

[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



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
Depósito Legal: M-13988-2014
Impreso en España, 2014



abbvie



ÍNDICE

CARTA DE PRESENTACIÓN	6
PRÓLOGO	8
AUTORES	11
1. OBJETIVO Y MÉTODO DE TRABAJO	13
2. EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y LOS RETOS QUE IMPLICA PARA LA SANIDAD ESPAÑOLA	17
3. LA PREVENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA EN ESPAÑA	27
4. ESTRATEGIAS PARA UNA SANIDAD QUE INCORPORE LA PREVENCIÓN ENTRE SUS PRIORIDADES	35
4.1. El Ciudadano Corresponsable	39
A. La educación en “salud y prevención”	42
B. La importancia del autocuidado	44
C. El uso adecuado y responsable del sistema sanitario	48
D. Los programas de apoyo y seguimiento a los pacientes según patología	50
E. Las políticas de inserción laboral	52
4.2. Las claves para mejorar la organización del sistema sanitario orientándolo a la prevención	55
A. El paciente como eje del cambio	59
B. La integración entre niveles en prevención	62
C. Los avances de la medicina personalizada	66
D. La corresponsabilización de los profesionales siguiendo un modelo coste-eficaz	68
E. Un sistema orientado al paciente crónico, no sólo al paciente agudo	71
4.3. El modelo económico de la prevención	75
A. El análisis de los costes “totales” asociados a la enfermedad	78
B. El análisis coste-eficacia en prevención	79
C. La medición del retorno de la inversión en prevención	81
D. La incentivación en favor del modelo de prevención	83
4.4. Medición del impacto de la prevención	87
A. La definición de indicadores a medir en prevención	89
B. La creación de un registro de información sistemático, estandarizado e interoperativo	92
4.5. La Implementación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación para impulsar la prevención	95
A. La creación y mantenimiento de un repositorio poblacional útil y accesible	98
B. El desarrollo de un sistema de historia clínica electrónica departamental	100
C. El impulso de herramientas destinadas a promover la salud entre los ciudadanos	102
D. Pacientes 2.0	103
4.6. La Investigación, Desarrollo e Innovación en la prevención	107
A. La identificación de los elementos vinculados con cronicidad / fragilidad	109
B. La identificación de expertos claves en I+D+i en prevención	110
C. El establecimiento de los programas específicos de I+D+i en prevención a desarrollar	111
D. La transformación de la investigación en innovación	115
E. La integración de la innovación dentro del sistema	116
5. LOS AGENTES IMPLICADOS EN LA PREVENCIÓN	119
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	127
GLOSARIO DE TÉRMINOS	139
BIBLIOGRAFÍA	141



ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1: Esquema del proceso de elaboración del informe “Fit For Life: Vivir Más, Vivir Mejor”	14
Figura 2: Proyección de población de España a largo plazo	18
Figura 3: Años vividos con discapacidad (YLD) por causas, según tipos grupos de edades en España (datos de 2010).....	20
Figura 4: Años de vida perdidos (YLL) por causas, según tipos grupos de edades en España (datos de 2010)	21
Figura 5: Años de vida potencialmente perdidos por discapacidad (DALY)	22
Figura 6: Años de vida potencialmente perdidos en España (DALY), por causas, según tipos y grupos de edades en España (datos de 2010).....	23
Figura 7: Incremento del gasto proyectado en los G-20 relacionado con la edad	24
Figura 8: Proyección del gasto sanitario en España (1999-2050)	25
Figura 9: Esquema de los tipos de prevención en función de la fase de evolución de un enfermedad en la que se encuentre cada paciente	29
Figura 10: Comparativa del porcentaje de inversión en prevención en proporción al gasto total en Sanidad, entre diferentes países europeos	30
Figura 11: Planes generales de prevención por comunidad autónoma. Estilos de vida saludables, áreas de actuación.....	31
Figura 12: Esquema del modelo de “Triple Objetivo”	36
Figura 13: Esquema de los 6 puntos de actuación para impulsar la prevención secundaria y terciaria	37
Figura 14: Un nuevo modelo de paciente; el “paciente experto”	46
Figura 15: Pirámide de Kaiser ampliada	47
Figura 16: Acciones para integrar los niveles asistenciales	60
Figura 17: ¿Qué implica la medicina personalizada?	68
Figura 18: Líneas estratégicas para poder establecer el modelo económico para la prevención	77
Figura 19: Esquema del concepto de AVAC (Años de Vida Ajustados por Calidad de Vida).....	80
Figura 20: Definición de indicadores de objetivos de prevención y de salud percibida por parte del ciudadano a partir de la pirámide del Triple Aim.....	90
Figura 21: Esquema del funcionamiento del repositorio común de información sanitaria.....	99
Figura 22: Esquema de cómo establecer una estrategia de I+D+i en prevención que cubra todos los pasos a realizar	109
Figura 23: Esquema de los agentes que intervienen en la prevención	119
Figura 24: Esquema del modelo circular	124
Figura 25: Esquema de adaptación al cambio constante.....	130
Figura 26: Matriz de implementación de cambios	131
Figura 27: Mapa estratégico de acciones a desarrollar por un servicio de salud.....	135



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. En la Unión Europea la carga de las enfermedades crónicas representa el 75% de los costes sanitarios^{1,2} y más del 86% de los fallecimientos.³

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 **augmentar 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, 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, encargando un informe de investigación al Economist Intelligence Unit titulado *Nunca es demasiado pronto (Never too early)*.⁴ 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.

1. Ernst & Young, Progressions, Global Life Sciences Report, 2012

2. Extend healthy life years by tackling chronic disease in a life course approach. European Public Health Alliance, 2012

3. Chronic Disease Alliance, a Unified Prevention Approach, International Diabetes Federation Website, 2012

4. <http://digitalresearch.eiu.com/extending-healthy-life-years/>

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 disfruten 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, 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 (TIC) 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 realiza 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 después 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 del Grupo de 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 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

AbbVie, desde su compromiso con las personas y la innovación en el sector Salud, desea contribuir al desarrollo de una **vejez más saludable y con una mejor calidad de vida**, que contribuya a favorecer la **sostenibilidad del sistema sanitario** de este país. Fruto de ello es este informe *“Fit For Life: Vivir Más, Vivir Mejor”* que **apuesta por un análisis de la aportación que la prevención secundaria y terciaria aporta como estrategia clave para evitar la futura sobrecarga del sistema de salud**.

Con este propósito, en el año 2012 AbbVie (por aquel entonces, Abbott) elaboró un primer informe *“Nunca es demasiado pronto”* (*“Never too early”*)⁵, en colaboración con la Economist Intelligence Unit, en el que ya se analizaba y se destacaba la importancia de la prevención como parte de la solución.

El punto de arranque de este informe se sitúa en la conferencia **“Recetas para una atención sanitaria sostenible”**, organizada por AbbVie Europa, en Bruselas, el 28 de mayo de 2013. En este encuentro participaron D^a Roberta Angelilli (MPE, vicepresidenta del Parlamento Europeo), D^a Nicola Bedlington (directora ejecutiva, Foro Europeo de Pacientes), D. Antonio Gaudio (presidente de Cittadinanzattiva), D^a María Iglesia Gómez (jefa de la Unidad de Innovación para la Salud, Comisión Europea), Prof. Walter Ricciardi (presidente, Asociación Europea de Salud Pública), D^a Pascale Richetta (vicepresidenta para Europa Occidental y Canadá, AbbVie), D. Jeroen Wals (director de Tecnología, Soluciones de atención sanitaria a domicilio de Philips), Dr. Josep Maria Piqué (Director General del Hospital Clínic de Barcelona) y D^a Ana Xavier (economista, Unidad para la Sostenibilidad de las Finanzas Públicas Comisión Europea).

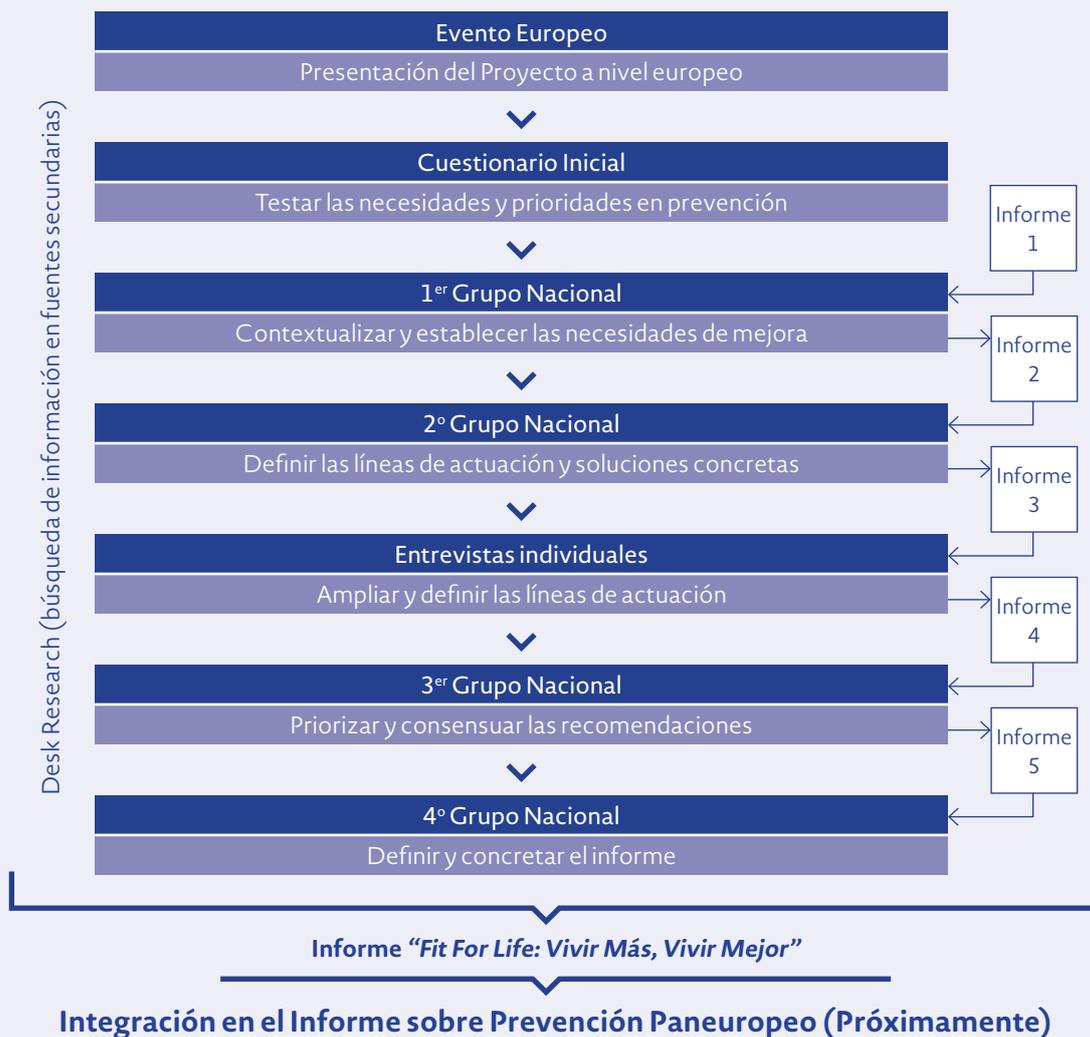
Durante la conferencia, se abordó la cuestión de la sostenibilidad de la atención sanitaria desde un punto de vista multidisciplinar y se sentaron las primeras bases en la apuesta por el incremento de la prevención secundaria y terciaria como estrategia clave para evitar la futura sobrecarga del sistema de salud. Una de las conclusiones principales fue el compromiso de elaboración, por parte de los diferentes representantes nacionales, de un informe sobre la prevención secundaria y terciaria en sus respectivos países, que en el caso de España es este libro: *“Fit For Life: Vivir Más, Vivir Mejor”*. Una vez que se hayan presentado todos estos documentos, se procederá a editar un informe unificado paneuropeo de la prevención secundaria y terciaria.

