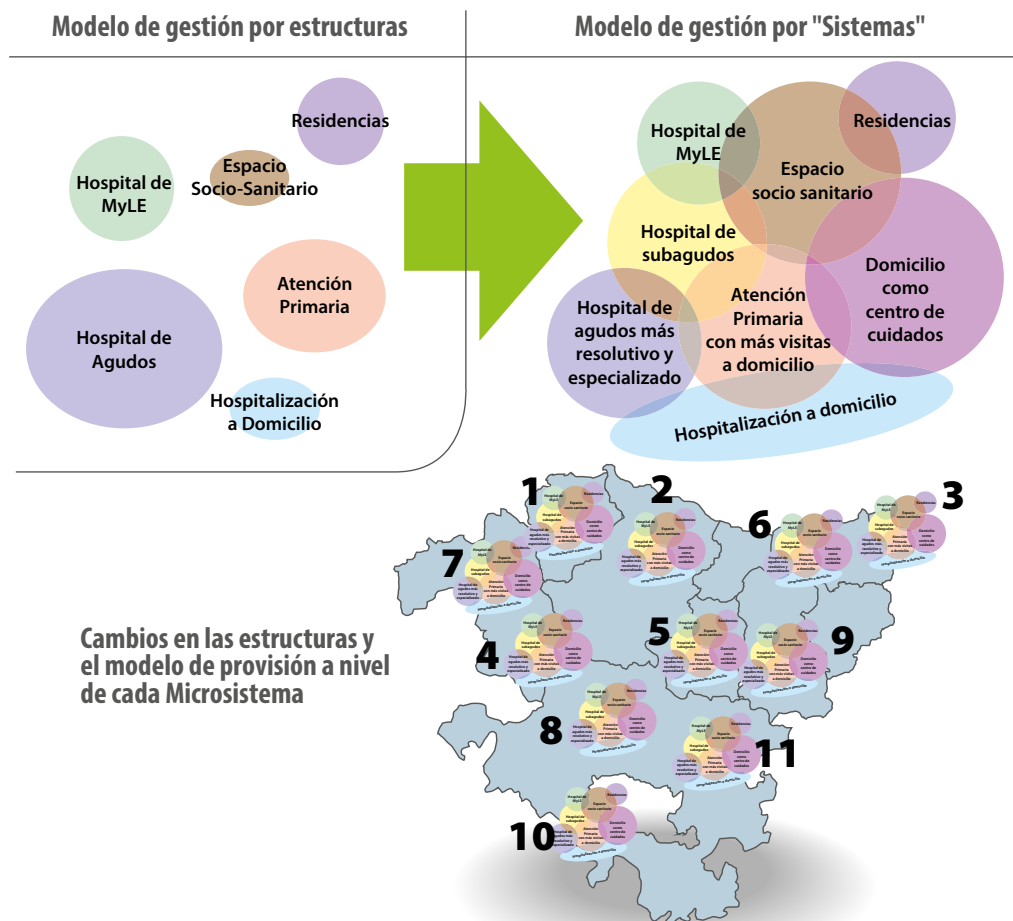
- Clara mejoría (respecto a años anteriores) en la valoración del tiempo que tarda el médico de medicina de familia en ver al paciente desde que pide la cita
- Primera mejor valoración en el tiempo que tarda el médico en ver al paciente desde que éste pide cita en Atención Especializada
- Primera posición en el ranking ante la pregunta de si creen que los servicios que reciben son mejores que los de otras Comunidades Autónomas.

En lo que refiere a la atención primaria, recalcar la posición de privilegio de la sanidad vasca según el **Informe de efecto de los recortes en la atención primaria del mes de Junio 2012 de la SEMFYC**, en el cual se afirma que:

- El País Vasco es la Comunidad con menos recortes de personal.
- Se trata de la única Comunidad que no ha recortado la formación de los profesional y que no ha aplicado reducciones en la cartera (ecografías, coordinación electrónica...)
- El País Vasco, junto a Aragón y Asturias, las que menos recortan en estructura y dotación.
- Es una de las siete Comunidades que han mantenido Oferta Pública de Empleo.

