

[FIT FOR LIFE]

VIVIR MÁS, VIVIR MEJOR

PORQUE ADEMÁS
DE AÑADIR AÑOS A LA VIDA,
ES IMPORTANTE
AÑADIR VIDA A LOS AÑOS

La prevención secundaria
y terciaria en España

RESUMEN EJECUTIVO



abbvie

© Reservados todos los derechos. En caso de citar parcial o totalmente este libro se recomienda referenciarlo como *“Fit For Life: Vivir Más, Vivir Mejor”*, AbbVie, 2014.
Ni los autores ni ninguno de los participantes en el proyecto Fit For Life o las entidades participantes aceptan responsabilidad alguna por los posibles errores del texto o el mal empleo o la mala aplicación del material de este libro.

Edita y coordina: AbbVie
Impreso en España, 2014



abbvie



ÍNDICE

CARTA DE PRESENTACIÓN	4
PRÓLOGO	6
AUTORES	9
1. OBJETIVO Y MÉTODO DE TRABAJO	11
2. CONTEXTO ACTUAL	13
3. ESTRATEGIAS PARA UNA SANIDAD QUE INCORPORA LA PREVENCIÓN ENTRE SUS PRIORIDADES	17
4. LOS AGENTES IMPLICADOS EN LA PREVENCIÓN	35
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	37



CARTA DE PRESENTACIÓN

En Europa, la esperanza de vida se ha incrementado significativamente en los últimos años, y en paralelo, la tasa de natalidad está descendiendo. Este cambio demográfico hacia una población cada vez más envejecida plantea varios retos sociales y económicos, entre ellos un aumento de la demanda de recursos sanitarios.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), dos de cada tres ciudadanos europeos que han alcanzado la edad de jubilación tienen, al menos, dos patologías crónicas. La carga de las enfermedades crónicas representa el 75% de los costes sanitarios, y más del 86% de los fallecimientos en la Unión Europea.

En el marco del proyecto piloto Asociación Europea para la Innovación sobre un Envejecimiento Activo y Saludable impulsado por la Comisión Europea, se ha marcado como objetivo a alcanzar en 2020 el aumentar en dos años la esperanza de vida saludable de los ciudadanos. Este ambicioso objetivo sólo se puede cumplir con la colaboración de todos los agentes, y en particular, políticos, gestores, profesionales sanitarios, la industria y la sociedad civil.

AbbVie, en su compromiso por la promoción del debate sobre el envejecimiento saludable y la sostenibilidad del sistema sanitario, ha impulsado varias iniciativas en esta dirección. Estamos convencidos de que sólo presentando soluciones desde un abordaje multidisciplinar, con una visión centrada en el paciente y un espíritu innovador, podremos avanzar en la mejora de la salud y de una mayor sostenibilidad.

Como compañía, llevamos trabajando sobre la concienciación del problema desde 2012, cuando encargamos un informe de investigación al Economist Intelligence Unit titulado “*Nunca es demasiado pronto*” (“*Never too early*”). Sus conclusiones fueron claras: la prevención a lo largo de toda la vida y el cuidado integral de las enfermedades crónicas son claves para aumentar los años de vida con buena salud de los ciudadanos, mejorar los resultados de salud en los pacientes y la sociedad y asegurar la sostenibilidad de los sistemas.

En 2013, AbbVie coorganizó la conferencia multidisciplinar “Recetas para una atención sanitaria sostenible”, junto con la EUPHA y Philips, para avanzar en el debate a través de la presentación y el intercambio de casos de buenas prácticas en toda Europa y la intervención de expertos de instituciones públicas, asociaciones de pacientes y la industria.

El próximo paso en nuestro compromiso es generar soluciones concretas para mejorar la prevención a lo largo de toda la vida de las personas con enfermedades crónicas. Muchas de las iniciativas europeas, se han centrado en medidas de prevención primaria, como la promoción de hábitos de vida saludables. La prevención secundaria y terciaria, es decir el diagnóstico precoz y la intervención temprana, son aspectos que han quedado más relegados aun teniendo un papel crítico y un impacto considerable.

El informe *“Fit For Life: Vivir Más, Vivir Mejor”* ofrece recomendaciones y soluciones para mejorar la prevención secundaria y terciaria en España, para aumentar la esperanza de vida con buena salud y reducir la carga que suponen las enfermedades crónicas en el Sistema de Salud. Este informe nace como fruto de la reflexión y del trabajo multidisciplinar de un amplio abanico de representantes de alto nivel del sector de la salud en España.

Durante el desarrollo de este libro, todos los expertos participantes han estado de acuerdo en que, para conseguir que la prevención secundaria y terciaria pase a ser algo inherente en la forma de pensar y actuar tanto de la población como del sistema y todos sus agentes, es necesario un cambio estructural del propio sistema en su conjunto. Por ello, a lo largo de este informe se presentan algunas propuestas en este sentido, aunque sin la pretensión de resolver sin más algo tan complejo como es la profunda transformación que necesita el sistema sanitario de este país, y que supondría la involucración de numerosos agentes más allá del sector de la salud.

Un esfuerzo similar se está llevando a cabo en otros 21 países de Europa y todos los aprendizajes nutrirán un informe paneuropeo con la ambición de compartir soluciones y facilitar una mejor comprensión de las necesidades de los pacientes y profesionales sanitarios.

Espero que disfrute de la lectura de este documento y que consiga contribuir en nuestro objetivo común de añadir más vida a los años y construir un modelo sostenible para el futuro.

Pascale Richetta,
Vice-President AbbVie, Western Europe & Canada Operations
Madrid, mayo 2014

PRÓLOGO

Un paciente informado como eje real de los sistemas de salud e involucrado activamente en la toma de decisiones que le afectan.

Es precisamente ese paciente el que se ha convertido en el centro e hilo conductor de este Informe *“Fit For Life: Vivir Más, Vivir Mejor”*.

“Fit For Life”, impulsado por AbbVie desde su compromiso explícito con la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), arranca en la primavera de 2013 con el encargo expreso de articular propuestas para la mejora del sistema de salud desde un replanteamiento en profundidad de la “Prevención Secundaria y Terciaria”.

El grupo de expertos de alto nivel convocado asumió de manera entusiasta su participación aportando una visión poliédrica, lógica teniendo en cuenta su procedencia diversa. Al final todas las propuestas se han articulado de una u otra manera en ese paciente informado lo que, a nuestro juicio, le ha dado coherencia interna y también un profundo sentido de responsabilidad.

En las últimas décadas hemos dejado de ser personas que ante un problema concreto vamos a nuestro centro de salud, a nuestro servicio de urgencias o directamente a nuestro hospital para un contacto único. Nos hemos ido convirtiendo en pacientes o simplemente en “ciudadanos con algún problema de salud”, que nos relacionamos con nuestros servicios sanitarios por problemas que exigen cuidados continuados en el tiempo. Y esos servicios de salud, a su vez, salen de las paredes del hospital y se relacionan de manera continua, física o virtualmente, con nosotros.

Por otra parte, la atención que se requiere ya no es unívoca, sino que se dispone de múltiples alternativas con niveles de decisión que requieren la asunción plena por nuestra parte como pacientes, de los

beneficios de la terapia o del procedimiento elegido en contraposición a sus riesgos o, simplemente a no intervenir.

Sobre ese sistema de salud “líquido” con el que interacciona un paciente “sabio” “*Fit For Life*” hace pivotar un conjunto de recomendaciones que van desde la educación en las aulas hasta la utilización intensiva de las tecnologías de la información y la comunicación en sus interacciones; desde la modificación de la gestión del sistema hasta una redefinición de las bases que nos permitan generar nuevo conocimiento. Un conjunto de recomendaciones que no pretende ser exhaustivo ni mucho menos dogmático, pero que se realizan desde el profundo conocimiento que el grupo de expertos tiene y que avalan sus trayectorias profesionales.

Como hemos dicho, nos planteamos poner el foco en un concepto tan aparentemente técnico como la Prevención Secundaria y Terciaria, pero con la perspectiva, tan real, de no convertirnos en pacientes, y que de serlo las complicaciones no nos impidieran disfrutar de más años más llenos de vida.

Creemos que este “*Fit For Life: Vivir Más, Vivir Mejor*” aporta ideas para conseguirlo. Si con ello conseguimos además sugerir soluciones que favorezcan un sistema de salud sostenible, habremos logrado nuestro objetivo.