Durante el año 2013, AbbVie España ha patrocinado el **debate entre los múltiples agentes implicados** en torno a la manera en que la prevención secundaria y terciaria puede mejorar la salud de la población y contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario en este país. De este modo, ha fomentado un debate abierto, constructivo e independiente entre todas las partes involucradas (profesionales sanitarios, administraciones, gestores, industria farmacéutica, pacientes, etc.), cuyo resultado se presenta en este informe.

5. The Economist Intelligence Unit -Sponsored by Abbott (2012). Never too early. Tackling chronic disease to extend healthy life years. London: Autor.[en línea] 2012 [Consulta abril 2013] Disponible en: <http://digitalresearch.eiu.com/extending-healthy-life-years/report>

Procedimiento seguido para la elaboración del informe en España

Figura 1: Esquema del proceso de elaboración del informe “Fit For Life: Vivir Más, Vivir Mejor”



Fuente: elaboración propia.

En España, como primer paso para elaborar este informe “Fit For Life: Vivir Más, Vivir Mejor”, se distribuyó un **cuestionario** entre los distintos agentes implicados en la prevención secundaria y terciaria, con el fin de establecer las necesidades y prioridades de cada uno de ellos como punto de partida. Como resultado, se obtuvo un documento con las principales conclusiones del proyecto, con el que se iniciaron las siguientes fases.

Posteriormente, mediante la celebración de **reuniones presenciales con expertos** que representaban a los distintos agentes del ámbito de la salud, se recogió información relativa a los siguientes puntos:

- Conocer las necesidades de cada uno de los agentes implicados en la prevención secundaria y terciaria.
- Explorar soluciones concretas que posicionen a la prevención secundaria y terciaria en el centro de la práctica en salud.
- Desarrollar una serie de recomendaciones prácticas consensuadas entre todos los agentes implicados.

La primera reunión multi-agente contó con una primera fase exploratoria, que permitió una contextualización de la prevención secundaria y terciaria en España, así como una identificación de las necesidades que tienen al respecto cada uno de los agentes. A partir de aquí, se elaboró un informe con las principales conclusiones alcanzadas, que fue enviado a los distintos participantes para su validación y que sirvió de base para la siguiente reunión.

La segunda reunión se centró en la discusión de propuestas encaminadas al impulso de la prevención secundaria y terciaria. Se obtuvieron unas primeras recomendaciones sobre las líneas de actuación a seguir y las soluciones concretas para llevarlas a cabo, siempre con el horizonte fijado en la sostenibilidad de los sistemas de salud. Al igual que en la primera reunión, se elaboró un informe que se puso en común para enriquecerlo y que posteriormente sirvió como punto de partida para las entrevistas individuales.

Durante las **entrevistas individuales** se concretaron y definieron las distintas líneas de actuación. Las aportaciones de los distintos agentes se integraron en el informe anterior y se les redistribuyó antes de la tercera reunión multi-agente.

La tercera reunión tuvo como finalidad consensuar y priorizar las recomendaciones y soluciones identificadas hasta el momento. Con los resultados obtenidos, sumados a toda la información obtenida en la segunda reunión, se redactó un informe completo que sirvió como guión para este informe, *“Fit For Life: Vivir Más, Vivir Mejor”*.

Para culminar el proceso, se celebró una **última reunión**, en la cual se presentó toda la información obtenida hasta el momento y se definió el contenido y el formato que debía tener este informe.

De forma paralela, se llevó a cabo un trabajo de **análisis de la información en fuentes secundarias** (*desk research*) que permitió profundizar en las ideas surgidas durante las reuniones celebradas con los diferentes expertos representantes de los agentes del ámbito de la salud.

Este documento se integrará en un informe europeo que conjugará la visión de cada uno de los países participantes. Para ello se ha creado un **grupo a nivel europeo**, *“European Steering Group”*, que se encargará de unificar los principales resultados de los 22 países implicados en este proyecto en un **informe paneuropeo**, así como de enriquecerlo con una visión global, fruto del debate multidisciplinar entre los agentes de los diferentes países.



EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y LOS RETOS QUE IMPLICA PARA LA SANIDAD ESPAÑOLA

Introducción

España cuenta con uno de los mejores balances del mundo en materia de salud, según la OMS, ocupando la sexta posición entre una lista de 191 países.⁶ Este hecho, junto con el progreso en otros indicadores de la calidad de vida en este país, ha contribuido a alargar significativamente la longevidad de sus ciudadanos, así como a retrasar la incidencia de las enfermedades asociadas a la edad, algo que, sin lugar a dudas, supone un gran avance respecto a tiempos anteriores no muy lejanos. Sin embargo, este incremento de la esperanza de vida implica también, paradójicamente, que la mayoría de los españoles tendrán que aprender a convivir los últimos años de sus longevas vidas con una o más enfermedades crónicas.

Para comprender mejor el contexto actual y los desafíos que tendrá que superar la sanidad española, en este capítulo se analizan los datos demográficos que reflejan los efectos del aumento de la esperanza de vida en este país y en Europa: cómo se está produciendo el envejecimiento de la población, el consiguiente incremento de las enfermedades crónicas y pluripatologías que ello comporta, y cómo puede impactar este incremento en la calidad de la atención a los pacientes, y la sostenibilidad misma del sistema, si no se empiezan a tomar medidas a tiempo.

Algunos datos demográficos a considerar: el aumento de la esperanza de vida y la proyección de la población a largo plazo

Según los últimos datos del INE (2013), la población de España es de 47.129.783 personas y, de esta cifra, un 18% corresponde a personas de 65 o más años. De mantenerse el ritmo actual de reducción de la incidencia de la mortalidad por edad en la población de este país, en el año 2021 la esperanza de vida al nacer alcanzaría 81,2 años en los varones y 86,5 años en las mujeres. Para el año 2051, estos valores serían de 86,8 años para los varones y de 90,8 años para las mujeres.⁷

6. OMS (2000): Health systems: improving performance, The World Health Report 2000.

7. España. Ministerio de Economía y Competitividad. Instituto Nacional de Estadística. España en cifras [en línea] 2013 [Consulta mayo 2013] Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924856416&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGratuitas

La edad es un factor fundamental en el estado de salud de los individuos, de manera que una sociedad envejecida presentará, si se mantienen constantes el resto de las variables, un peor estado de salud que una sociedad más joven.⁹ De hecho, existe una relación directa entre la edad y la probabilidad de padecer alguna enfermedad crónica. Esta evidencia, junto con las estimaciones de envejecimiento de la población de este país, hace prever un **considerable aumento del número de españoles que tendrán que convivir con una o más enfermedades crónicas**.¹⁰

Evidentemente, no se puede considerar el envejecimiento como un factor negativo. Como se va a abordar a lo largo de este informe, el fomento de la prevención a lo largo de la vida hace posible que las personas mayores puedan disfrutar de un **envejecimiento activo**, que les permita no sólo disfrutar de una mejor calidad de vida, sino poder participar de diferentes maneras en el progreso del conjunto de la sociedad.

Los efectos del envejecimiento de la población: el incremento de las enfermedades crónicas y del número de pacientes pluripatológicos

Según todos los estudios, una de las consecuencias inmediatas del envejecimiento progresivo de la población es el rápido incremento de pacientes con una o más enfermedades crónicas,¹¹ lo que se traduce en los siguientes aspectos:

- **Un aumento de los pacientes pluripatológicos;** en 2006, las personas entre 65 y 74 años sufrían una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas alcanzando un promedio de 3,2 enfermedades crónicas en los mayores de 75 años; un grupo de edad que representa más de la mitad de la población española con este tipo de enfermedades.
- **Una mayor cronificación de los pacientes;** en el mismo año (2006), un 94,9% de los mayores de 65 años españoles tenía alguna dolencia de tipo crónico diagnosticada por un médico.¹²

En los países ricos, las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte y de discapacidad. Se trata de un grupo heterogéneo de enfermedades que incluye, entre otras: el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Concretamente, en España, un 60% de las defunciones están causadas por el cáncer, las enfermedades del corazón, las enfermedades cere-

9. 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

10. España. Ministerio de Economía y Competitividad. Instituto Nacional de Estadística. España en cifras [en línea] 2013 [Consulta mayo 2013] Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924856416&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGrat

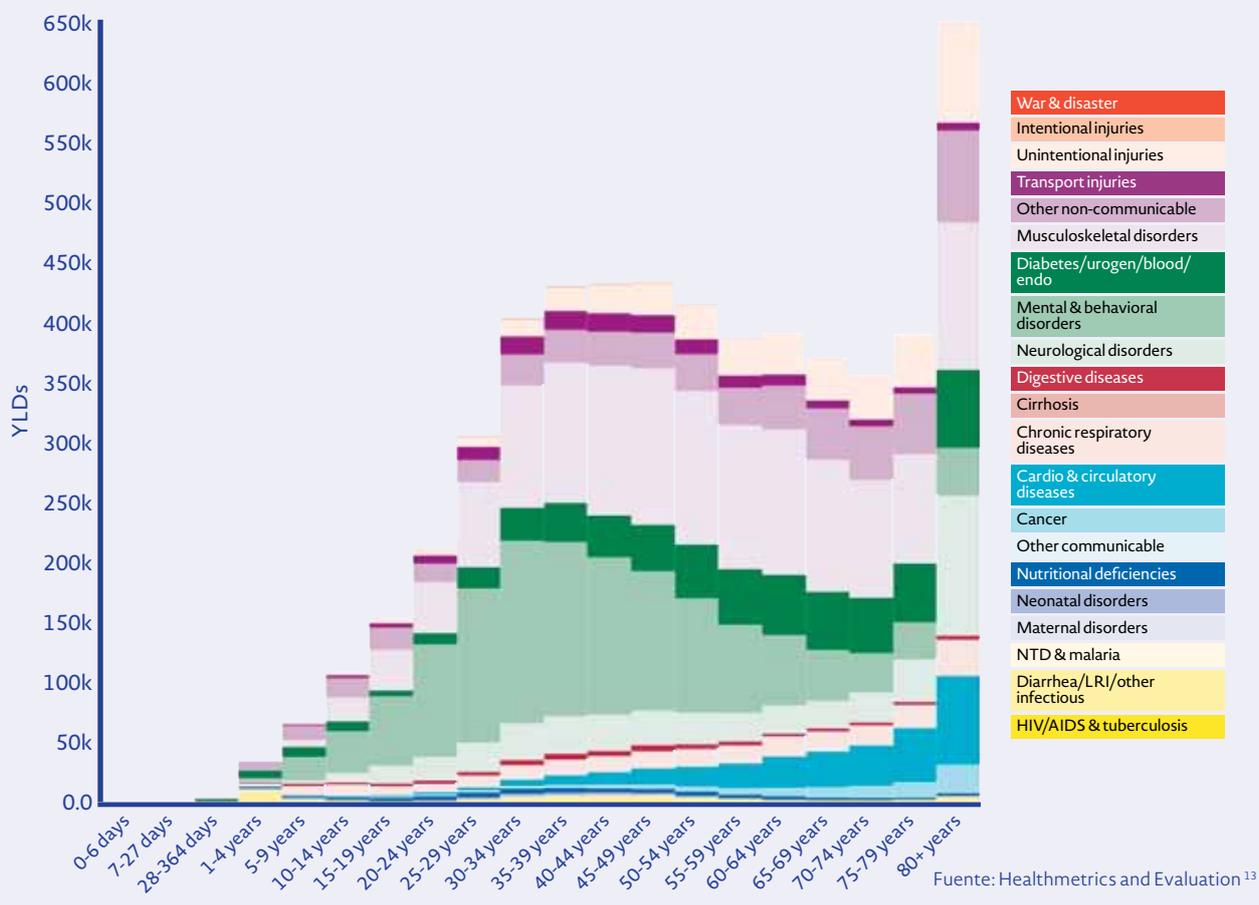
11. The Economist Intelligence Unit -Sponsored by Abbott (2012). Never too early. Tackling chronic disease to extend healthy life years. London: Autor. [en línea] 2012 [Consulta abril 2013] Disponible en: <http://digitalresearch.eiu.com/extending-healthy-life-years/report>