8. Avances en el desarrollo del Modelo Sanitario basado en Microsistemas, con cambios en las estructuras y en el modelo de provisión a nivel local que favorezcan la atención en los lugares más adecuados, incrementando la actividad en el domicilio y en los hospitales de subagudos.

Los cambios realizados en las herramientas, procesos e infraestructuras han permitido avanzar en el camino hacia el nuevo modelo sanitario basado en microsistemas, encontrándonos en la actualidad en un punto intermedio en el que se ha conseguido avanzar hacia una atención en los lugares más adecuados, incrementando la actividad en el domicilio, y en los hospitales de subagudos.



La transformación del modelo asistencial debería conseguir pprogresivamente, el movimiento de actividad entre niveles asistenciales, para que se pueda hacer más actividad en casa, más en primaria y menos en hospitales.

Aunque todavía es pronto para visualizar resultados significativos, a continuación se presenta un esquema para evaluar en qué medida se están obteniendo avances en la transformación del modelo, que deberían traducirse en un incremento a medio y largo plazo del peso de la atención primaria, nuevas estructuras más adaptadas a las necesidades de los crónicos (hospitales de subagudos) y la hospitalización a domicilio. A su vez, aparecen nuevas tipologías de actividad, como pueden ser las interconsultas que permiten una mayor coordinación entre niveles y así poder proveer la continuidad de cuidados al paciente, o bien, atención no presencial, acercando el Sistema Sanitario a los pacientes y adaptándose a los tiempos actuales.

Tendencia de actividad del nuevo modelo

		Año 2012	A futuro
Distribución del gasto (€)	Actividad primaria		
	Hospitales de agudos		
	Hospitales de subagudos		
	Salud mental		
	Supraterritoriales		
Distribución de altas (€)	Altas H. agudos		
	Altas H. subagudos		
	Altas salud mental		
	Altas hospitalización a domicilio		
	Interconsultas		
Distribución de consultas (€)	Consultas especializadas		
	Consultas en centro MF y pediatría		
	Consultas en centro enfermería		
	Consultas a domicilio MF y pediatría		
	Consultas a domicilio enfermería		
	consultas no presenciales		

Primeros resultados de la innovación desde el ámbito local

Este movimiento transformador viene reflejado en algunas de las experiencias piloto detalladas a continuación. A día de hoy existen más de 140 experiencias con diferente nivel de desarrollo y resultado, por lo que en este apartado sólo se detallan algunas de ellas.

- El **proyecto PROMIC** se basa en la definición de procesos de coordinación entre Atención Primaria y hospital, enfermeras de gestión del caso y formación en autocuidado para el paciente con insuficiencia cardíaca. Tras actuar sobre un total de 113 pacientes, los resultados avalan que se están consiguiendo importantes mejoras en salud, reduciendo en un 40% el riesgo de muerte o de ingresos entre los pacientes pertenecientes al grupo PROMIC, y aumentando así el tiempo de supervivencia entre los mismos.
- El **proyecto TELBIL** consiste en la telemonitorización de pacientes domiciliarios con enfermedades crónicas en Atención Primaria. Tras telemonitorizar 6 meses pacientes pluripatológicos en Atención Primaria, los resultados muestran que se ha conseguido disminuir tanto los ingresos hospitalarios de los pacientes incluidos en el programa como la duración de la estancia hospitalaria de los mismos.
- El **proyecto de tele-espirometría** se trata de un procedimiento de telemedicina en programas de aseguramiento de la calidad de las espirometrías en el ámbito de la Atención Primaria, consiguiendo detectar mejor los EPOC, acertar en el diagnóstico y mejorar la técnica de la espirometría en Primaria. El impacto presupuestario causado por la introducción del procedimiento en Centros de Salud en sustitución del procedimiento habitual para el año 2014 (en el que esta incorporado completamente) asciende a 205.256€. Teniendo en cuenta la calidad de las espirometrías realizadas para el año 2014, el gasto en espirometrías de mala calidad se reduciría en 352.315€.
- La **experiencia de integración organizativa de OSI Bidasoa** ha permitido mejorar los resultados tanto en términos de actividad como de eficiencia. En concreto, se ha reducido la tasa de derivación a especialidades médicas en más de un 4%, y los ingresos hospitalarios en más de un 3%. El gasto de OSI Bidasoa se ha reducido en los dos últimos años como consecuencia de la integración de estructuras llevada a cabo.
- La **Clínica de Obesidad Infantil de Alto Deba**, enfocada a la disminución del sobrepeso y la obesidad y a la mejora de hábitos dietéticos y de actividad física en niños de 7-14 años, persigue atender de manera integral al paciente infantil con diagnóstico de sobrepeso/obesidad, con el fin de orientarlo en la adquisición de hábitos nutricionales saludables que mejoren su estilo de vida, en una dinámica que involucra e impacta su entorno familiar. Los resultados del proyecto muestran cómo se están consiguiendo mejoras de salud en los niños intervenidos, reduciendo su índice de masa corporal y peso (en relación a la talla), y mejorando su estado nutricional.
- El **proyecto de atención sociosanitaria a la fractura de cadera en Gipuzkoa mediante una Unidad de Ortogeriatría** consiste en la derivación precoz protocolizada de todos los pacientes candidatos a una Unidad de Ortogeriatría para conseguir un enfoque geriátrico global de cada paciente, una rehabilitación precoz e integral de su patología y el retorno al domicilio con la menor dependencia posible. Se incluyeron en el proceso 381 pacientes, de los cuales 241 (un 63%) fueron trasladados a la Unidad de Ortogeriatría. Los resultados obtenidos muestran que la estancia media global y la demora media desde el ingreso hasta la intervención quirúrgica de los pacientes trasladados a la unidad fue inferior a la de los no trasladados. Además, los pacientes recibieron asesoramiento y apoyo de los trabajadores sociales y se coordinó con las trabajadoras sociales de base e instituciones sociosanitarias. La satisfacción de los pacientes y familiares ha sido muy elevada.