Belén López

Directora del Área de Pacientes y Comunicación Estratégica, AbbVie

y **Antonio Bañares**

Director de Gestión Sanitaria y Relaciones Institucionales, AbbVie

Madrid, mayo 2014



AUTORES

Antonio L. Andreu

Director del Instituto de Salud Carlos III

Antonio Bañares

Director de Gestión Sanitaria y Relaciones Institucionales, AbbVie

Luis Carretero

Director Gerente del Servicio de Salud de Castilla La Mancha

Manuel Cervera

Ex-portavoz del PP de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales en el Congreso

Carina Escobar

Directora Corporativa Comercial de las empresas de la ONCE y su Fundación

Cristina Garmendia

Ex-ministra de Ciencia e Innovación (2008-2011) y fundadora de Genetrix

Juan Ángel Jover

Jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Clínico de Madrid

Belén López

Directora del Área de Pacientes y Comunicación Estratégica, AbbVie

Josep Maria Piqué

Director General del Hospital Clínic de Barcelona

José Luis Poveda

Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Alejandro Toledo

Presidente de la Federación Nacional de Asociaciones para la Lucha Contra las Enfermedades del Riñón (Alcer)
Presidente de la Alianza General de Pacientes (AGP)

EQUIPO DE TRABAJO

Abbvie

Co-autor y Promotor del Proyecto

Jessica Henon

Coordinadora de Comunicación, AbbVie

Adelphi Spain

Secretaría Técnica del Proyecto

Maite Artés

Directora General

Esther Lantigua

Directora de Consultoría Estratégica /
Directora de Proyecto

Ana Fernández

Ejecutiva de cuentas

Víctor Martín

Asistente de Proyecto

HC BCN

Diseño Gráfico del Proyecto

Mònica Franzoni

Directora de Cuentas

Blanca Suñol

Directora de Cuentas

Ketchum Pleon

Comunicación del Proyecto

Ana González

Directora Asociada

Patricia Mansilla

Ejecutiva de cuentas sénior

Technosite (Grupo Fundosa)

Diseño accesible del documento

Toni Closa

Director de Servicios TIC, App móviles y Diseño

Principios Interactivos

Diseño Web

José Luis Albi

Director

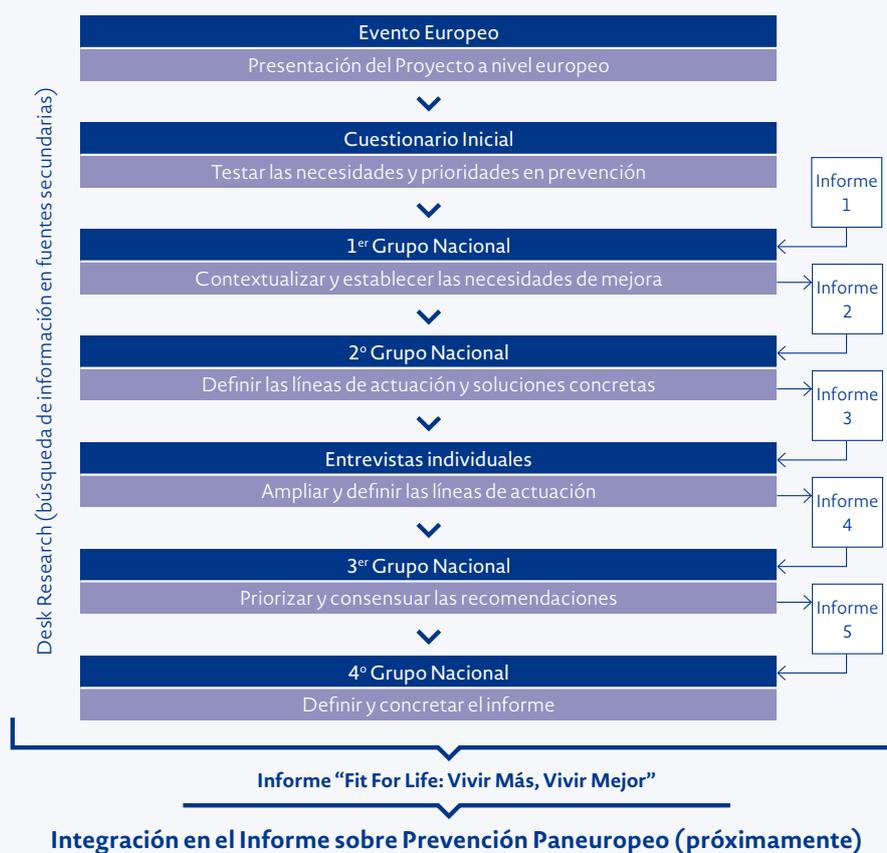


OBJETIVO Y MÉTODO DE TRABAJO

El trabajo que a continuación se presenta tiene como punto de partida la conferencia “Recetas para una atención sanitaria sostenible”, organizada por AbbVie Europa, en Bruselas, el 28 de mayo de 2013.

Durante el año 2013 y parte del 2014, AbbVie España ha mostrado su compromiso con un **debate abierto, constructivo e independiente entre los múltiples agentes implicados** (profesionales sanitarios, administraciones, gestores, industria farmacéutica, pacientes, etc.).

Figura 1: Procedimiento seguido para la elaboración del informe en España



Fuente: elaboración propia.

Conscientes de que estas recomendaciones deben ser tomadas como una propuesta orientativa o un punto de partida, los autores confiamos en que este documento sirva para la reflexión y la acción, para aquellos a los que pueda servir de inspiración y se sumen a este compromiso conjunto de contribuir a la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.



CONTEXTO ACTUAL

Algunos datos para reflexionar...

Vivimos más:

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) fija la esperanza de vida al nacer en España en **82 años**.¹

Caminamos hacia el envejecimiento de la población:

- Las **estimaciones para 2052 apuntan** a que las personas de más de 65 años representarán **el 37% del total de la población española**.²

Las enfermedades crónicas afectan a un número importante de la población:

- Un **94,9% de los mayores de 65 años** españoles **tienen alguna dolencia de tipo crónico** diagnosticada por un médico,³ siendo ésta la principal causa de mortalidad.
- Se estima que las enfermedades crónicas serán la **principal causa de discapacidad en España en 2020**.⁴

Las enfermedades crónicas suponen una importante carga para el sistema sanitario:

- El **gasto medio en asistencia primaria en España** por un individuo de entre 6 y 50 años es de 80€ al año, mientras que para los individuos de entre 0 y 7 años y para los de **más de 50 años es de 160€**.⁵ **Las enfermedades crónicas son las que suponen una mayor carga para el Sistema Sanitario**, éstas representan: el 80% de las consultas de Atención Primaria, el 60% de las hospitalizaciones y el 70% del gasto sanitario español.⁶

1. Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) Informe sobre Salud en Europa 2012 de la OMS (2012). Ginebra, Organización Mundial de la Salud [Consulta mayo 2013] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44858/1/9789243564449_spa.pdf?ua=1
2. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (2011). Libro Blanco del Envejecimiento Activo (1 ed.). Madrid: Autor. [en línea] 2011 [Consulta junio 2013] Disponible en: http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf
3. Ibídem.
4. España. Ministerio de Economía y Competitividad. Instituto Nacional de Estadística. 2001-2011, Indicadores Demográficos Básicos. 2012-2052, Proyección de Población a Largo Plazo [en línea] 2012 [Consulta mayo 2013] Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp251&file=inebase&L=0>
5. Ahn, N.; Alonso Meseguer, J. y Herce San Miguel J.A. (2003) Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España. En Fundación BBVA (Comp.). Documentos de Trabajo de la Fundación BBVA, nº7. Bilbao: Comp. [en línea] 2003 [Consulta julio 2013] Disponible en: http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DT_2003_07.pdf
6. SEMERGEN (2013). Documento resumen. I Congreso Semergen de Pacientes Crónicos. Valencia, 3 y 4 de mayo. [en línea] 2013 [Consulta junio 2013] Disponible en: <http://www.congresopacientescronicos.com/docs/programa.pdf>