12. 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.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf (pág 54).

brovasculares, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y la diabetes. Cabe destacar también las enfermedades músculo-esqueléticas que, aun no siendo causa directa de defunción, suponen un grupo muy importante dentro de las discapacidades analizadas.

En las figuras siguientes se muestran algunos indicadores sintéticos que pretenden explicar los efectos de los grupos de enfermedades crónicas más relevantes.

Figura 3: Años vividos con discapacidad (YLD) por causas, según tipos grupos de edades en España (datos de 2010)

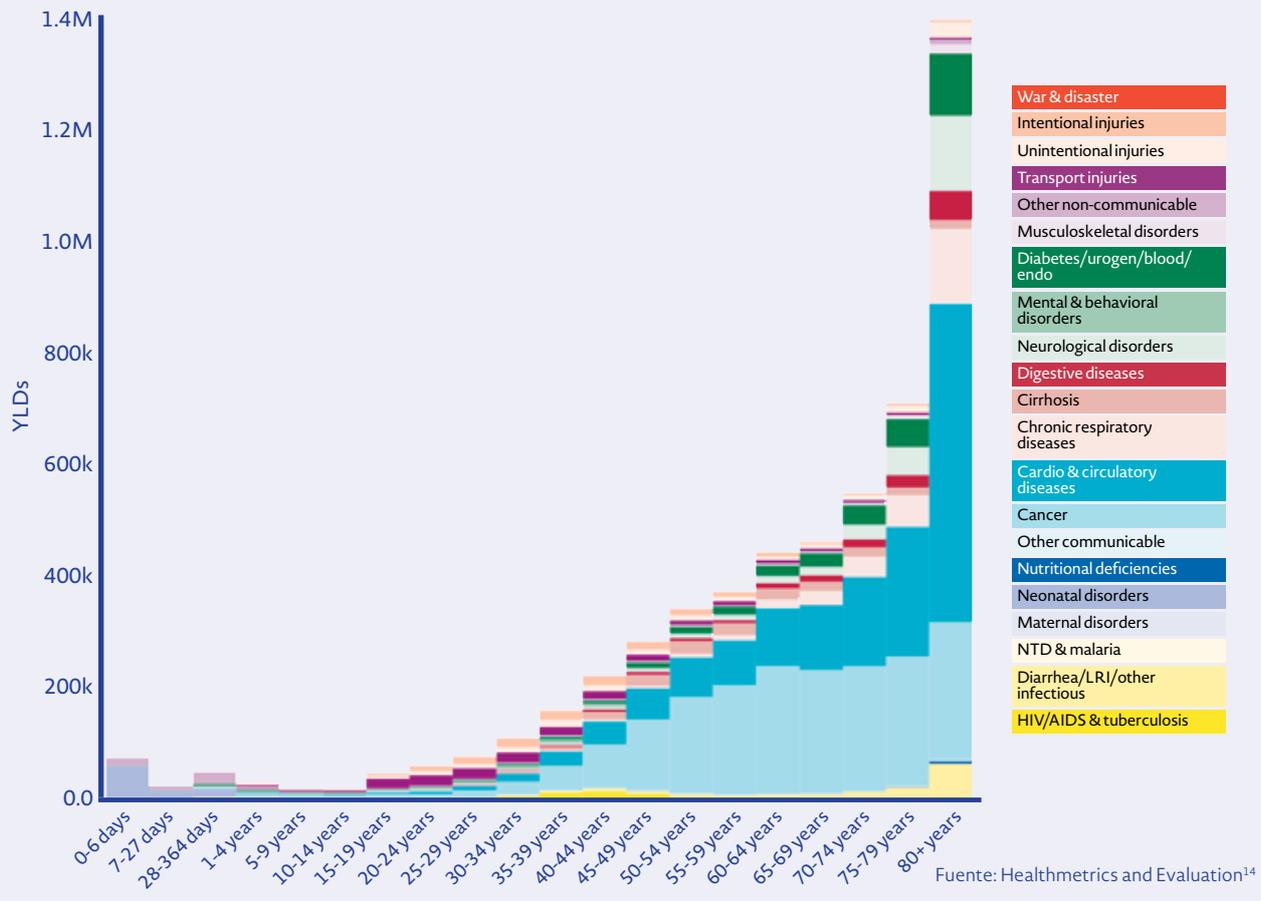


Años vividos con discapacidad o YLD (siglas en inglés de *Years Lived with Disability*): se estima para un periodo de tiempo determinado, multiplicando el número de casos incidentes en ese periodo por la duración media de la enfermedad y un factor de ponderación que refleja la gravedad de la enfermedad en una escala de 0 (salud perfecta) a 1 (muerte).

13. Murray, C.J.L. et al. GBD 2010: design, definitions, and metrics The Lancet, Volume 380, Issue 9859, Pages 2063 - 2066, 15 December 2012 [Disponible mediante suscripción] Para consultar los datos: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns> (Consulta realizada en febrero 2014).

EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y LOS RETOS QUE IMPLICA PARA LA SANIDAD ESPAÑOLA

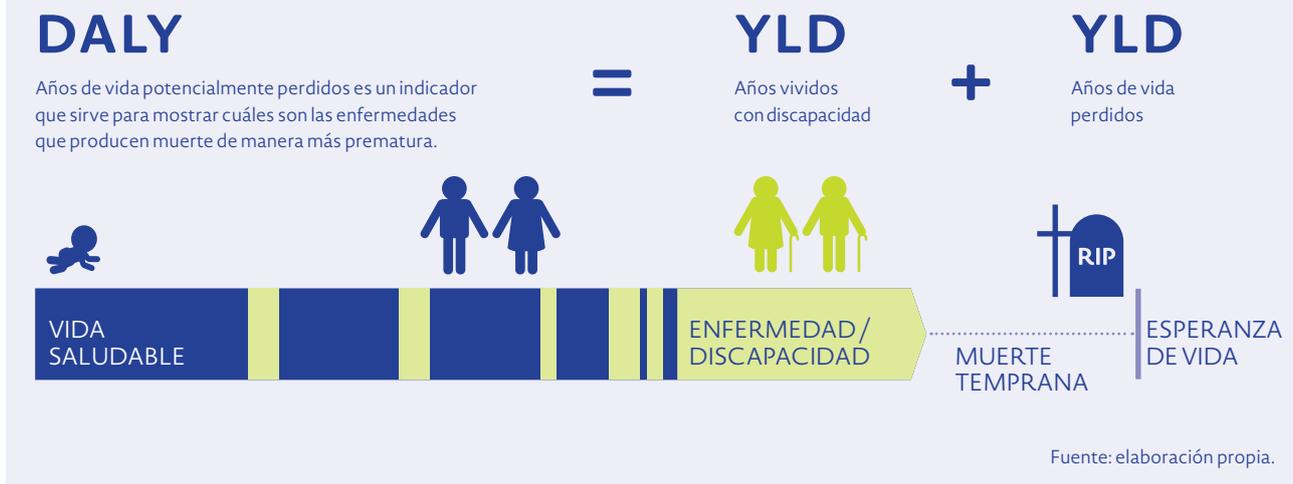
Figura 4: Años de vida perdidos (YLL) por causas, según tipos grupos de edades en España (datos de 2010)



Índice de años de vida perdidos o **YLL** (*Years of Life Lost*): se calcula a partir del número de muertes, multiplicado por la esperanza de vida media a la edad en las que éstas se han producido. Por tanto, tiene en cuenta la edad a la que se producen los fallecimientos, dando mayor peso a las muertes a edad más temprana y menor peso a las que se producen a una edad avanzada.

14. Murray, C.J.L. et al. GBD 2010: design, definitions, and metrics The Lancet, Volume 380, Issue 9859, Pages 2063 - 2066, 15 December 2012 [Disponible mediante suscripción] Para consultar los datos: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns> (Consulta realizada en febrero 2014).

Figura 5: Años de vida potencialmente perdidos por discapacidad (DALY)



Años de vida potencialmente perdidos por discapacidad o DALY (Disability-Adjusted Life Year): es un indicador que mide la carga de morbilidad general, expresado como el número acumulado de años perdidos debido a problemas de salud, discapacidad o muerte temprana. Nace de la combinación de los dos indicadores anteriores: los años vividos con discapacidad (YLD) y los años de vida perdidos (YLL).