Durante el año 2012 se está desarrollando un proceso piloto para incluir nuevas patologías en el Proceso de Ortogeriatría: fractura de ramas, fractura diafisarias de fémur, fracturas y luxaciones periprotésicas de cadera. Según cálculos realizados por la Dirección Territorial de Gipuzkoa, el ahorro global durante el año debido a la implantación del proceso fue de 2,3 millones de euros.

- El **proyecto Saiatu** se basa en ofrecer servicios de ayuda a domicilio de carácter social, complementarios a la actuación clínica paliativa para mejorar la atención integral a las personas con enfermedad avanzada y terminal y sus familiares. Los resultados que se obtienen, tras 18 meses de actividad

del estudio realizado con 70 pacientes -mayoritariamente hombres con una edad media de 77 años- son muy positivos:

- La satisfacción de los familiares con el programa es muy alta, y más del 92% recomendarían el servicio a otras personas que estén cuidando de un amigo o familiar.
- Más de 71% de los pacientes fallecieron en su domicilio, cifra que supera los datos que encontramos en nuestra comunidad.
- **El Servicio Público de Teleasistencia betiON**, es un referente de integración sociosanitaria que garantiza la solidaridad ciudadana. betiON colabora con distintos proyectos puestos en marcha por el Gobierno Vasco, como el trabajo conjunto con el proyecto piloto **Etxean Ondo** para la mejora de la atención domiciliaria y la inclusión y participación comunitaria a las personas mayores y a las personas con discapacidad. Y por otro lado, para la creación de comunidades, se va a comenzar a trabajar con Kronet, la comunidad de pacientes y cuidadores de Euskadi.

Desde Diciembre de 2011, los usuarios de betiON han visto complementados los servicios de Teleasistencia con otros servicios como el consejo sanitario y la gestión de solicitud de cita con el médico y/o enfermera de Atención Primaria de Osakidetza. Cualquier usuario de betiON, a través de su dispositivo de Teleasistencia, puede realizar una consulta sobre su salud y solicitar una cita con su médico o enfermera. Para ello, el centro de atención de teleasistencia se coordina con el equipo de enfermería de consejo sanitario y con el call center de cita de Osakidetza. BetiON gestiona mensualmente alrededor de un millar de consultas de salud, y aproximadamente el 30% se resuelven sin necesidad de desplazamientos y el 97% de las llamadas son atendidas en menos de 20 segundos. Lo usuarios de betiON ascienden a 25.797.