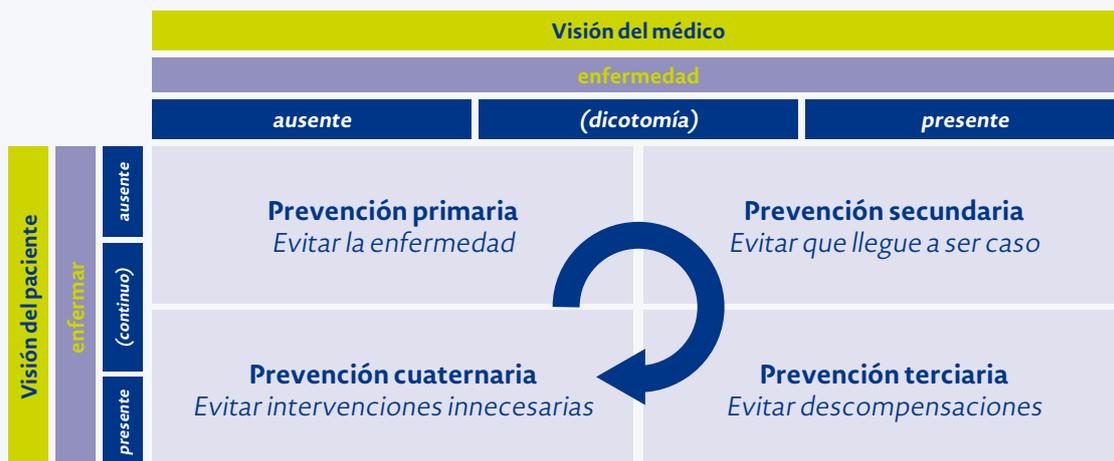
La prevención, una potencial herramienta para contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario:

- Entre un 40% y un 70% de las enfermedades son parcial o totalmente prevenibles a través de la modificación de los estilos de vida, el manejo y control de los factores de riesgo, y la prevención primaria y secundaria.⁷
- En España, el porcentaje destinado a salud pública y prevención es sólo de un 2,3%⁸ del total del gasto sanitario público.

Ante los datos apuntados, la reflexión nos lleva a concluir que cada vez es más importante trabajar en favor de la prevención considerando todas sus acepciones.

La OMS define prevención como el conjunto de “medidas destinadas no sólo a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo (prevención primaria), sino a detener su avance (prevención secundaria) y a atenuar sus consecuencias una vez establecida (prevención terciaria)”. También se considera prevención aquellas medidas que tienen por objeto evitar un exceso de sobretreatmento e intervenciones médicas innecesarias en el paciente (prevención cuaternaria).

Figura 2: Esquema de los tipos de prevención y objetivos de cada una



Fuente: elaboración propia a partir del artículo de Kuehlelin T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamoule M. Prevención cuaternaria, actividad del médico general. Primary Care. 2010; 10(18):350-4. [Consulta julio 2013]. Disponible en: <http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2010/11/quaternart-prev-espanol-2010-final.pdf>

7. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (2011). Libro Blanco del Envejecimiento Activo (1 ed.). Madrid: Autor. [en línea] 2011 [Consulta junio 2013] Disponible en: http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf

8. Health at Glance: Europe 2012 (based on OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database) [en línea] 2012 [Consulta septiembre 2013] Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/healthataglanceeurope.htm>

La prevención y las actividades preventivas obtienen como resultado los **siguientes beneficios**:

- Una reducción de la morbilidad.
- Un aumento de la esperanza de vida.
- La promoción del envejecimiento saludable.
- La promoción de una sociedad más responsable y saludable gracias al autocuidado.
- La contención del gasto sanitario.
- La racionalización de la carga asistencial del sistema sanitario.

Tradicionalmente, la prevención se ha visto limitada por los siguientes aspectos:

- La existencia de muchos agentes implicados en temas relacionados con la prevención, pero no de un claro responsable.
- La constatación de sus resultados en el largo plazo, dificultando la vinculación causa-efecto y la determinación de su utilidad a corto plazo.
- La falta de sistematización del cálculo del impacto de las acciones en prevención, lo que complica la medición de su alcance e impide su valoración precisa.

Ha llegado ya el momento de que las estrategias en prevención secundaria y terciaria en España sean un aspecto prioritario.



ESTRATEGIAS PARA UNA SANIDAD QUE INCORPORE LA PREVENCIÓN ENTRE SUS PRIORIDADES

Las principales conclusiones que se han alcanzado en el proceso de trabajo, que ha desembocado en la elaboración del informe “Fit For Life: Vivir Más, Vivir Mejor”, han establecido recomendaciones estructuradas en **6 líneas estratégicas**:

Figura 3: Líneas estratégicas en prevención



Fuente: elaboración propia.

3.1. El Ciudadano Corresponsable

En España cada vez son más los ciudadanos que opinan que la salud y el buen funcionamiento del sistema sanitario “es cosa de todos” y, por lo tanto, que todos somos corresponsables.

Un **Ciudadano Corresponsable** es un ciudadano informado y formado en su enfermedad, con mayor autonomía, que se corresponsabiliza de su propia salud y hace un uso responsable de los recursos sanitarios y sociales.⁹

Objetivos que se quieren alcanzar con la estrategia de potenciar el Ciudadano Corresponsable:

- Implicar al ciudadano en el cuidado de su propia salud.
- Corresponsabilizar a la población en la sostenibilidad del sistema.
- Educar al ciudadano para que sepa convivir con su enfermedad.
- Integrar al paciente / la enfermedad en la sociedad.
- Implicar al profesional sanitario en el cambio de mentalidad del *Ciudadano Corresponsable*.

En base a estos objetivos planteamos cinco grandes vías de actuación:

La educación en “salud y prevención”

Desde la constatación de que un mayor nivel educativo tiene relación con un mejor estado de salud, se proponen dos grandes líneas de trabajo:

- las que se desarrollan en el ámbito del sistema educativo, pensadas **para los niños y adolescentes**; la inclusión de “salud y prevención” como una serie de experiencias y prácticas integradas en el plan de estudios.
- y las que están **dirigidas al conjunto de la población** en escuelas de salud, en el entorno laboral, a través de los medios de comunicación, etc.

La importancia del autocuidado

El *autocuidado* consiste en la “capacidad de las personas de asumir de forma voluntaria el cuidado y el mantenimiento de su salud, así como prevenir enfermedades mediante el conocimiento y prácticas que les permitan vivir activos y saludables”.

9. Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (2013). *Estrategia de Gestión de Crónicos. Documento de Consenso*. Madrid: Autor [en línea] 2013 [Consulta noviembre 2013] Disponible en: <http://static.correofarmaceutico.com/docs/2013/03/06/cronico.pdf> (pág. 27).

ESTRATEGIAS PARA UNA SANIDAD QUE INCORPORE LA PREVENCIÓN ENTRE SUS PRIORIDADES

Para ello, es necesario dotar al paciente de estrategias de apoyo y capacitación que faciliten adquirir la motivación, los conocimientos, las habilidades y los recursos necesarios para que pase a ser un *paciente activo*.¹⁰ Un paciente activo que se relaciona de forma proactiva con su equipo sanitario es el gran eje transformador de los nuevos modelos de gestión de las enfermedades crónicas. Con el fin de conseguir este objetivo se recomiendan las siguientes actuaciones:

- Promover la creación de **escuelas de salud ciudadana** para dinamizar y mejorar el conocimiento del que disponen los pacientes, familiares y cuidadores.
- **Formar al paciente en su enfermedad y en sus implicaciones** (tratamiento, pautas higiénico-alimentarias, riesgos...).
- Ofrecer el soporte de *pacientes con experiencia* potenciando la figura del **Paciente Experto**.
- **Reforzar las redes de asociaciones de pacientes**: en España existen más de 5.000 asociaciones de pacientes con enfermedades crónicas.
- Planes de **formación al personal sanitario** para promover el cambio de mentalidad en la sociedad.¹¹

Figura 4: Pirámide de Kaiser ampliada



Fuente: elaboración propia.

10. Universidad Miguel Hernández de Elche; Instituto Vasco de Innovación Sanitaria y MSD. Instrumento de Evaluación de modelos de atención ante la Cronicidad. IEMAC 1.0. Disponible en: http://www.iemac.es/data/docs/Formulario_IEMAC.pdf.

11. Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (2013). Estrategia de Gestión de Crónicos. Documento de Consenso. Madrid: Autor [en línea] 2013 [Consulta noviembre 2013] Disponible en: <http://static.correofarmaceutico.com/docs/2013/03/06/cronico.pdf> (Pág. 27 y 28).