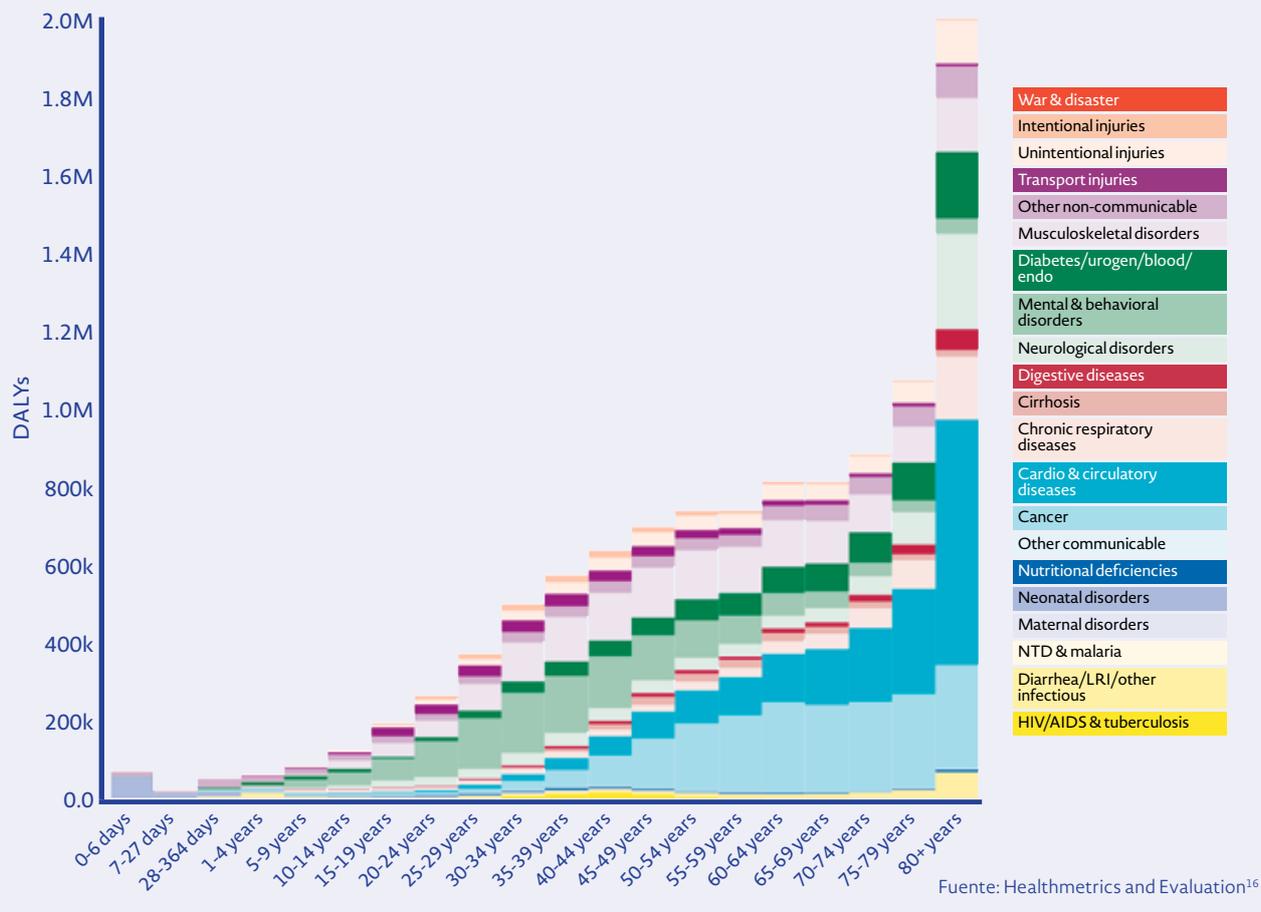
Este indicador DALY, propuesto por Murray y López,¹⁵ se está extendiendo cada vez más en el ámbito internacional. Por un lado, para describir las diferencias y desigualdades en salud de las poblaciones y su evolución, y por otro, como herramienta para medir la efectividad y eficiencia de las intervenciones sanitarias, dada su capacidad para informar de una forma integral y global de la incidencia de las enfermedades y lesiones en una determinada población. Es decir, este indicador puede contribuir tanto a definir prioridades en materia de intervenciones sanitarias como a evaluar su impacto.

Si analizamos estos datos entre la población española (ver la siguiente Figura), cabe considerar **prioritarios entre la población infantil de 1 a 14 años los programas de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de pacientes con problemas neurológicos y respiratorios, así como programas de prevención de accidentes de tráfico. Para los adultos, parece necesario prestar atención a 4 grupos especiales de enfermedades: los desórdenes mentales y de comportamiento, los problemas endocrinos (diabetes), los problemas respiratorios y los cardiovasculares.**

15. Murray, C.J.L. et al. GBD 2010: design, definitions, and metrics The Lancet, Volume 380, Issue 9859, Pages 2063 - 2066, 15 December 2012 [Disponible mediante suscripción] Para consultar los datos: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns> (Consulta realizada en febrero 2014).

EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y LOS RETOS QUE IMPLICA PARA LA SANIDAD ESPAÑOLA

Figura 6: Años de vida potencialmente perdidos en España (DALY), por causas, según tipos y grupos de edades en España (datos de 2010)



- La proporción de población de 65 y más años pasará de un 18% del total de la población, en la actualidad, a un 37% en el 2052:
 - Esto comportará una mayor cronificación de los pacientes.
 - También representará un aumento de los pacientes pluripatológicos.
 - El crecimiento de la población de personas de 65 y más años debe implicar un cambio cualitativo de la atención y cuidado sanitario: pasar de un enfoque fundamentalmente pensado en la gestión de episodios agudos, a primar la prevención.

16. Murray, C.J.L. et al. GBD 2010: design, definitions, and metrics The Lancet, Volume 380, Issue 9859, Pages 2063 - 2066, 15 December 2012 [Disponible mediante suscripción] Para consultar los datos: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns> (Consulta realizada en febrero 2014).

El incremento del gasto sanitario

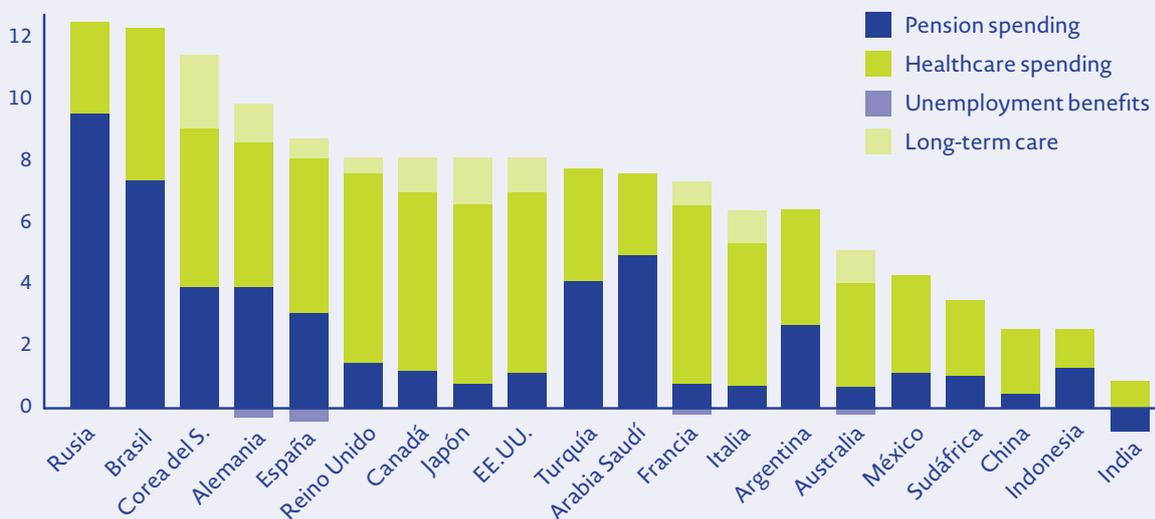
El envejecimiento de la población es una de las preocupaciones a nivel mundial y existen múltiples evidencias de que el consumo de servicios sanitarios y el gasto derivado de ello aumentan considerablemente con la edad:

- Las enfermedades crónicas representan el 80% de las consultas de Atención Primaria, el 60% de las hospitalizaciones y el 70% del gasto sanitario.¹⁷
- El gasto medio en asistencia primaria por un individuo de una edad comprendida entre 6 y 50 años es de 80€, mientras que para los individuos de entre 0 y 7 años, y para los de más de 50 años, es de 160€.¹⁸
- Los individuos de entre 31 y 35 años tienen un gasto medio en farmacia de 100€ por año, mientras que los mayores de 70 años gastan más de 350€.
- Los costes en los pacientes con más de una enfermedad crónica llegan a multiplicarse por 6 respecto a los que sólo padecen una o ninguna.
- Entre el 70 y el 80% del gasto sanitario en los países europeos se destina a enfermedades crónicas.¹⁹

Tal y como se muestra en la tabla de abajo, se prevé un significativo aumento en el gasto derivado en relación al PIB en los próximos años en los países del G-20, España entre ellos.²⁰

Figura 7: Incremento del gasto proyectado en los G-20 relacionado con la edad

2010-50 (as% of GDP)



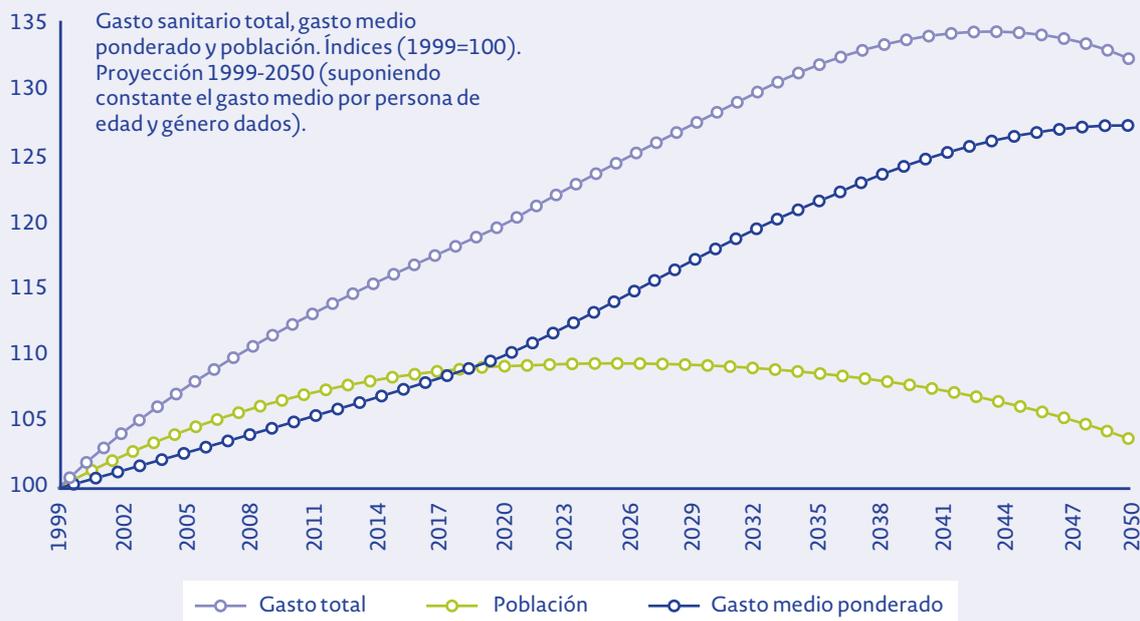
Fuente: Financial Times (2013). Reports. FT Health. Sustainable Healthcare. Thursday June 20 2013. London: Author²¹

- 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>
- 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
- The Economist Intelligence Unit -Sponsored by Abbott (2012). *Never too early. Tackling chronic disease to extend healthy life years.* London: Autor.[en línea] 2012 [Consulta abril 2013] Disponible en: <http://digitalresearch.eiu.com/extending-healthy-life-years/report>
- The Economist Intelligence Unit -Sponsored by Abbott (2012). *Never too early. Tackling chronic disease to extend healthy life years.* London: Autor.[en línea] 2012 [Consulta abril 2013] Disponible en: <http://digitalresearch.eiu.com/extending-healthy-life-years/report>
- Financial Times (2013). Reports. FT Health. Sustainable Healthcare. Thursday June 20 2013. London: Author [en línea] 2012 [Consulta julio 2013] Disponible en: <http://im.ft-static.com/content/images/4ca1eaf4-d7a8-11e2-8279-00144feab7de.pdf>

EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y LOS RETOS QUE IMPLICA PARA LA SANIDAD ESPAÑOLA

El gasto sanitario se determina, entre otros factores, por el tamaño de la población y la estructura de edad de la misma. Por ello, como se puede comprobar en la proyección de la tabla siguiente, todo parece indicar que, en España, el progresivo envejecimiento de la población provocará una mayor demanda de recursos si no se emprenden reformas a tiempo.²²

Figura 8: Proyección del gasto sanitario en España (1999-2050)



Fuente: 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.