6

Cuáles son los próximos pasos para avanzar en la transformación del Sistema Sanitario Vasco

Para hacer frente a la situación actual y al fenómeno del envejecimiento, se esbozan 3 posibles líneas de trabajo; una basada en “recortes en las prestaciones sanitarias”; otra basada en la introducción del “copago” y la tercera línea, centrada en la transformación del modelo de provisión; línea abordada en el País Vasco desde el año 2009.

Nos encontramos en un momento en que se requiere avanzar rápidamente y con paso firme, ya que si no se avanza en la transformación del modelo de provisión, el País Vasco estará condenado a introducir algún elemento de las otras dos políticas.

Como se recoge en el apartado anterior, los cambios iniciados en 2009 son advertidos por los múltiples agentes que intervienen en el sistema, y los primeros resultados se están empezando a visualizar y sirven para confirmar que la transformación del modelo sanitario que se pretende llevar a cabo genera mejoras en salud y en eficiencia. Pero se trata sólo del **inicio de un camino de medio plazo** hasta lograr una transformación del sistema que permita responder al reto y la oportunidad de atender mejor a los enfermos y de forma sostenible. Por lo tanto, en el futuro será necesario continuar con el camino iniciado, trabajando de manera paralela en múltiples campos y dotando de cierta continuidad a todas las acciones iniciadas, de manera que las experiencias y resultados exitosos se vayan extendiendo a todo el sistema y a todos los ciudadanos y pacientes vascos.

Acelerar el paso

En los próximos años será fundamental **potenciar el desarrollo de los Microsistemas**, con cambios visibles en sus estructuras, procesos y actividades de atención a su población de referencia:

- En primer lugar, será necesario continuar tirando de las distintas poleas que ya se han puesto en marcha en los últimos años, de manera que se consoliden y sigan desarrollando nuevas capacidades y herramientas en los microsistemas, para que puedan avanzar en los tres grandes objetivos definidos: salud poblacional, resultados en salud y sociales y eficiencia. En este sentido, para avanzar en la transformación hacia un modelo más proactivo, más integrado y más centrado en el paciente, se deberá avanzar en paralelo en diversas áreas como:
 - La implantación definitiva y la extensión en todos los microsistemas de las distintas herramientas creadas como la estratificación, Osarean, Receta electrónica, Osabide...
 - La consolidación de los Planes de Intervención Poblacional definidos actualmente, su progresiva ampliación a nuevas patologías y grupos de pacientes diana y la ampliación de acciones de prevención y promoción en próximos años.
 - El desarrollo de nuevos programas de paciente activo y la extensión de los nuevos roles de enfermería en todos los microsistemas y en más procesos asistenciales.
 - La transformación de las estructuras de atención, dando un mayor peso a los hospitales de subagudos, la atención en el domicilio y la coordinación con otra estructuras.
- Por otro lado, se deberá avanzar en el desarrollo y consolidación de un nuevo **modelo de gobernanza a nivel de microsistema**, que permita ejercer un liderazgo local y que facilite la toma de decisiones ágil y la implementación de procesos transversales, manteniendo a la vez la independencia de gestión de los procesos que sólo competen a una organización. Dicho modelo de gobernanza deberá contar con recursos presupuestarios adecuados y con la involucración de los agentes clave, tanto de dentro del sistema sanitario como del entorno.
- Por último, será necesario **extender el cambio cultural** ya iniciado en muchos profesionales, de manera que haya cada vez más personas con voluntad de colaboración y trabajo en equipo, con actitud innovadora y con cultura evaluativa. Para ello es fundamental **predicar con el ejemplo** y ser conscientes de que los cambios profundos que se pretenden suelen plantear ciertas resistencias en los inicios, hasta que se pueden ver las bondades que aportan.

Para favorecer este cambio cultural entre todos los profesionales del sistema, los agentes externos con los que colaboran y los ciudadanos en general, se deberá favorecer un **estilo de dirección descentralizado**, que permita la iniciativa y la innovación desde los profesionales, y una labor continua de **comunicación y transparencia**, donde se genere convencimiento mediante las evidencias y razones objetivas de los beneficios que suponen los cambios.