El uso adecuado y responsable del sistema sanitario

Una pieza clave en las políticas de prevención tiene que ser informar a los pacientes sobre el uso adecuado y responsable de los recursos del sistema sanitario. A continuación, se proponen tres posibles vías para lograr este objetivo:

- **Crear campañas dirigidas a fomentar el uso correcto del sistema** y concienciar sobre las consecuencias de un uso adecuado *versus* inadecuado (p.ej., costes asociados a las intervenciones/consultas).¹²
- **Mayor transparencia de la distribución de la partida presupuestaria en sanidad**, en comparación con la contribución vía impuestos.
- **Incentivar buenas prácticas** a través de fórmulas que motiven al ciudadano hacia el uso más adecuado del sistema sanitario.

Los programas de apoyo y seguimiento a los pacientes según patología

La variación en el estado de salud aumenta con la edad. Por eso, la “regla de oro” es **individualizar las decisiones preventivas** en función de criterios que no sólo atiendan a la edad.¹³ En este sentido, para maximizar la eficiencia y el efecto beneficioso sobre el paciente, parece justificado individualizar la prevención dedicando tiempo y recursos a aquellas actividades que más probablemente puedan prevenir la morbilidad, dependencia y mortalidad, teniendo en cuenta el estado funcional de la persona.¹⁴

Habría que desarrollar **programas de soporte y seguimiento a los pacientes** en función de los siguientes aspectos estratégicos:

- Dar **formación/información** médica al paciente.
- Mejorar el **seguimiento** del paciente.
- Asegurar la **adherencia** terapéutica.
- Ofrecer **apoyo** a los pacientes que lo necesiten.

12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2007). Libro de resúmenes. Resúmenes ejecutivos y comunicaciones aceptadas. 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España [en línea] 2007 [Consulta mayo 2013] Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/libroResumenes.pdf>

13. Brotons, C.; Soriano, N.; Moral, I.; Rodríguez-Artalejo, F.; Banegas, J.R. y Martín-Moreno, J.M. (2012). Intervenciones preventivas en el ámbito de la atención primaria. El ejemplo del PAPPs. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria, 26(S),151–157 [en línea] 2012 [Consulta octubre 2013] Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/intervenciones-preventivas-el-ambito-atencion/articulo/S0213911111003712/>

14. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Prevención de la dependencia en personas mayores. 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de Salud Pública. [en línea] 2007 [Consulta julio 2013] Disponible en <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionDependenciaMayores.pdf>

Las políticas de inserción laboral

Las bajas laborales que provocan las enfermedades crónicas suponen un impacto personal, social y económico importante. Por lo tanto, es necesario buscar fórmulas para lograr la **integración laboral de los enfermos crónicos y/o con alguna discapacidad** en los casos en los que sea recomendable. Cada vez más, las empresas incorporan a enfermos crónicos y/o con discapacidad a través de sus programas de Responsabilidad Social Empresarial (RSE), reconociéndolos no sólo como empleados, sino también como clientes, usuarios, proveedores, inversores, etc. No obstante, aún queda mucho por hacer.

3.2. Las claves para mejorar la organización del sistema sanitario orientándolo a la prevención

Actualmente, desde el sistema sanitario español se sigue **primando un modelo de organización más enfocado al tratamiento del paciente agudo que a la prevención del paciente crónico**. Un modelo que, para hacer frente a los nuevos retos que conlleva el envejecimiento de la población, tendría que ser sometido a un profundo cambio estructural y de filosofía. Una transformación que culmine con una nueva organización en la que el ciudadano sea el eje central de unas políticas de salud que fomenten más la prevención y la atención integral a los pacientes crónicos.

Objetivos de una mejora de la organización del sistema sanitario orientado al fomento de la prevención:

- Fomentar un sistema ágil, flexible, interconectado y orientado al paciente.
- Avanzar hacia una *medicina personalizada* que fomente el diagnóstico precoz mediante la detección selectiva clínica de la población y sus factores de riesgo, favoreciendo una temprana y más adecuada intervención, que contribuya a evitar casos.
- Motivar a los profesionales para prestar una atención de calidad que revierta en un incremento de la salud del paciente y en una reducción de los costes.

En base a estos objetivos, planteamos cinco grandes líneas de actuación:

El paciente como eje del cambio

La frecuente existencia de varias condiciones crónicas en un mismo paciente hace que sea necesaria la presencia de una asistencia integradora, que incluya actuaciones como las siguientes:

- Evaluación individualizada y valoración integral de las necesidades médicas, de cuidados, funcionales y sociales del paciente.
- Una actuación más centrada en intervenciones preventivas y rehabilitadoras que sólo en actuaciones curativas, evitando así la progresión de las enfermedades crónicas.

- Un tratamiento farmacológico integral que considere la adecuación, adherencia y conciliación terapéutica entre diferentes entornos asistenciales.
- Una implicación activa del paciente y su entorno en el seguimiento de los tratamientos establecidos y el seguimiento de programas educativos y de apoyo al autocuidado.
- Monitorización del paciente, de forma proactiva y reactiva (evitando casos y evitando que éstos se compliquen).
- Establecimiento de criterios de derivación apropiados para cada paciente, que favorezcan tanto al paciente como al sistema.
- Desarrollar un sistema más eficiente en los procesos de transición del paciente de un sistema asistencial a otro o a su domicilio, con el fin de evitar los posibles riesgos asociados.

La integración entre niveles en prevención

Es necesaria una integración real de los cuidados. Una coordinación eficaz tanto entre niveles y flujos asistenciales como entre la red social y sanitaria. Los sistemas de información deben ser capaces de dar soporte a esa proactividad y favorecer la coordinación entre los siguientes niveles y sectores asistenciales:

- Integración entre profesionales (enfermería, medicina, farmacia, servicios sociales...)
- Dentro del propio centro (entre servicios, departamentos...)
- Entre niveles asistenciales (primaria y especializada)
- Entre territorios (CC.AA., países de la UE...)
- Entre sectores (sanitario, social, económico...)

Los avances de la medicina personalizada

La *medicina personalizada* puede definirse como aquellos productos y servicios que permiten aplicar, de manera directa o indirecta, los conocimientos derivados de los avances en genómica y proteómica, con el fin de diseñar estrategias “a medida” en términos de prevención y tratamiento.¹⁵

¿Qué implica la medicina personalizada?

- Fomentar estrategias de estratificación en prevención.
- Fomentar el diagnóstico precoz mediante la detección clínica selectiva entre la población y sus factores de riesgo, favoreciendo una temprana intervención y evitando casos.
- Encontrar el mejor tratamiento para cada paciente: realizar una prescripción “dirigida”. Según su perfil genético y químico, tendrán mayor o menor probabilidad de responder al tratamiento.

15. PricewaterhouseCoopers. Diez temas candentes de la Sanidad Española para 2013 [en línea] 2013 [Consulta junio 2013] Disponible en: <http://www.pwc.es/es/publicaciones/sector-publico/assets/resumen-ejecutivo-temas-candentes-sanidad-2013.pdf>

Estas estrategias suponen una nueva forma de diagnosticar y de tratar las enfermedades y permiten un importante potencial de ahorro de los costes sanitarios derivado de una reducción de visitas, de efectos adversos y de tratamientos poco efectivos, así como de una mejora general de la calidad de la asistencia.

La corresponsabilización de los profesionales siguiendo un modelo coste-eficaz

Para poder implicar adecuadamente a los profesionales sanitarios y no sanitarios en la obtención de los mejores resultados globales en salud y en la sostenibilidad del sistema, deben darse dos condiciones:

- **Rediseñar el rol de los distintos profesionales implicados en la atención al paciente crónico/pluripatológico.** Definir nuevos perfiles profesionales modificando o ampliando sus competencias. Hay que trabajar también en el concepto de *anticipación*. Es decir, una mejor protocolización de los algoritmos para la toma de decisiones a partir de un trabajo de análisis previo por parte de los expertos en cada campo.
- **Crear un sistema que motive al profesional para desarrollar buenas prácticas en prevención y que contribuya a la sostenibilidad del sistema sanitario,** a través de un sistema de reconocimiento profesional e incentivos ligado a la consecución de objetivos priorizados por la organización.

Un sistema orientado al paciente crónico, no sólo al paciente agudo

El modelo actual de asistencia centrado en tratar agudizaciones, no se adapta a la realidad actual. Por ello, se propone un modelo que tenga en cuenta también las necesidades del paciente crónico que pasa por los siguientes puntos:

- Incrementar la atención domiciliaria, la telemedicina, la atención sociosanitaria, etc.
- Diseñar dispositivos de diagnóstico rápido sin hospitalización.
- Crear un mayor número de camas de hospitales de media y larga estancia.