Si además tenemos en cuenta que las enfermedades crónicas representan el 80% de las consultas de atención primaria, el 60% de las hospitalizaciones y el 70% del gasto sanitario,²³ es comprensible por qué este progresivo pero inexorable envejecimiento de la población puede complicar seriamente la sostenibilidad del sistema de salud de este país, de no empezar a tomarse medidas cuanto antes para solventarlo.

La necesidad de resolver este acuciante problema se ha visto incrementada últimamente por el agravamiento de la crisis económica y las diferentes medidas de austeridad con las que los gobiernos de uno y otro signo político están intentando hacerle frente.

Como ya se ha apuntado anteriormente en este informe, este problema es común a la mayoría de los países avanzados, por lo que desde los distintos gobiernos europeos se están buscando diferentes vías para moderar el gasto sanitario, especialmente el derivado del envejecimiento y de enfermedades crónicas.

22. 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

23. 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.congresopacientesronicos.com/docs/programa.pdf>

Hasta el inicio de la crisis, la partida dedicada a Sanidad se ha ido incrementando en la mayoría de los países de la UE. Sin embargo, los recortes en Sanidad o, incluso, la privatización de algunos servicios públicos se han convertido en las medidas más frecuentes tomadas por los gobiernos de los países más castigados por la crisis como España, Grecia, Portugal e Irlanda. Paralelamente, se están probando otras actuaciones para disminuir el gasto sanitario en España como, por ejemplo, reducir el coste farmacéutico fomentando la prescripción de los medicamentos genéricos o, incluso, el copago en algunas comunidades autónomas.

A modo de conclusión de este capítulo, habría que decir que resulta evidente que **la mayor longevidad de los españoles es a todas luces un dato positivo, pero plantea el debate de cómo se viven estos años ganados a la muerte**. Porque es cierto que los recientes avances médicos han convertido algunas patologías antes mortales en enfermedades crónicas, disminuyendo las tasas de mortalidad, pero incrementando las de morbilidad. Se trata, pues, de hacer una apuesta decidida por la prevención para mejorar la calidad de vida de estos años ganados en longevidad.

- Los costes en los pacientes con más de una enfermedad crónica llegan a multiplicarse por 6 respecto a los que sólo padecen una o ninguna, lo que implica un importante reto para la sostenibilidad del sistema sanitario actual.
- El aumento de las dolencias y pluripatologías crónicas debido al envejecimiento progresivo de la población conllevan un significativo incremento del gasto sanitario que se verá agravado en los próximos años si no se toman medidas alternativas como el fomento de la prevención.

LA PREVENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA EN ESPAÑA

Definición y objetivos de la prevención

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**)”.²⁴ También se consideran prevención aquellas medidas que tienen por objetivo evitar un exceso de *sobretamamiento* e intervenciones médicas innecesarias en el paciente (**prevención cuaternaria**).²⁵

Según la OMS y la NCD Alliance (Non-Communicable Diseases Alliance), la importancia de la prevención es tal que pequeños cambios en los hábitos de la ciudadanía como no abusar del alcohol, no fumar, mantener una dieta saludable y equilibrada, y mantener una vida activa podrían evitar, por ejemplo, el 80% de las dolencias cardíacas prematuras y el 30% de los cánceres.²⁶

Además, habría que rechazar la idea de que la aplicación de medidas preventivas es poco efectiva cuando se establece en personas mayores, ya que no se puede subestimar su gran potencial para conseguir beneficiosos cambios de hábitos y comportamientos, y una alta adherencia a las recomendaciones.

En la actualidad, las recomendaciones en prevención de la salud para las personas mayores se basan principalmente en las directrices de sociedades y organismos de primer nivel como el Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC) y la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.²⁷

Los **objetivos principales de la prevención y de las actividades preventivas** tendrían que ser los siguientes:

- Aumentar la expectativa de vida libre de discapacidad
- Prevenir el deterioro funcional
- Y cuando éste se ha producido, recuperar el nivel de función previo, en la medida de lo posible.

24. OMS, 1998.

25. Concepto acuñado por el médico belga Marc Jamouille y recogido en WONCA (World Conference of Family Doctors) (2005). Diccionario de Medicina General y Familiar ed 1998. Oxford University Press

26. Datos de NCD Alliance Disponible en: <http://www.ncdalliance.org/>

27. 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.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf

Como resultado se obtienen 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 con el autocuidado
- La contención del gasto sanitario
- La racionalización de la carga asistencial del sistema sanitario

Los tipos de prevención

PREVENCIÓN PRIMARIA: Evitar la enfermedad

Se enfoca a grandes grupos de población o, incluso, a la totalidad de ésta. Tiene como objetivos principales la sensibilización y la información generalizadas. En este nivel, se contemplan acciones preventivas como las campañas masivas de vacunación o la información que se proporciona en los centros de atención primaria acerca de los riesgos que conllevan el tabaco, el abuso del alcohol o la medicación incontrolada.

PREVENCIÓN SECUNDARIA: Evitar o reducir la evolución natural de la enfermedad

Consiste en detectar y aplicar tratamiento a las enfermedades en estados muy tempranos. Para ello, han de existir factores de riesgo o signos de la presencia de una enfermedad. La intervención tiene lugar al principio de la enfermedad, siendo su objetivo primordial el impedir o retrasar el desarrollo de la misma. En este sentido, la prevención secundaria se centra en conseguir el diagnóstico precoz de una enfermedad grave en fase inicial en una población determinada y asintomática mediante campañas de cribado o *screening*, con el fin de que su adecuado tratamiento en el periodo asintomático reduzca la morbilidad y mortalidad global o cada una de ellas por separado. Un ejemplo claro son las campañas de cribado para la detección del cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años mediante mamografías periódicas cada uno o dos años. Estas campañas de detección precoz, y la consiguiente aplicación del tratamiento adecuado, permiten tasas de curación del 90%.

PREVENCIÓN TERCIARIA: Mejorar la calidad y la esperanza de vida

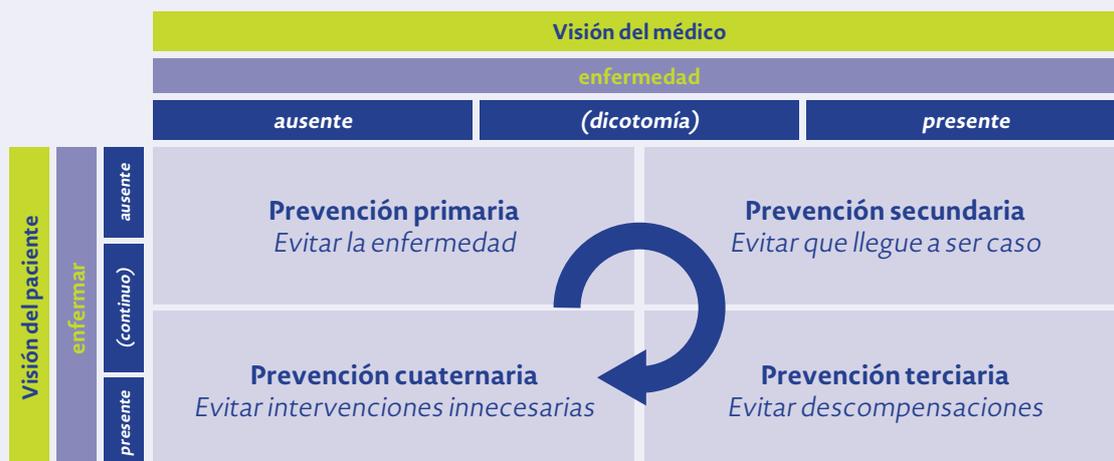
Se lleva a cabo cuando ya se ha instaurado la enfermedad (ej. enfermedades como la diabetes, problemas coronarios, cáncer, dolores musculoesqueléticos crónicos...) y se intenta evitar que empeore y que se produzcan complicaciones realizando un buen seguimiento de la enfermedad, con una buena adherencia al tratamiento y a las indicaciones del médico (ej. caminar, adelgazar, no fumar...). Aunque estas medidas no

son estrictamente preventivas, pues la intervención tiene lugar en plena enfermedad, su objetivo principal es eliminar o reducir las consecuencias del desarrollo de la misma. Dentro de la prevención terciaria se comprenden también las medidas que adopta un paciente para no contraer de nuevo una enfermedad evitando las causas iniciales a partir de las experiencias adquiridas cuando la desarrolló con anterioridad.

PREVENCIÓN CUATERNARIA: Evitar intervenciones y gastos innecesarios

Es el conjunto de actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario. Son “las acciones que se toman para identificar a los pacientes en riesgo de *sobret ratamiento*, para protegerlos de nuevas intervenciones médicas y para sugerirles alternativas éticamente aceptables”.²⁸

Figura 9: Esquema de los tipos de prevención en función de la fase de evolución de una enfermedad en la que se encuentre cada paciente



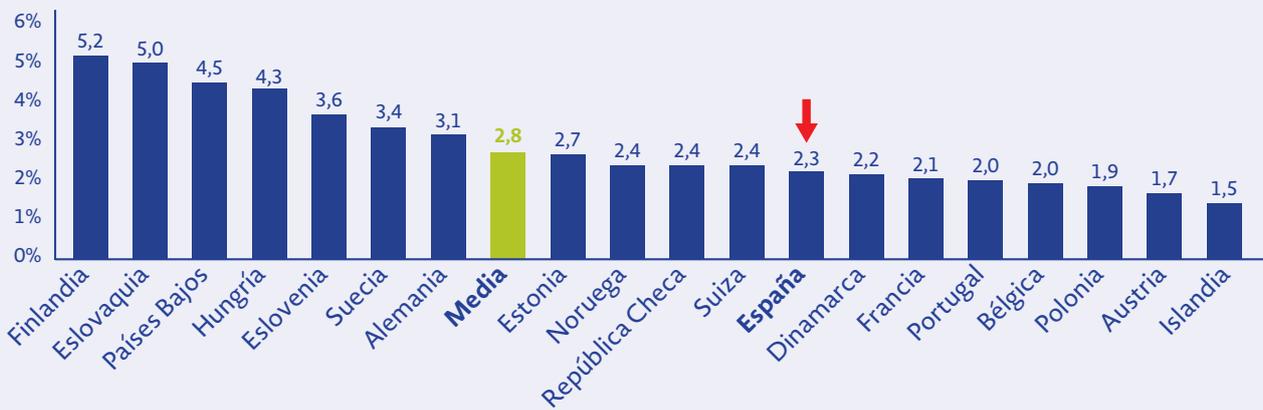
Fuente: elaboración propia a partir del artículo de Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamoule M. Prevención cuaternaria, actividad del médico general. Primary Care. 2010; 10(18):350-4.[Consulta julio 2013]. Disponible en: <http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2010/11/quaternart-prev-espanol-2010-final.pdf>

La prevención en España

El gasto medio en prevención y salud pública en España durante el periodo 2007-2011 ha rondado los 2.100 millones de euros de media, lo que supone un porcentaje del 2,3% del total del gasto sanitario. Un porcentaje inferior al 2,8% que destinan de media el resto de los países europeos.