En este contexto los directivos, gestores clínicos nombrados para gestionar el Sistema Vasco de Salud deberán caracterizarse por tener capacidad integradora, actitud para mirar hacia fuera más que hacia dentro de sus estructuras asistenciales. En esta línea, los incentivos a los directivos deberán premiar preferentemente a aquéllos que consigan resultados en integración.

Además de potenciar el desarrollo de los microsistemas, que generarán mejoras y eficiencias importantes en el medio y largo plazo, también será necesario **continuar con una gestión eficiente de la crisis y apostar por la sanidad pública** en un contexto económico cada vez más complicado y una crisis más profunda que cuando se inició el proceso de cambio del modelo sanitario:

Por un lado se deberán continuar los esfuerzos para lograr una **gestión más eficiente**, con medidas de optimización del gasto en todas las organizaciones, con esfuerzos para optimizar las compras y la concertación de servicios, con esfuerzos para racionalizar estructuras y con el desarrollo de procesos y sistemas de gestión que eliminen ineficiencias y permitan ahorros.

En paralelo, se deberá trabajar en **proteger y fomentar la Sanidad Pública**, incrementando los servicios y programas asistenciales que sean coste efectivos, realizando las inversiones necesarias para mejorar las infraestructuras y garantizar los profesionales necesarios, gestionando las listas de espera, y mejorando la seguridad y la calidad de la asistencia sanitaria.

En esta apuesta por una sanidad pública sostenible y con las mejores prestaciones, es conveniente también ahondar en el desarrollo del **nuevo modelo de relaciones con la industria**, fomentando la colaboración público-privada para el co-desarrollo de nuevas tecnologías para el sistema sanitario que facilite además el desarrollo de un tejido empresarial competitivo y generador de riqueza en el entorno. En este sentido, en los próximos años se deberá trabajar para:

- Incrementar los esfuerzos en los procesos de Compra Pública Innovadora, apoyando los proyectos ya iniciados en el ámbito de la prestación de servicios sanitarios de forma virtual y no presencial, e impulsando nuevos proyectos que permitan avanzar en necesidades no cubiertas y para las que existe un alto mercado potencial, tanto a nivel local como mundial.
- Apoyar el desarrollo de empresas vascas competitivas a nivel mundial en productos y tecnologías sanitarias capaces de atender el reto de la cronicidad, la dependencia y el envejecimiento, y potenciar los acuerdos de colaboración público-privada con organizaciones y empresas de relevancia que puedan favorecer el desarrollo de innovaciones de valor para el sistema sanitario.

El **papel de los profesionales sanitarios** es fundamental para el éxito de este nuevo modelo de relación con la industria, y para el éxito del proceso de transformación del sistema sanitario en general. Son los profesionales sanitarios quienes definirán los nuevos procesos asistenciales y los cambios necesarios en los recursos, y quienes tendrán un papel protagonista en la implementación de los cambios a nivel local. Son ellos quienes trabajarán de manera conjunta con otros agentes del ámbito social, local e industrial. Y son ellos también quienes, en su interacción continua con los pacientes y ciudadanos, potenciarán el empoderamiento del paciente y las actividades de promoción y prevención que van a tener mucha más importancia en el nuevo modelo sanitario.

Por ello, será fundamental **motivar y apoyar a los profesionales sanitarios en sus esfuerzos de implementación de los nuevos procesos y herramientas** y fomentar al máximo la innovación desde los profesionales, facilitando los recursos necesarios, evaluando los resultados y favoreciendo la extensión a todo el sistema de las experiencias más exitosas y coste-efectivas. Estos esfuerzos son fundamentales para avanzar en la transformación del sistema, en un **proceso de mejora e innovación continua**, que debe dar respuesta en cada momento a las necesidades de los ciudadanos de la mejor forma posible.