3.3. El modelo económico de la prevención

Comparativamente, la mayor parte de los fondos destinados a la partida de sanidad se emplean en el tratamiento de las enfermedades, mientras que los recursos para la prevención son mínimos y reservados, principalmente, a la prevención primaria.

Para que un modelo sanitario orientado a la prevención se convierta en una realidad, resulta necesario establecer las directrices de un modelo económico capaz de sustentar de una manera práctica y sostenible el nuevo sistema.

Objetivos que se deben perseguir para establecer un modelo económico para la prevención:

- Establecer un sistema para **medir el impacto de la prevención y empezar a evaluar sus efectos en términos de coste-efectividad**,¹⁶ entendiendo por *efectividad* los beneficios conseguidos en la salud y la calidad de vida de los ciudadanos.
- **Promover un cambio en los sistemas de retribución** de los profesionales sanitarios en función de los resultados conseguidos.
- **Evaluar cualitativa y subjetivamente los servicios desde el punto de vista del paciente**, con el fin de vincular una parte de los incentivos a dicha valoración.
- Por último, **habría que valorar si todas las actividades de prevención deben estar incluidas únicamente en la cartera del ministerio responsable de Salud**, ya que el alcance de las mismas afecta a otros ministerios.

En función de estos objetivos, planteamos cuatro grandes líneas de actuación:

El análisis de los costes “totales” asociados a la enfermedad

En primer lugar, la medición de los costes sanitarios y no sanitarios se debe realizar contemplando los **costes totales asociados a la enfermedad** no sólo para el sistema sanitario, sino para el global de la sociedad (costes en salud, sociales, laborales...). Es decir, para hacer un análisis de los costes se deberían tener en cuenta tanto los **costes directos como indirectos, incluyendo aspectos subjetivos como la calidad de vida percibida**.

El análisis coste-eficacia en prevención

La recopilación y análisis de los datos desde la perspectiva de coste-eficacia, tiene que servir como base para la **toma de decisiones y la planificación de las acciones de prevención que se han de llevar a la práctica**. Estas acciones se determinarán **en función de cuáles son las más adecuadas en términos de coste-eficacia** para destinarles más recursos para su desarrollo e implementación.¹⁷

16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2007). Libro de resúmenes. Resúmenes ejecutivos y comunicaciones aceptadas. 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España [en línea] 2007 [Consulta mayo 2013] Disponible en <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/libroResumenes.pdf>

17. Dave A. Chokshi, M.D., and Thomas A. Farley, M.D., M.P.H. The Cost-Effectiveness of Environmental Approaches to Disease Prevention. *Engl J Med* 2012; 367:295-297 July 26, 2012 DOI: 10.1056/NEJMp1206268 [Consulta enero 2014] Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1206268#t=article>

La medición del retorno de la inversión en prevención

Desde el punto de vista de las instituciones públicas, está claro que no se invierte en Sanidad con afán de lucro, pero es de sentido común buscar una optimización económica para conseguir un mayor rendimiento por cada euro invertido.

La métrica que se utiliza habitualmente en el cuidado de la salud es el coste-efectividad (CE) y el indicador más utilizado es el **AVAC (años de vida ajustados por calidad)**. Sin embargo, todavía no se ha conseguido medir con eficacia el impacto de la prevención en todas las variables sanitarias, sociales, laborales, familiares, etc. que intervienen en la misma, y sobre las que los expertos siguen sin alcanzar un consenso. En realidad, el retorno de la inversión (ROI) de la prevención se podría valorar comparando entre la decisión de actuar y la de no hacer nada.

En este punto, será clave también el desarrollo de las **herramientas TIC** necesarias para establecer la recogida de los datos de forma efectiva, sistematizada, de fácil acceso y comprensible con el fin de conseguir el análisis comparativo necesario.

La incentivación en favor del modelo de prevención

La mayoría de los expertos coincide en **que el sistema de reconocimiento profesional y los incentivos han de estar ligados a la consecución** de objetivos priorizados por la organización.¹⁸ En este nuevo contexto, se tendrían que marcar **objetivos estrechamente ligados a las prácticas profesionales que promuevan el autocuidado del paciente, la concienciación y la promoción de la prevención**.

Adicionalmente, sería necesario publicar resultados y realizar análisis comparativos que pongan de manifiesto las buenas prácticas en prevención. Estas comparativas facilitarían, además, el establecimiento de los objetivos y sus correspondientes incentivos.

Por otra parte, habría que adecuar la estructura de Recursos Humanos (RRHH) e incluir en la incentiva- ción de los profesionales **la opinión del paciente** como destinatario último de cualquier acción, consiguiendo así su implicación activa en la nueva realidad del sistema.

Una actuación clave en este contexto consistiría en **financiar a los centros en términos de prevención o cuidado de la salud de la población asignada** y no sólo por actividad como se realiza actualmente.

18. Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (2013). Estrategia de Gestión de Crónicos. Documento de Consenso. Madrid: Autor [en línea] 2013 [Consulta noviembre 2013] Disponible en <http://static.correofarmaceutico.com/docs/2013/03/06/cronico.pdf>

3.4. Medición del impacto de la prevención

Una de las principales razones por las que todavía se invierte tan poco en prevención es que hasta ahora se desconocía cómo calcular el retorno de esta inversión (ROI) de una manera exacta y concluyente. En especial, parece **difícil evaluar el impacto de las actuaciones preventivas, la mayoría de las cuales, tienen un efecto a largo plazo y cuya relación causa-efecto puede quedar enmascarada por la cantidad de factores colaterales que hay que considerar en la medición** y que, además, pueden ser difíciles de prever en el momento de implementar la acción.

Objetivos de la medición de la prevención:

- **La implantación y utilización de unos indicadores**, unos baremos estandarizados y objetivos que permitan medir la mejora de la salud de la población y el ahorro vinculado a acciones concretas en prevención, que sean comparables en todo el Estado.
- **La creación de un sistema de información que permita hacer un seguimiento de los efectos de las acciones** en prevención y que ayude en la toma de decisiones. Este sistema de información ha de contar con un potente soporte informático que permita integrar todo ese conocimiento en un repositorio que sea útil, práctico y operativo.

Para poder llevar a cabo estos dos objetivos, planteamos los dos puntos siguientes:

La definición de indicadores a medir en prevención

El objetivo es **determinar cuáles son los indicadores estrictamente necesarios para que este sistema de medición sea realmente útil y práctico**. En función del modelo “Triple Objetivo”,¹⁹ los indicadores que se han de medir para evaluar el impacto de la prevención son los siguientes:

- Para medir la **mejora de la salud de la población**; indicadores relacionados con la carga de la enfermedad, resultados en salud y factores de comportamiento y fisiológicos.
- Para analizar la **mejora de la experiencia de cuidado**; mediciones basadas en un conjunto de dimensiones como seguridad, eficacia, oportunidad, satisfacción, etc.
- Para calcular la **reducción del coste per cápita** que supone; indicadores relacionados con el coste del uso y consumo de recursos que suponen los servicios médicos implicados en la acción preventiva.

19. Stiefel, M. y Nolan, K (2012). Innovation Series 2012: A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement. [en línea] 2012 [Consulta mayo 2013]
Disponibile en: <http://www.jvei.nl/wp-content/uploads/A-Guide-to-Measuring-the-Triple-Aim.pdf>

La creación de un registro de información sistemático, estandarizado e interoperativo

Creación de un **registro de información sistemático, que permita unificar, estandarizar y facilitar el acceso a todos estos indicadores**. Debería tratarse, por tanto, de un sistema que funcione como un auténtico repositorio de información, que únicamente contenga aquellos datos útiles y de calidad que necesitan todos los agentes implicados en la prevención (paciente / cuidador, profesionales, gestores y Administración).

Para llevar a cabo este repositorio habría que desarrollar las siguientes actuaciones:

- Definir los datos relevantes para el mantenimiento, cuidado y gestión de la salud a nivel poblacional.
- Definir los sistemas de codificación e interoperabilidad.
- Crear las plataformas tecnológicas que garanticen la introducción, la gestión, el almacenaje y el acceso seguro a los datos, de una manera fácil, sencilla e intuitiva para todos los agentes implicados.

3.5. La Implementación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) para impulsar la prevención

El mantenimiento y el cuidado de la salud son actividades que requiere una **gestión intensa y precisa de distintos tipos de datos e información**, que a su vez son utilizados de manera diferente por distintos tipos de usuarios: pacientes, profesionales de la salud, docentes, investigadores, administradores del sistema, etc. Una ingente cantidad de información que hoy en día sólo se puede gestionar eficazmente a través de las TIC. Además, las TIC son imprescindibles para medir el retorno de las acciones en prevención y **desempeñan un papel fundamental en todos los procesos de I+D+i**.