28. Concepto acuñado por el médico belga Marc Jamouille y recogido en WONCA (World Conference of Family Doctors) (2005). Diccionario de Medicina General y Familiar ed. 1998. Oxford University Press.

Figura 10: Comparativa del porcentaje de inversión en prevención en proporción al gasto total en Sanidad, entre diferentes países europeos



Fuente: Producción propia a partir de datos de Health at Glance: Europe 2012 (based on OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database).²⁹

Los planes de prevención en España

En la actualidad, en España, se están desarrollando diferentes programas de prevención primaria en relación al estilo de vida saludable, pero todavía hay mucho camino por recorrer en lo que respecta a la prevención secundaria y terciaria.

Los planes de prevención en este país están recogidos en dos niveles: nacional y por comunidad autónoma. Todos estos planes están diseñados a partir de las premisas de **proteger, promover y restaurar** la salud de las personas mediante acciones colectivas y cumplen los siguientes puntos:

1. Detección de necesidades en prevención secundaria/terciaria.
2. Priorización de necesidades.
3. Determinación de los objetivos a conseguir.
4. Acciones a desarrollar para lograr los objetivos.
5. Seguimiento de las acciones (selección de indicadores a controlar).
6. Presupuestos para el desarrollo y seguimiento de las acciones.

Con el traspaso de las competencias en materia de salud a las diferentes comunidades autónomas, éstas también han acabado configurando sus propios planes en materia de prevención en función de sus respectivas estrategias territoriales.³⁰ De esta manera, cada comunidad autónoma decide su nivel de participación en los planes generales de prevención a nivel estatal o desarrolla sus propios planes específicos.

29. *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>

30. Anton Rodríguez, C. (2011). *Planes de Salud de las Comunidades Autónomas: homogeneidad y divergencias*. (Tesis doctoral inédita). Facultad de Económicas. Universidad Carlos III.

A nivel general, los planes y estrategias en prevención se centran en la actualidad en los siguientes puntos:

1. Disminuir la prevalencia tabáquica.
2. Proteger la salud de la población del aire contaminado por humo de tabaco (ACHT).
3. Potenciar la coordinación y la participación. Se centra en las estrategias frente al cáncer, ictus, diabetes, cardiopatía isquémica y el VIH.

En la Figura 11 se puede apreciar la participación en planes generales de prevención “Estilos de vida saludables” por CC.AA.

Figura 11: Planes generales de prevención por comunidad autónoma.
Estilos de vida saludables, áreas de actuación

	TABAJUISMO		ESTRATEGIA EN NUTRICIÓN		ACTIVIDAD FÍSICA		PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD		PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN MAYORES		PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LA INFANCIA		SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADULTOS Y JÓVENES		ESTRATEGIA DE ATENCIÓN NORMAL AL PARTO/SALUD DE LA MUJER	
	PLAN GENERAL		PLAN GENERAL		PLAN GENERAL		PLAN GENERAL		PLAN GENERAL		PLAN GENERAL		PLAN GENERAL		PLAN GENERAL	
	DESTA-CADA	INDICA-DORES	DESTA-CADA	INDICA-DORES	DESTA-CADA	INDICA-DORES	DESTA-CADA	INDICA-DORES	DESTA-CADA	INDICA-DORES	DESTA-CADA	INDICA-DORES	DESTA-CADA	INDICA-DORES	DESTA-CADA	INDICA-DORES
Andalucía																
Aragón																
Asturias																
Baleares																
Canarias																
Cantabria																
Castilla León																
Castilla La Mancha																
Cataluña																
Comunidad Valenciana																
Extremadura																
Galicia																
Com. de Madrid																
Murcia																
Navarra																
País Vasco																
La Rioja																
TOTAL	16	14	15	8	16	11	12	11	11	6	10	5	9	7	8	6

Fuente: Antón Rodríguez, C. (2011). Planes de Salud de las Comunidades Autónomas: homogeneidad y divergencias. (Tesis doctoral inédita). Facultad de Económicas. Universidad Carlos III.

Esta tabla viene a plasmar, por cada una de las comunidades autónomas y por cada uno de los Planes de Salud analizados, la existencia o no de estrategias específicas en cada área analizada. En la primera columna, se indica si es un área destacada en un plan general en la que hay que incidir y para la que se han descrito objetivos/acciones; en la segunda columna, se señala si se han incluido indicadores para evaluar el seguimiento de estos objetivos o acciones. Las celdas de color blanco muestran la ausencia de acciones o de seguimiento para ese aspecto concreto en esa comunidad autónoma.

La prevención en Europa

Como ya se ha avanzado en el anterior capítulo, la mayoría de los países europeos, aunque empiezan a comprender el papel clave de la prevención, todavía no tienen muy claro cómo vertebrar sus políticas sanitarias en este sentido. Sin embargo, últimamente, desde la UE se están impulsando diferentes iniciativas para cambiar esta situación. Una buena muestra de ello es su apuesta por las políticas de fomento de la prevención y de Envejecimiento Activo (*Healthy Ageing*).³¹ “Fit For Life: Vivir Más, Vivir Mejor” es una de las iniciativas que se enmarca en este contexto, al igual que lo hará el posterior documento paneuropeo. La OMS define el *envejecimiento activo* como “el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”. El *envejecimiento activo* permite que las personas mayores alcancen su potencial de bienestar físico y social, y todas sus actuaciones se centran en los mayores y en la importancia que tiene dar una imagen pública positiva de este colectivo.

Este tipo de programas están siendo financiados por los diferentes fondos comunitarios estructurales y de cohesión. La dotación disponible para el Fondo Social Europeo (FSE) alcanza los 84.000 millones de euros para el período 2014-2020.³²

Por su parte, hay que señalar que España está empezando a alinear sus acciones en materia de investigación con las principales estrategias y directrices europeas en el campo de la prevención, aunque todavía hay mucho trabajo por realizar al respecto.

31. Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional 2012. [en línea] 2012 [Consulta febrero 2014] Disponible en <http://www.envejecimientoactivo2012.net/Menu29.aspx>

32. Parlamento Europeo, (2013, 6 de febrero). Textos aprobados de la sesión del 6 de febrero de 2013. Resolución del Parlamento Europeo, de 6 de Febrero de 2013, sobre la cooperación de innovación europea sobre el envejecimiento activo y saludable. Estrasburgo: Autor. [en línea] 2013 [Consulta julio 2013] Disponible en <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P7-TA-2013-0046&language=ES>

¿Por qué no se invierte más en prevención?

Como se ha explicado en el anterior capítulo, la escasa inversión en prevención, en proporción con el resto de la partida dedicada a sanidad, es un fenómeno común en todos los países avanzados, entre los que se encuentra España. Es decir, la mayor parte de la inversión y de los objetivos del sistema sanitario se siguen centrando en el paciente agudo y en tratar la enfermedad una vez se ha detectado. La principal razón es que todavía no se ha generalizado una “cultura de la prevención” que haga ver a gestores y responsables políticos que con la prevención se puede reducir o evitar eficazmente tanto que la enfermedad aparezca como que avance o se agrave, así como que se practiquen intervenciones innecesarias e, incluso, contraproducentes para el paciente.

Hay tres razones clave que han dificultado hasta ahora que se adoptase esta “cultura de la prevención”, por lo que tradicionalmente siempre se ha invertido mucho menos en ella:

- Existen muchos agentes implicados en temas relacionados con la prevención, pero no un responsable claro. Por consiguiente, ninguno de ellos alberga un sentimiento claro de “propiedad” o de responsabilidad directa sobre la prevención.
- Los resultados se suelen ver a largo plazo (p. ej., mejora de la salud general), dificultando la vinculación causa-efecto y la constatación de su utilidad a corto plazo.
- No se ha sistematizado la evaluación del impacto de las acciones en prevención, lo que complica la medición de su alcance e impide su valoración precisa.

En el siguiente capítulo de este informe se analizan con más detalle estos tres aspectos y se plantean las soluciones para resolverlos en el marco de una estrategia de fomento de la prevención bien definida.



ESTRATEGIAS PARA UNA SANIDAD QUE INCORPORE LA PREVENCIÓN ENTRE SUS PRIORIDADES

En el presente capítulo recogemos una serie de recomendaciones sobre las líneas estratégicas a seguir para planificar e impulsar unas políticas de salud orientadas hacia la prevención, entendida ésta como una de las fórmulas idóneas, en primer lugar, para mejorar la salud y la calidad de vida de los ciudadanos y, en segundo lugar, para contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario.

Sin embargo, cabe destacar que a medida que íbamos avanzando en las sesiones de trabajo, se ponía de manifiesto que, para poder hacer esta gran apuesta por la prevención, era necesario poner en marcha paralelamente y de forma transversal toda una serie de importantes transformaciones que afectan al conjunto del sistema sanitario español. Como ya hemos explicado en la introducción de este informe, al tratarse de un panel de expertos principalmente del campo sanitario, las pautas que se dan en este libro no pretenden ser acciones literales y concretas, sino una serie de líneas de actuación que sirvan como guía y punto de partida para que los expertos en cada área puedan acabar de acometer estas transformaciones como lo consideren más oportuno.

En este sentido, cuando a lo largo de este libro hablamos de **“políticas de salud”**, este término no se refiere únicamente al sistema sanitario, sino que pretende ir más allá, abarcando todas las áreas implicadas en prevención: sanidad, educación, servicios sociales, trabajo, economía, etc. De modo que estas recomendaciones, además de impulsar la prevención, tienen como propósito promover un cambio de filosofía global en la manera de entender la Sanidad y las políticas de salud en este país.

No hace falta decir que para que pueda llevarse a cabo este gran proceso de cambio con las suficientes garantías de éxito, resulta imprescindible contar con la colaboración consensuada y absoluta de todos los agentes implicados, tal y como se abordará en el capítulo 5 de este libro. Dado que la salud está condicionada por factores sociales, económicos y ambientales, entre otros, el trabajo intersectorial del sector salud con otros sectores es un elemento clave para la mejora de la salud de la población, según lo ha estipulado la propia OMS a través del principio “Salud en todas las políticas”.³³

A la hora de definir el nuevo modelo en políticas de salud que se quería proponer con este informe, el grupo de expertos que hemos colaborado en su elaboración se ha basado en el conocido patrón del “Triple

33. Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Adelaida 2010. [en línea] 2013 [Consulta octubre 2013] Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf.

Objetivo” del prestigioso The Institute for Healthcare Improvement³⁴ (Figura 12), adaptándolo a la prevención en Sanidad. Con este nuevo modelo propuesto se cubrirían tres objetivos simultáneamente, en este orden de prioridades: 1) **optimizar la experiencia de la atención**, 2) **mejorar la salud de la población** y 3) **reducir los costes per cápita de atención de la salud**.