En este apasionante proceso de transformación hacia un nuevo modelo sanitario, que entendemos que será referente para muchos otros sistemas que deberán recorrer su propio camino, apuntamos

una serie de **factores críticos de éxito** para tener en cuenta en los próximos años, a modo de guías o principios de actuación que orienten la toma de decisiones en todo momento:

- **Tener claro a dónde vamos**, con una **visión común** del nuevo modelo sanitario vasco que deseamos construir. Creernos que dicho modelo es posible y necesario, y transmitirlo de manera continua a todos agentes (profesionales, organizaciones externas, pacientes y ciudadanos), convenciendo de las razones del cambio y de las bondades del nuevo modelo.
- Ser **flexible** en el proceso de construcción del nuevo modelo sanitario, que deberá adaptarse a las características propias de cada microsistema, sabiendo que el modelo futuro aún está por acabar de configurarse y su configuración final incorporará elementos que aún desconocemos.
- Potenciar la **innovación** y la introducción constante de cambios y mejoras en el sistema sanitario que aporten valor y eficiencia y que permitan avanzar en la dirección deseada, fomentando tanto la innovación desde los profesionales como la incorporación de innovaciones desarrolladas en otros sistemas sanitarios que han mostrado buenos resultados.
- Favorecer la **colaboración** a todos los niveles, tanto entre los profesionales de distintas áreas del sistema, como con los pacientes, con las empresas, con las organizaciones del ámbito social, de la educación, o de cualquier otro ámbito relacionado con la salud.
- Fomentar y exigir la **evaluación** de los resultados de todos los cambios que se vayan realizando, valorando las evidencias científicas de las mejoras en salud, recogiendo la opinión y el grado de satisfacción de los profesionales, pacientes y ciudadanos, y estimando el impacto en coste de todas las actuaciones. Acelerar los procesos de **aprendizaje** tras la evaluación de los resultados y de **extensión** de las experiencias positivas en todo el sistema sanitario lo más rápido posible, realizando las adaptaciones que sean necesarias en cada caso.
- **Apoyar** desde las áreas centrales del Departamento de Sanidad y Consumo y las estructuras de apoyo creadas (O+Berri, Kronikgune, Etorbizi, etc.) todos los esfuerzos que se realicen en los distintos microsistemas para avanzar en la transformación del modelo. Dicho apoyo es fundamental para el logro de los objetivos previstos y adoptará muchas formas: desde el liderazgo y apoyo moral a las personas que realicen los esfuerzos de cambio, hasta el apoyo con la dotación de los recursos necesarios, la transformación de las estructuras y de los sistemas de dirección, el avance en el modelo de contratación y financiación, etc.
- **Ilusionar** a todas las personas involucradas, transmitiendo la oportunidad de realizar un cambio de enorme calado en el sistema que será a la larga beneficioso para todos, contagiando la pasión por cambiar las cosas para mejorar el sistema sanitario público, que es de todos y es uno de los pilares básicos de nuestra sociedad.