Objetivos de la implementación de las TIC para impulsar la prevención:

El objetivo fundamental que se deberá tener en cuenta es saber aprovechar las posibilidades de las TIC, tanto para la prevención como para promover la salud. Para conseguirlo, habría que centrarse en los siguientes puntos:

- Partir de la reflexión de **qué información es la relevante** en aras de impulsar la prevención y establecer cuáles son los datos importantes para el mantenimiento, cuidado y gestión de la salud.
- Ir hacia una **unificación de criterios**, tanto a nivel nacional como a nivel europeo, sobre los datos que se recogen de todos los pacientes con el objetivo de poder crear bases de datos útiles, que puedan operar entre sí, para macroestudios epidemiológicos, etc.
- Promover la creación de **herramientas y aplicaciones específicas para todos los tipos de usuarios** que vayan a utilizarlas, ya que cada usuario requiere una información distinta.

- Establecer **canales de comunicación ágiles y fluidos** entre los diferentes agentes implicados en función de la comunicación que deban establecer entre ellos: entre el paciente y el profesional, entre los propios profesionales, entre la Administración y los gestores, etc.
- De manera paralela, se deberán ir creando las **plataformas tecnológicas que garanticen el almacenaje y acceso seguro** a los datos.
- Una vez se hayan puesto en marcha estas plataformas tecnológicas, habrá que diseñar y utilizar **sistemas de evaluación** que permitan definir este potencial; por ejemplo, mediante experiencias piloto.
- Todas estas líneas de actuación se deberán **aplicar de manera transversal** a todas las acciones que se desarrollen, con el fin de **crear un sistema intercomunicado, integral y unificado**.

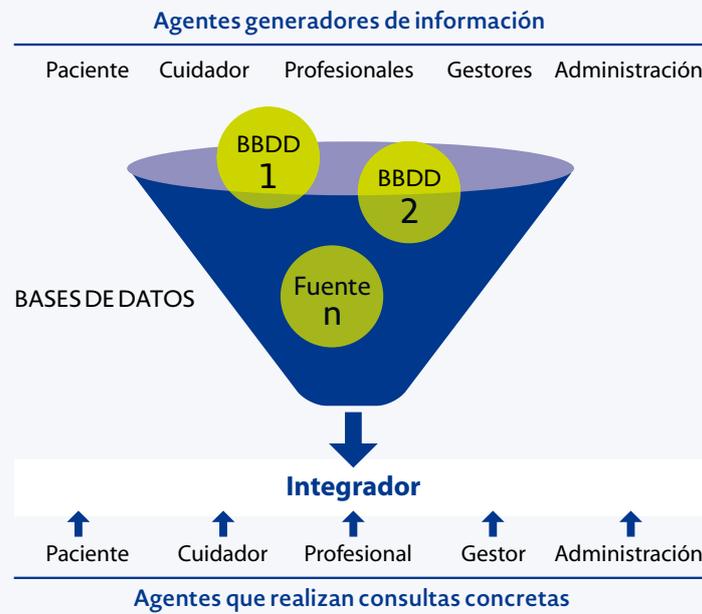
En función de estos objetivos planteamos cuatro grandes líneas de actuación:

La creación y mantenimiento de un repositorio poblacional útil y accesible

Las TIC tienen que servir para la **creación y mantenimiento de un repositorio poblacional de información útil y accesible para todos los agentes**: paciente/cuidador, profesionales, gestores y Administración. Para conseguirlo habría que seguir los siguientes pasos:

- Facilitar el proceso de migración de las bases de datos ya existentes a este repositorio común. Para ello, se requiere un profundo **análisis sobre la necesidad y utilidad actual de los datos ya existentes**.
- **Desarrollar una serie de herramientas TIC que permitan gestionar tanto la información existente como la nueva información**, de una manera sencilla y operativa.
- Contar con un sistema informático especialmente diseñado para que **pueda integrar y procesar las diferentes fuentes de datos, de manera que se puedan confrontar, analizar y extraer conclusiones**.
- **Garantizar la seguridad de la información y la privacidad de los datos** mediante diferentes vías de acceso restringido, facilitando la información solicitada tan sólo a quienes estén autorizados a consultarla.
- **Este sistema debe ser intuitivo en términos de usabilidad, sencillo en cuanto a procesos y altamente operativo**, incentivando así su uso, sea cual sea el nivel de conocimiento del usuario.
- Por último, este repositorio de datos debería configurarse según la filosofía del **open data**.

Figura 5: Esquema del funcionamiento del repositorio común de información sanitaria



Fuente: elaboración propia.

El desarrollo de un sistema de historia clínica electrónica departamental

La **historia clínica electrónica (HCE)** es el **registro informatizado de los datos sociales, preventivos y médicos de un paciente, constantemente actualizado**.

Actualmente, la mayoría de las Comunidades Autónomas disponen de diferentes modelos de historias clínicas electrónicas lo que imposibilita este intercambio de información. Por lo tanto, habrá que desarrollar un modelo de **historia clínica electrónica común para todo el territorio español** que facilite el ingreso y la consulta de información, de manera codificada, pero adaptada a las necesidades de cada profesional de la salud, convirtiéndose en una herramienta fundamental en la prevención y el tratamiento de la cronicidad.

En este sentido, su implementación puede permitir la creación de un **banco de información** que facilitará al profesional tomar mejor sus decisiones en función de la experiencia compartida por miles de colegas y confrontada por los patrones estadísticos sustentados por algoritmos de decisión. De esta forma, se ayudará en la toma de decisiones a aquellos profesionales con menor experiencia, ahorrando tiempo y evitando posibles errores.

El impulso de herramientas destinadas a promover la salud entre los ciudadanos

Crear y desarrollar tecnologías orientadas al **control de la propia salud** del paciente a través de soportes tecnológicos (de cualquier tipo, desde los más básicos hasta los más sofisticados): es decir, a promover, por tanto, que los propios pacientes tomen una parte más activa en su autocuidado. Un ejemplo en esta línea serían los **programas de Teleasistencia**.

Estas herramientas han de permitir también hacer el **seguimiento del paciente sobre la adherencia al tratamiento y su estado de salud**, a través de programas que sirven como recordatorio, principalmente a enfermos crónicos y personas mayores, para la toma de la medicación de forma oportuna y correcta.

Pacientes 2.0

Potenciar todas aquellas **actuaciones de formación y divulgación sobre salud y hábitos de vida saludables que se pueden realizar aprovechando las posibilidades de las TIC y la denominada Web 2.0**. El objetivo: pacientes más formados e informados.