Como se ve, reforzar este triple objetivo es fundamental en la definición del nuevo sistema sanitario orientado a la prevención que queremos impulsar desde este informe, pero este modelo puede servir igualmente para inspirar, de un modo más amplio, los cambios necesarios en la gobernanza del conjunto del sistema sanitario. Por otro lado, hay que remarcar que, según este modelo de “Triple Objetivo”, para que se pueda producir este

Figura 12: Esquema del modelo de “Triple Objetivo”



Fuente: Steel, 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.

cambio, además del compromiso de todos los agentes implicados, **debe existir una organización (un “integrador” final), que acepte la responsabilidad de la consecución de estos tres objetivos. El papel de este integrador incluye al menos cinco componentes: la colaboración con los individuos y las familias, el rediseño de la atención primaria, la gestión de salud de la población, la gestión financiera y la integración del sistema a nivel macro.**³⁵

34. 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]. Disponible en: <http://www.jvei.nl/wp-content/uploads/A-Guide-to-Measuring-the-Triple-Aim.pdf>

35. 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]. Disponible en: <http://www.jvei.nl/wp-content/uploads/A-Guide-to-Measuring-the-Triple-Aim.pdf>.

ESTRATEGIAS PARA UNA SANIDAD QUE INCORPORE LA PREVENCIÓN ENTRE SUS PRIORIDADES

Las recomendaciones que se recogen en este capítulo se estructuran en los siguientes 6 puntos:

1. Fomentar el modelo de Ciudadano Corresponsable.
2. Claves para mejorar la organización del sistema sanitario orientándolo a la prevención.
3. Modelo económico de la prevención.
4. Medir el impacto de la prevención.
5. Implementar las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) para impulsar la prevención.
6. Impulsar la I+D+i en prevención.

Figura 13: Esquema de los 6 puntos de actuación para impulsar la prevención secundaria y terciaria



Como se puede apreciar mejor en el esquema de arriba (*Figura 13*), estos 6 puntos estratégicos se han establecido en función del siguiente criterio y orden de actuación:

El primer punto, **“Fomentar el modelo de Ciudadano Corresponsable”**, parte de la base de que el conjunto de la población, y cada ciudadano, ha de ser el eje central de esta profunda transformación en las políticas de salud de este país; que todo fomento de la prevención ha de focalizarse en concienciar y educar a los ciudadanos en la filosofía de que ellos han de ser los primeros protagonistas e impulsores de las mismas a través de su participación activa como ciudadanos corresponsables.

El segundo punto, **“Claves para mejorar el sistema sanitario orientándolo a la prevención”**, se centra en cómo se han de planificar y organizar todas estas nuevas políticas de salud, comenzando por el propio sistema sanitario, para abordar todas y cada una de estas transformaciones de forma operativa y eficiente.

El tercer punto explica por qué no se puede llevar a cabo ningún cambio sin establecer un **“Modelo económico de la prevención”** claro y bien definido. Sin este nuevo modelo, sostenible y adaptado a los nuevos retos, no se van a poder financiar todas estas transformaciones del sistema sanitario y de las políticas de salud.

El cuarto punto, **“Medir el impacto de la prevención secundaria y terciaria”**, estipula que para poder llevar a cabo estos cambios resulta imprescindible poder medir y evaluar el alcance de los mismos de forma transversal y a medida que se vayan implementando, con el objetivo de motivar e incentivar la participación de todos los agentes implicados.

El quinto punto, **“Implementar las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) para impulsar la prevención”**, considera que las TIC son herramientas clave para poder llevar a cabo todas estas transformaciones a todos los niveles, y que la actual coyuntura de crisis económica y de cambio de paradigma en la situación del sistema sanitario son el argumento decisivo para acabar de vencer cualquiera de las habituales resistencias que aún despiertan en algunos el temor a tener que adaptarse a las nuevas tecnologías. Este argumento cuenta además a su favor con el gran incremento de usuarios que las TIC han experimentado en los últimos años en amplias capas de la sociedad a causa de la popularización de las redes sociales y de su uso en móviles y tabletas electrónicas. Esta implementación de las TIC se tiene que llevar a cabo de manera simultánea y transversal, es decir, a todos los niveles.

Por último, el sexto punto, **“Investigación, Desarrollo e Innovación (I+D+i) en prevención”**, concluye que todas estas transformaciones han de partir de investigaciones, estudios previos serios y rigurosos, que analicen los antecedentes y la situación de partida. Su objetivo es determinar cuáles son los retos y las necesidades en cada caso, y establecer las medidas adecuadas para solventarlas. Se trata de un proceso que, al igual que el anterior, se ha de realizar de manera transversal y simultánea en todas las áreas implicadas, y en el que las TIC y los procesos de innovación ayudarán a encontrar muchas de las soluciones.

En este capítulo se van a desgranar cada uno de estos seis puntos de actuación, siguiendo la misma estructura en cada uno de ellos: en primer lugar se presentan los **antecedentes**, es decir, de dónde viene esa necesidad y por qué es necesario cubrirla; a continuación, cuáles han de ser los **objetivos** que se quieren cubrir con esa línea de actuación y las recomendaciones sobre cómo se pueden llevar a cabo y, por último, **los beneficios** que se obtendrían.

4.1

EL CIUDADANO CORRESPONSABLE

Antecedentes: ¿por qué es necesario potenciar el concepto de *Ciudadano Corresponsable*?

Al igual que ocurre en la mayoría de los países avanzados, en los que el acceso a la sanidad es universal y masivo, 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 en la optimización del uso que hacemos del mismo, con el fin de que se puedan mantener y mejorar sus actuales prestaciones. Una buena prueba de ello es que el 41,2% de los entrevistados para el *Barómetro Sanitario 2011*, al responder acerca de la utilización que hacen los ciudadanos de los servicios y prestaciones sanitarias, opinó que “con cierta frecuencia se utilizan innecesariamente” y un 29,6% que “existe mucho abuso”.³⁶ De estos datos se desprende, en efecto, que la ciudadanía es cada vez más consciente de la necesidad de realizar un uso más razonable del sistema y que, probablemente, exista una mayor conciencia crítica hacia prácticas de uso inadecuado. Esta creciente tendencia puede ayudar a marcar un cambio de actitud que permita pasar de la dependencia del paciente frente al sistema, propia de épocas pretéritas, a una actitud más proactiva y colaborativa.

Desde hace algún tiempo, todos los agentes de la Sanidad coinciden en propugnar que **el paciente debe ser el eje central del sistema**. Por su parte, los propios pacientes (a través de las asociaciones de pacientes, principalmente) reclaman también el derecho a poder participar de forma más activa, como uno de los motores de cambio que pueden contribuir a mejorar las cosas.

Sin embargo, el sistema sanitario de este país no está diseñado para considerar al ciudadano / paciente como parte activa ni se promueve su implicación en su autocuidado. En la práctica diaria (en muchos casos, por la carga de trabajo que soportan algunos profesionales y el escaso tiempo que pueden conceder a cada paciente) ni se le da la debida importancia, ni se fomenta lo suficiente la prevención, lo que acaba limitando las posibilidades de que el paciente se convierta en un agente activo en lo referente al ámbito de la salud.³⁷ A esta situación, hay que añadirle la poca información de la que disponen la mayoría de los ciudadanos sobre sus derechos y deberes como pacientes, y sobre el funcionamiento real del sistema sanitario. En consecuencia, este *ciudadano pasivo* no optimiza los recursos a su alcance en beneficio de su salud y, en muchos casos, tampoco puede ser muy consciente del valor real de los mismos.

36. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto de Información Sanitaria (2011.) BARÓMETRO SANITARIO, 2011. [en línea] 2011 [Consulta julio 2013] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2011_total_marginales.pdf

37. *Informe Bernat Soria*. 2011. [Consulta septiembre 2013] Disponible en: http://www.abbott.es/sala_prensa/bernatsoria/informe_bernatsoria.pdf (pág. 45).

Los expertos coinciden en que un paciente proactivo y bien informado cumple mejor los tratamientos farmacológicos, adopta un estilo de vida adecuado, se descompensa o desarrolla complicaciones con menor frecuencia y, en definitiva, tiene una mayor calidad de vida al sentirse más seguro frente a la enfermedad.³⁸

Lógicamente, la responsabilidad no puede recaer únicamente en el ciudadano. Resulta imperativo fomentar una nueva relación médico/paciente en la cual los primeros abandonen una cierta actitud paternalista, en favor de brindar una mayor formación e información a los segundos. Una nueva relación en la que todos los profesionales reconsideren las prioridades en relación a su tiempo de trabajo, y les ayuden a corresponsabilizarse de su propia salud.

Esta relación se ha de enmarcar necesariamente en el conjunto de medidas que se han de llevar a cabo de manera simultánea y transversal para impulsar la figura del *Ciudadano Corresponsable* en todos los ámbitos implicados (educación, trabajo, sanidad, etc.). El objetivo ha de ser que el conjunto de la ciudadanía se pueda formar en el autocuidado de su salud ya desde la escuela primaria y a lo largo de toda su vida (a través de las “escuelas de salud”, campañas en los medios de comunicación, páginas web con información fiable y veraz, etc.). El *Ciudadano Corresponsable* resulta una figura clave dentro de una nueva filosofía de las políticas de salud en prevención.

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

Como se ha visto hasta ahora, ya es una necesidad que todos los ciudadanos, sanos o enfermos, adquirieran un mayor nivel de conocimiento sobre su propia salud y sobre el uso óptimo del sistema sanitario. **Este proceso de cambio es posible mediante adecuadas políticas públicas, sin duda más baratas y rentables a largo plazo que la provisión de medios y protocolos fundamentalmente enfocados al tratamiento de las enfermedades agudas.**

La implicación del paciente en su estado de salud resulta primordial desde la promoción de hábitos saludables y la prevención de factores de riesgo hasta la adopción de un papel activo en el cuidado de su enfermedad,³⁹ convirtiéndose mediante este empoderamiento en un *Ciudadano Corresponsable*.

En el caso de las enfermedades crónicas, resulta especialmente relevante conseguir este empoderamiento, apoyando y fomentando el desarrollo de pacientes proactivos, comprometidos, autónomos y buenos conocedores de su patología. A diferencia de lo que sucede en las patologías agudas, los pacien-

38. 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).

39. 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).

tes con enfermedades crónicas conviven muchos años con ellas y su actitud (motivación, actitud, valores, etc.) resulta crucial en el control de estas enfermedades, pues condiciona, por ejemplo, el grado de cumplimiento o adherencia a las indicaciones terapéuticas del profesional sanitario.

Por su parte, los profesionales de la Sanidad también deberían compartir con el conjunto de la ciudadanía la responsabilidad en los cuidados de salud y en la utilización adecuada de los servicios sanitarios y sociales. El objetivo final es pasar de un modelo en el que el paciente y el sistema se relacionan de forma pasiva a otro de relación proactiva.

Por otro lado, para que ocurra este cambio se debe actuar desde la base, educando al ciudadano, tanto en la importancia que tiene la prevención para conseguir una mejor salud a largo plazo como para aceptar la enfermedad, como parte de la vida y actuar en consecuencia. Con esta educación se conseguiría implicar al ciudadano en el autocuidado de su salud, así como una mayor integración del paciente en la sociedad.

Los cuatro objetivos principales que se quieren cumplir potenciando el concepto de “Ciudadano Corresponsable” para poner en marcha las necesarias políticas sanitarias orientadas hacia la prevención son los siguientes:

- 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 definitiva, el modelo de *Ciudadano Corresponsable*, en el contexto de la prevención, pretende que todos los ciudadanos se impliquen y se ocupen tanto del cuidado de su propia salud como del de las personas que están a su cuidado, y tiene como uno de sus objetivos principales corresponsabilizar al conjunto de la población en la sostenibilidad del sistema sanitario.