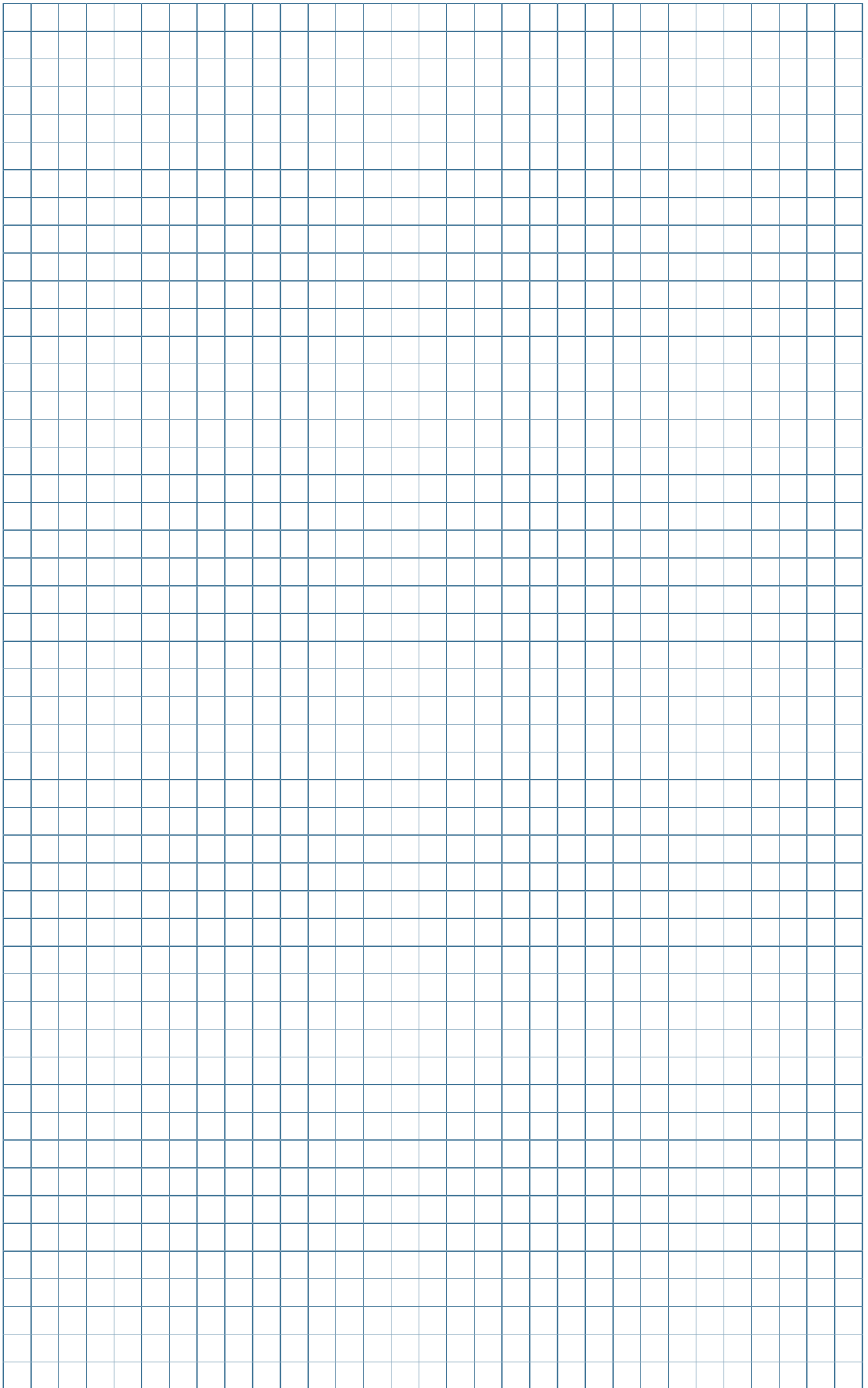
En definitiva, sabemos que el camino a recorrer para la transformación del sistema sanitario vasco con el paciente en el centro no será fácil al tratarse de un sistema complejo, y nos encontraremos con resistencias y dificultades. Pero se trata de una apuesta estratégica frente a otras alternativas de recortes o copagos que nos alejan de las conquistas obtenidas en la sanidad en los últimos años, y que debe implementarse con velocidad, ya que el camino de la mejora de la eficiencia se va agotando y son necesarios cambios estructurales para garantizar la sostenibilidad del sistema.