3.6. La Investigación, Desarrollo e Innovación en la prevención

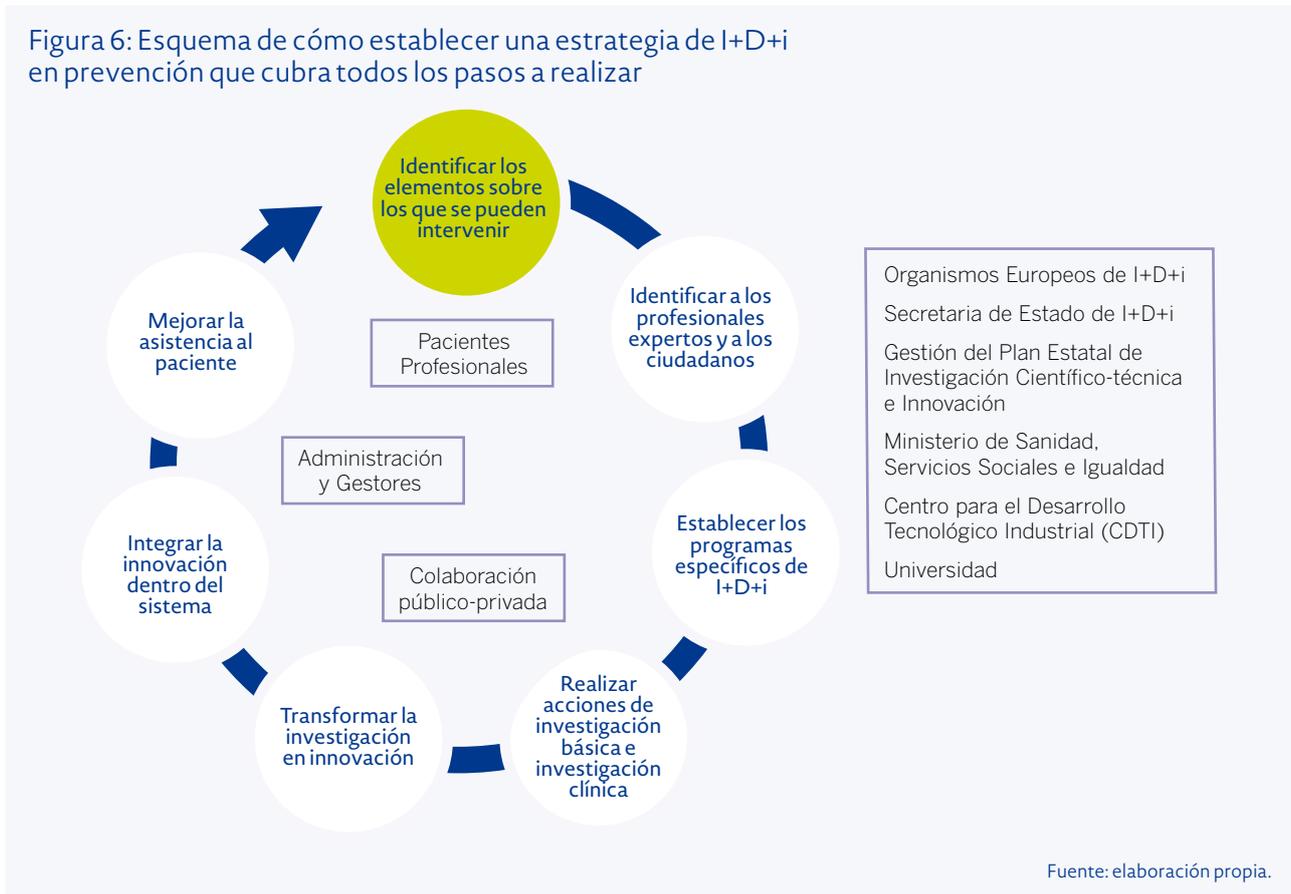
La sanidad española se encuentra ante un verdadero cambio de paradigma frente al que tendrá que buscar soluciones innovadoras basadas en el fomento de la prevención y pensando en el largo plazo; por eso la I+D+i ha de jugar un rol fundamental como generadora de nuevas ideas que ayuden a promover y a adaptarse a ese cambio tanto a **nivel tecnológico** como en la innovación de **procesos y servicios**.

Objetivos que se han de cumplir para impulsar la I+D+i en prevención:

- Proporcionar una **mejor salud al colectivo de ciudadanos**, en definitiva, que vivan mejor.
- **Incrementar la eficiencia del proceso sanitario** como prestador de servicios, lo que redundará también en el primer objetivo apuntado.

ESTRATEGIAS PARA UNA SANIDAD QUE INCORPORE LA PREVENCIÓN ENTRE SUS PRIORIDADES

Figura 6: Esquema de cómo establecer una estrategia de I+D+i en prevención que cubra todos los pasos a realizar



Partiendo de estos dos objetivos, planteamos cinco grandes líneas de actuación:

La identificación de los elementos vinculados con cronicidad / fragilidad

Resulta primordial **escuchar a los propios pacientes y a los profesionales para detectar cuáles son las necesidades** sobre las que cabría intervenir, siendo el paciente el eje principal de cualquier proceso de innovación dirigido a la prevención. Para ello, hay que saber articular los canales adecuados para escuchar al paciente tanto como individuo como a través de organizaciones formales: recoger su punto de vista, analizar sus necesidades y trabajar desde la voluntad de darles solución. La clave de este punto es saber integrar la I+D+i, de una manera sistemática, y como parte fundamental en el desarrollo del nuevo modelo sanitario.

La identificación de expertos claves en I+D+i en prevención

Una vez identificada la necesidad que pone en marcha este proceso, se ha de **identificar a los expertos que están trabajando en cada necesidad definida**, para que desde su conocimiento y experiencia perfilen cuáles son las carencias y los problemas que se han de resolver. Estos expertos conocen bien el sistema, así como a otros expertos a nivel local, nacional o internacional, que están desarrollando programas similares, y los resultados que éstos están obteniendo, lo que les permite aprovechar mejor las sinergias y focalizar los esfuerzos y recursos que requiere la investigación. Estos expertos son quienes promueven las investigaciones que han de conseguir la transformación deseada.

El establecimiento de los programas específicos de I+D+i en prevención a desarrollar

La Unión Europea concentra gran parte de sus actividades de investigación e innovación en el **Programa Marco** que en esta edición, la 8ª, se denomina **Horizonte 2020 (H2020)**. Éste se debe entender como la estrategia que diseña la UE para los próximos 8 años y que, a su vez, marcará las estrategias de los países miembros. En el tema que nos ocupa, el área de interés dirigida a resolver problemas concretos de los ciudadanos **se centra en el envejecimiento de la sociedad**. En este sentido, los objetivos planteados son los siguientes:

- Innovar para garantizar que los pacientes sean adherentes al tratamiento.
- Evitar la fragilidad y el declive funcional centrándose en la malnutrición.
- Definir modelos de asistencia integrada (p.ej., a distancia).
- Evitar caídas y apoyo al diagnóstico precoz. Fomento de la innovación en urbanismo para conseguir entornos adaptados a los mayores.
- Utilizar las TIC en la vida diaria favoreciendo que las personas mayores puedan vivir más tiempo independientes en su casa.

A nivel estatal, la **Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación 2013-2020** es el instrumento marco en el que quedan establecidos los objetivos generales a alcanzar durante dicho período ligados al fomento y desarrollo de las actividades de I+D+i en España. Esta estrategia es la “hoja de ruta” que ha de guiar las actuaciones de todos los agentes del Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación, actuaciones que han de quedar reflejadas en Planes Estatales concretos.

Corresponde a los **Planes Estatales de Ciencia y Tecnología y de Innovación** (2013-2016) el desarrollo y financiación de las actuaciones contenidas en la Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación 2013-2020. Siguiendo los objetivos de la Estrategia se han definido cuatro Programas Estatales, destacando el **Programa Estatal de I+D+i Orientada a los Retos de la Sociedad** que se estructura en varios subprogramas, como el subprograma estatal orientado al reto en salud, cambio demográfico y bienestar. Este programa está alineado con los objetivos descritos por Horizonte 2020.

La transformación de la investigación en innovación

No se puede hablar de “innovación” si esta **innovación** no se puede **aplicar en la práctica de manera que resulte útil y coste-eficaz**. Por lo tanto, la investigación en el campo de la prevención ha de orientarse desde su origen a conseguir esta aplicación práctica de sus resultados finales. Esta innovación aplicada ha de tener un objetivo claro y directo, que es el de mejorar la calidad de vida y la salud del paciente.

Tanto a la hora de realizar investigación, básica o clínica, como en el proceso de innovación, hay que saber establecer **colaboraciones público-privadas**, con el fin de orientar esta investigación hacia una innovación que se pueda aplicar de forma práctica y sostenible.

La integración de la innovación dentro del sistema

La innovación ha de estar en la base misma del sistema, ha de ser un elemento fundamental en cualquier acción de cambio que se decida llevar a cabo. Como máximos responsables del sistema sanitario, este papel ha de recaer, principalmente, en la **Administración** y en los **gestores**. Son estos dos agentes los que, en primera instancia, **han de integrar la innovación resultante del proceso de I+D+i en las estructuras actuales y planificar cómo se ha de llevar a cabo su integración en el sistema**.

Como resultado final de todo este proceso de I+D+i, se deberá **constatar que se ha mejorado la asistencia al paciente** e identificar las nuevas necesidades que se pudieran derivar de esta innovación, con el fin de poner en marcha de nuevo todo este proceso cuando sea pertinente.