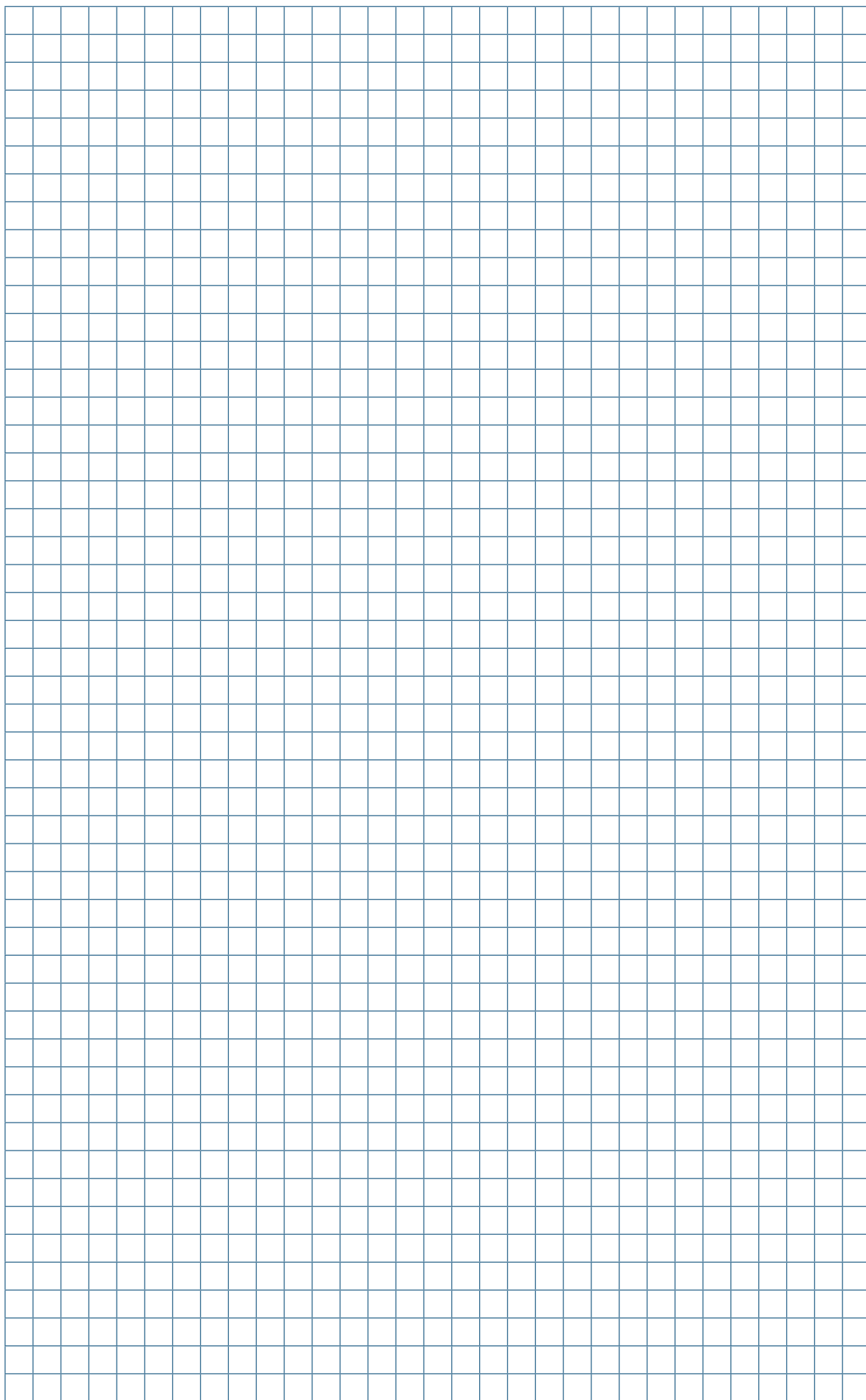
En definitiva, estamos convencidos de que el esfuerzo es necesario y merecerá la pena, y nos permitirá sentirnos orgullosos en el futuro de **un nuevo modelo sanitario que será de todos y que nos permitirá vivir más y mejor, en un sistema equitativo y que favorecerá la cohesión y el crecimiento de la sociedad vasca en su conjunto.**

Anexos

Documentos relacionados.

- **1 Nuevo modelo de provisión de Euskadi: Sistemas Locales Integrados de Salud –Microsistemas y su gobernanza (2012).**
- **2 Estrategia para afrontar el reto de la Cronicidad en Euskadi.**
- **3 Documento de avances en la Estrategia para afrontar el reto de la Cronicidad.**
 - Informe sobre la evolución de los proyectos de la Estrategia de Cronicidad (2009 -2011).
 - Compartiendo el avance en la Estrategia de la Cronicidad (2010 – 2012).
- **4 IEMAC**
- **5 Paciente activo. Evaluación realizada por prosumers participantes en el programa. Noviembre 2012.**
- **6 Informe: Jornadas sobre “El reto de avanzar en el despliegue de las competencias avanzadas en enfermería”**
- **7 Consolidación del proyecto de Contratación y Financiación sanitaria. Avances a lo largo del período 2009 - 2012**
- **8 Nuevo modelo de atención sanitaria y su financiación en centros residenciales de personas mayores dependientes de la CAPV**
- **9 Innovación local como motor de la transformación del nuevo Sistema de Salud Vasco 2009 - 2012**
- **10 Avances en la atención sanitaria del Cáncer en Euskadi 2009 - 2012**
- **11 Plan para el desarrollo de la genética en la Comunidad Autónoma del País Vasco**
- **12 Recomendaciones de buen gobierno**







Osakidetza



**EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO**

OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

kronikoen
programa