LOS AGENTES IMPLICADOS EN LA PREVENCIÓN

Una de las claves de éxito de las propuestas anteriormente apuntadas es conseguir **que todos los agentes implicados en la prevención se involucren en su desarrollo y puesta en marcha.**

Figura 7: Modelo circular de interrelación de agentes implicados



El modelo circular de colaboración entre todos los agentes implicados conlleva una interacción continua entre ellos. Este modelo circular es una combinación entre el modelo *abajo-arriba* (*down-top*) que detecta las necesidades de la base y las transmite a los agentes reguladores para que se resuelvan desde *arriba*, y el modelo *arriba-abajo* (*top-down*) en el que los reguladores identifican los problemas directamente e impulsan un cambio hacia abajo ordenando su implementación. Entre las ventajas del modelo circular destacan las que permiten la mejora y la adaptación constante a los cambios gracias a la retroalimentación permanente entre todos los agentes implicados. La necesidad puede surgir desde cualquier agente y no necesariamente se han de implicar todos los agentes, tan sólo aquellos que directamente puedan aportar algo a su solución e implementación. No obstante, el **liderazgo ha de venir desde arriba: desde las más altas instituciones del Estado.**



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Trabajar por un futuro pensando en los siguientes aspectos clave:

- **La mejora global de la salud de la población en un sentido amplio, no sólo focalizada en prevenir la aparición de la enfermedad, sino en detener su avance y en atenuar sus consecuencias.**
- **La sostenibilidad del sistema, también en un sentido amplio, es decir, cubriendo las necesidades del presente y pensando en las necesidades futuras.**

El cambio resulta ineludible y debe abordarse cuanto antes

Sin duda, son muchos los documentos y los debates que se han hecho sobre la sostenibilidad del sistema. La necesidad de ésta es clara y por ello es necesario asumir el compromiso de empezar. No lo vamos a cambiar en un día, pero es fundamental comenzar con la implicación y el compromiso de todos los agentes implicados y de todas las personas que se irán sumando a medida que se vaya progresando y avanzando. Es un camino de largo recorrido: no hay que dejarse llevar por la presión de los resultados inmediatos.

Uno de los expertos participantes en este informe es el actual director del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), quien, junto con su equipo, ha asumido el reto de realizar un **pilotaje de las acciones desarrolladas y recomendadas en este libro, incorporándolas dentro de su actual plan de Crónicos y Pluripatológicos**.

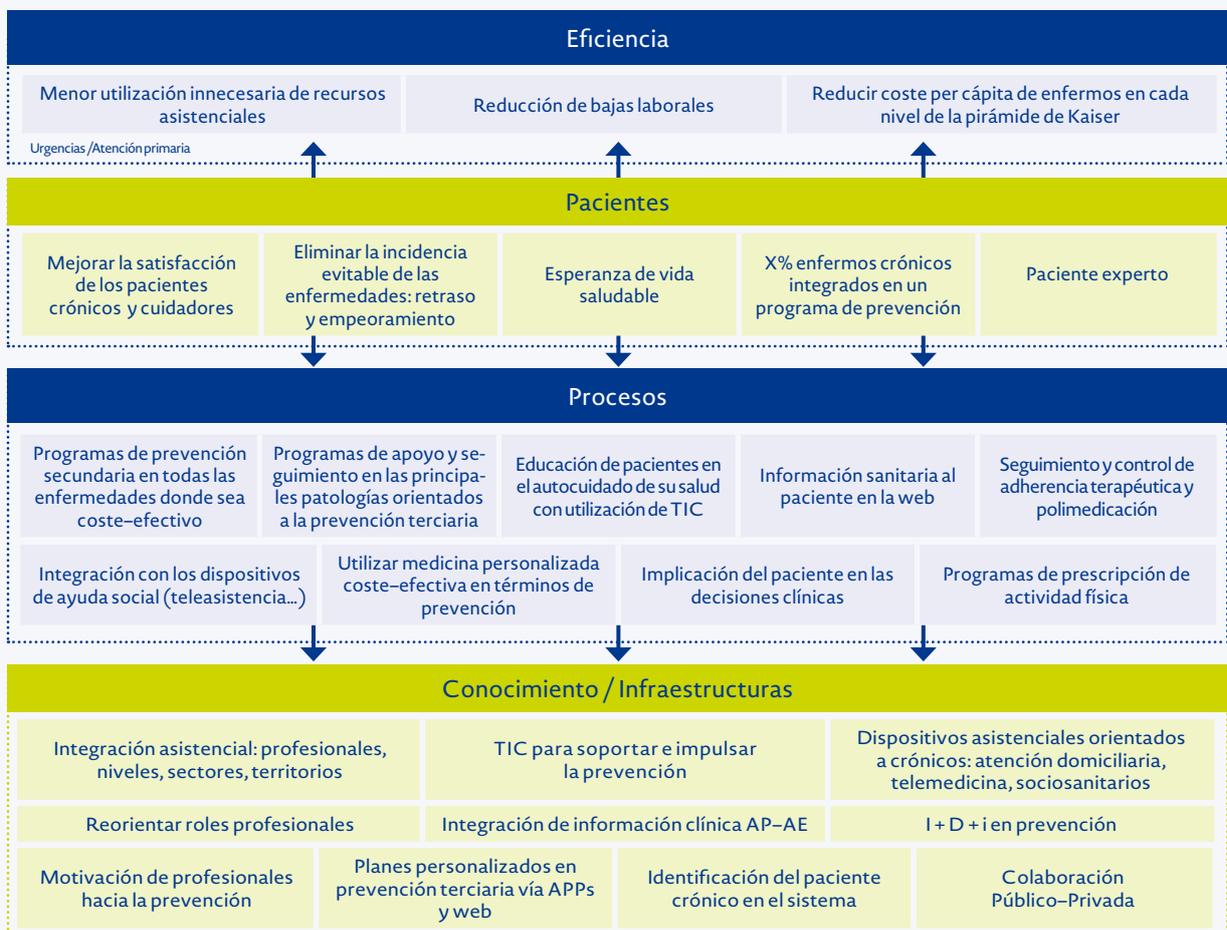
Este **pilotaje pasará a formar parte de los objetivos que se ha marcado el SESCAM para el 2014**, con el fin de mejorar la atención de pacientes crónicos y pluripatológicos de la región, y de completar proyectos que ya se han definido.

Toda esta acción tendrá como objetivo potenciar estrategias de implicación del paciente, avanzar en Atención Primaria y Secundaria, potenciar sistemas de información y gestionar transversalmente las necesidades de los pacientes crónicos.

Los grandes objetivos de este pilotaje se centrarán en reducir significativamente la incidencia evitable de las principales enfermedades de la población, retrasándose, en lo posible, su evolución y empeoramiento. Para ello, es fundamental el protagonismo del paciente, que debe ser un paciente activo, decisor y conocedor de su enfermedad. Estos objetivos deberán suponer una mejora a medio plazo de la esperanza de vida saludable de la población, y aportar una mejora de los índices de satisfacción de los pacientes afectados.

Para este pilotaje se ha desarrollado un mapa estratégico de acciones a desarrollar por un Servicio de Salud, que se pueden ver resumidas en la siguiente *Figura*, y que pueden también servir de inspiración para cualquier otro proyecto similar.

Figura 8: Mapa estratégico de acciones a desarrollar por un servicio de salud



Fuente: elaboración propia.

El proceso de pilotaje de la estrategia de prevención en el SESCAM se integrará en una estrategia más amplia específica de este organismo: el cambio del modelo asistencial, que agrupa varias estrategias globales:

- El modelo de atención al paciente crónico.
- El proceso de integración de atención primaria y hospitalaria.
- El proceso de integración entre dispositivos sociales y sanitarios.
- El modelo asistencial basado en procesos.
- La estrategia de prevención.

El pilotaje de la estrategia de prevención secundaria y terciaria se debe realizar por tanto de manera armónica con el resto de las iniciativas de cambio organizativo acometidas por cada servicio de salud, integrándose los objetivos y favoreciéndose las sinergias en el proceso de implantación.

Conscientes de que estas recomendaciones deben ser tomadas como una propuesta orientativa o un punto de partida, los autores confiamos en que este documento sirva para la reflexión y la acción.

En concreto, las acciones de cambio apuntadas podrían ser adaptadas, desarrolladas y medidas con la profundidad que requiera cada caso, por los respectivos especialistas de cada área. La envergadura de esta transformación no debe suponer un freno, sino un estímulo para trabajar desde múltiples vertientes y a diferentes escalas.

Es un compromiso de todos hacer todo lo que podemos aportando nuestro conocimiento y capacidad de gestión del cambio para lograr alcanzar una gran meta común: mejorar la salud global de la población de España.

abbvie



R4SH es una plataforma multidisciplinar impulsada por AbbVie en 2013 y patrocinada por AbbVie para encontrar soluciones concretas para alcanzar una mejor salud y calidad de vida para más personas durante más tiempo a través de un uso adecuado y eficiente de los recursos.

www.informefitforlife.es