Recomendaciones para impulsar la figura del Ciudadano Corresponsable

Para lograr los objetivos expuestos en el punto anterior, este informe propone un total de cinco grandes líneas de actuación:

- A.** Educar a la población en “salud y prevención”.
- B.** Concienciar y responsabilizar al ciudadano en el autocuidado de su salud.
- C.** Informar al paciente sobre el uso adecuado y responsable del sistema sanitario.
- D.** Establecer programas de apoyo y seguimiento a los pacientes (según patología), y adelantarse a la evolución del paciente.
- E.** Fomentar políticas de inserción socio laboral.

Como introducción a la primera de estas líneas de actuación, habría que destacar que entre un **40-70% del total de enfermedades son parcial o totalmente prevenibles a través de la modificación en los estilos de vida, manejo y control de los factores de riesgo, y prevención primaria y secundaria.**⁴⁰ Por lo tanto, habría que aprovechar al máximo el gran potencial que la educación en prevención puede tener en los cambios de hábitos y comportamientos y en la adherencia a las recomendaciones.

A. La educación en “salud y prevención”

Este punto se divide en dos grandes líneas de actuación; por un lado, las que se desarrollan en el ámbito del sistema educativo, pensadas para los niños y adolescentes, y por otro, las que están dirigidas al conjunto de la población.

En un principio, el cambio necesario en los comportamientos (dieta, hábitos saludables, prevención, etc.) ha de centrarse en los jóvenes, es decir, los futuros adultos, de manera que, junto al envejecimiento que se anticipa, se produzca la emergencia de individuos más sanos y, por lo tanto, menos dependientes del sistema sanitario. Por ello, se propone la inclusión de “salud y prevención” en el plan de estudios de la educación obligatoria como una serie de experiencias y prácticas integradas en otras asignaturas, con el objetivo de establecer la formación en pautas de vida saludables y en el autocuidado y la prevención.

Este tipo de programas han de fomentar la participación activa de los niños y los adolescentes, para que puedan desarrollar su capacidad de decisión sobre las cuestiones relacionadas con su salud y adoptar unos hábitos de vida saludable desde la más temprana infancia. Por lo tanto, estos programas en el ámbito del sistema educativo son el primer paso para educar a la ciudadanía dentro de las pautas y estilo de vida del “Ciudadano Corresponsable”.

Sin embargo, como se apuntaba al principio, no se puede restringir la educación en “salud y prevención” únicamente a los centros escolares. La instrucción en esta materia ha de hacerse extensiva al conjunto de la población en general mediante cursos de formación que promocionen la salud y fomenten la prevención. Estas actividades, diseñadas y ejecutadas por los diferentes servicios del sistema sanitario (servicios asistenciales de atención primaria, especializada, sociales, etc.), deberían incluir programas como *escuelas de pacientes*, programas de paciente activo y programas de paciente experto, escuelas de cuidadores, redes de cuidadores profesionales y no profesionales, y otras fórmulas de soporte al autocuidado.

El entorno laboral también se ha de considerar como una pieza clave en este proceso de educación. La salud ocupacional está experimentando un notable avance, y evolucionando desde el concepto de la

40. 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> (pág 30).

protección de la salud física y de los trabajadores a un modelo de actuación más global como es el de la promoción de la salud en el trabajo, que tiene en cuenta también la prevención y promoción de su salud psicosocial.

La promoción de la salud en el trabajo está tomando cada vez un mayor protagonismo como concepto que supera la mera obligación del empresario de velar por la seguridad y salud de los trabajadores, facilitando una colaboración más amplia de la empresa en la sociedad con respecto a esta materia. La idea de que el papel del empresario debe ser más relevante a la hora de contribuir a una sociedad más saludable está impulsándose crecientemente desde gobiernos y administraciones. Las ventajas son evidentes para todas las partes: tener una población laboral sana aporta al empresario mejoras en la productividad y sostenibilidad de su negocio, y los trabajadores y sus familias se benefician de una mayor calidad de vida.

La creación de ambientes de trabajo que fomenten el buen estado de salud de los trabajadores debería ser un compromiso ético y legal para la empresa, más allá de la simple Responsabilidad Social Corporativa. Resulta, además, una decisión empresarial inteligente si se tienen en cuenta los perjuicios que puede comportar descuidar estos aspectos, tales como los costes asociados a los accidentes laborales así como otras graves consecuencias para la empresa originadas por un mal estado de salud de sus empleados: disminución de la productividad, aumento de las bajas laborales, rotación de personal, discapacidad, envejecimiento de la población laboral, etc.

CASO DE BUENAS PRÁCTICAS

Título: Grupo Mahou-San Miguel, Programa “A TU SALUD”.

Objetivo: Mejorar la salud del trabajador y su calidad de vida y, como consecuencia, conseguir la disminución del absentismo laboral y el aumento de la productividad.

Metodología: Programa completo que abarca; Campaña para la Deshabitación del Tabaco, Escuela Taller de Espalda, Actividad Física, Nutrición y Salud (incluyendo un plan personalizado de actividad física) y Alimentación Saludable.

Algunos datos: Los indicadores en salud de los participantes en el programa son mejores que los del resto de la plantilla. El 94% de los participantes ha notado mejoría en su Estado de Salud y Condición Física. Las bajas laborales por Incapacidad Laboral Temporal (ILT) entre los participantes son la mitad que entre el resto de la plantilla. El retorno bruto global por euro invertido es de 2,2 para la empresa. El programa ha recibido diferentes galardones, entre ellos, el Premio Expansión y Empleo a la mejor iniciativa en RRHH en el año 2008.

Fuente: elaboración Propia (a través de <http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/dep-salud/valoracion-socioeconomica-progr-actv-fisca-mahou-san-miguel-CSD-amad-2012.pdf>).

Por otro lado, también resulta clave el compromiso de los colectivos de pacientes, las fundaciones y los líderes de opinión sanitarios con el diseño y la divulgación de la importancia del autocuidado y la prevención,⁴¹ así como la implicación de los medios de comunicación para garantizar a la población el derecho a una información de calidad, veraz y objetiva, sobre todo lo relacionado con la promoción de hábitos de vida saludable, la incidencia de la cronicidad y la salud en general. El objetivo ha de ser popularizar una cultura de *desmedicalización* de la salud y de los cuidados a los pacientes crónicos.⁴² Lógicamente, en paralelo, se tendrían que crear los mecanismos necesarios para que los pacientes pudieran reclamar este derecho a recibir una información sanitaria suficiente, comprensible y adaptada a sus necesidades, por parte de todos los agentes implicados (Administración, medios de comunicación: generalistas y en Internet, etc.). Por último, habrá que facilitar también los mecanismos que garanticen y promuevan que los pacientes puedan participar activamente en las decisiones sobre los procesos y tratamientos que afecten a su salud.

En definitiva, esta alfabetización sanitaria en “salud y prevención” de acuerdo con las pautas del *Ciudadano Corresponsable*, sería un gran avance en el proceso de concienciar y responsabilizar al conjunto de los ciudadanos en el autocuidado de su salud, tal y como se analiza más detenidamente en el siguiente punto.

B. La importancia del autocuidado

El concepto de *autocuidado* en la salud fue acuñado en 1991 por la teórica Dorothea Orem,⁴³ quien lo define como la “capacidad de las personas de asumir de forma voluntaria el cuidado y el mantenimiento de su salud así como de prevenir enfermedades mediante el conocimiento y prácticas que les permitan vivir activos y saludables”. Seis años más tarde, en los objetivos fijados por el documento “Políticas de salud para todos para el siglo XXI” de la OMS,⁴⁴ se concede una gran relevancia a la participación activa de los ciudadanos en el cuidado de la salud y se hace especial hincapié en el fomento del autocuidado como una de las principales estrategias para su promoción.

De modo que el concepto de autocuidado comporta, necesariamente, **el uso eficaz de estrategias de apoyo y capacitación que faciliten que el paciente adquiera la motivación, los conocimientos, las habilidades y los recursos necesarios, es decir, que pase a ser un paciente activo.**⁴⁵

41. Informe Bernat Soria. 2011. [Consulta septiembre 2013].

Disponible en: http://www.abbott.es/sala_prensa/bernatsoria/informe_bernatsoria.pdf (pág. 68).

42. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. [en línea] 2012 [Consulta julio 2013] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf (pág 43).

43. Orem, D.E.; Taylor, S.G. y McLaughlin Renpenning, K. (2001). Nursing: Concepts of practice. 4ª Edición (1991) St. Louis, MO: Mosby-Year Book Inc.

44. Organización Mundial de la Salud (OMS, 1997) Políticas de Salud para todos para el siglo XXI Consejo Ejecutivo, 101ª reunión, 16 noviembre de 1997 [en línea] 1997 [Consulta mayo 2013] Disponible en http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB101/pdfspa/spa9.pdf

45. 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

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:** se trata de impulsar la Red de Escuelas de Salud para Ciudadanos. Su objetivo es promover, compartir y desarrollar instrumentos que fomenten el empoderamiento de los ciudadanos a través de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Para ello, potenciarán la capacitación en salud y en el autocuidado de la enfermedad, por medio de la mejora del conocimiento y la adquisición de competencias, tanto en cuidados para la autogestión de las enfermedades como para la atención de enfermedades crónicas.⁴⁶
- **Formar al paciente en su enfermedad y sus implicaciones (tratamiento, pautas higiénico-alimentarias, riesgos...):** se trata de ofrecer asesoramiento práctico sobre el cuidado de la enfermedad para maximizar la eficiencia y el efecto beneficioso sobre el paciente. Parece lógico individualizar la prevención dedicando tiempo y recursos a aquellas actividades que más probablemente puedan prevenir la morbilidad, dependencia y mortalidad, teniendo en consideración el estado funcional de la persona. Por otro lado, también habría que impulsar las intervenciones de educación para la salud que han demostrado su efectividad y en las que participan de forma activa las propias personas afectadas por problemas de salud de larga duración y las personas cuidadoras, con especial atención al autocuidado. Por último, habría que coordinar perfectamente todas estas intervenciones y los programas de promoción de la salud llevados a cabo por los diferentes servicios del sistema sanitario. Es decir, tanto por parte de los distintos servicios asistenciales de atención primaria, especializada y social, como por parte de los servicios de salud pública (responsables de las prestaciones facilitadas de forma colectiva), así como de los servicios asistenciales, que dan prestaciones principalmente a las personas, de forma individual.⁴⁷
- **Ofrecer el soporte de *pacientes expertos*:** hay que hacer una mención especial a la figura del *Paciente Experto*, claramente en alza desde hace unos años. Este paciente, formado e informado, rico en experiencias y habilidades y dispuesto a compartir información y conocimiento con otros pacientes que están pasando por la misma situación o experiencia.⁴⁸ Mediante el intercambio de conocimientos del *paciente experto* con el resto de pacientes, se pretende mejorar la información sanitaria de los pacientes e involucrarlos en mejorar la seguridad y en potenciar el autocuidado, así como aumentar su implicación en las decisiones clínicas que le atañen (*Figura 14*). Se propone coordinar la

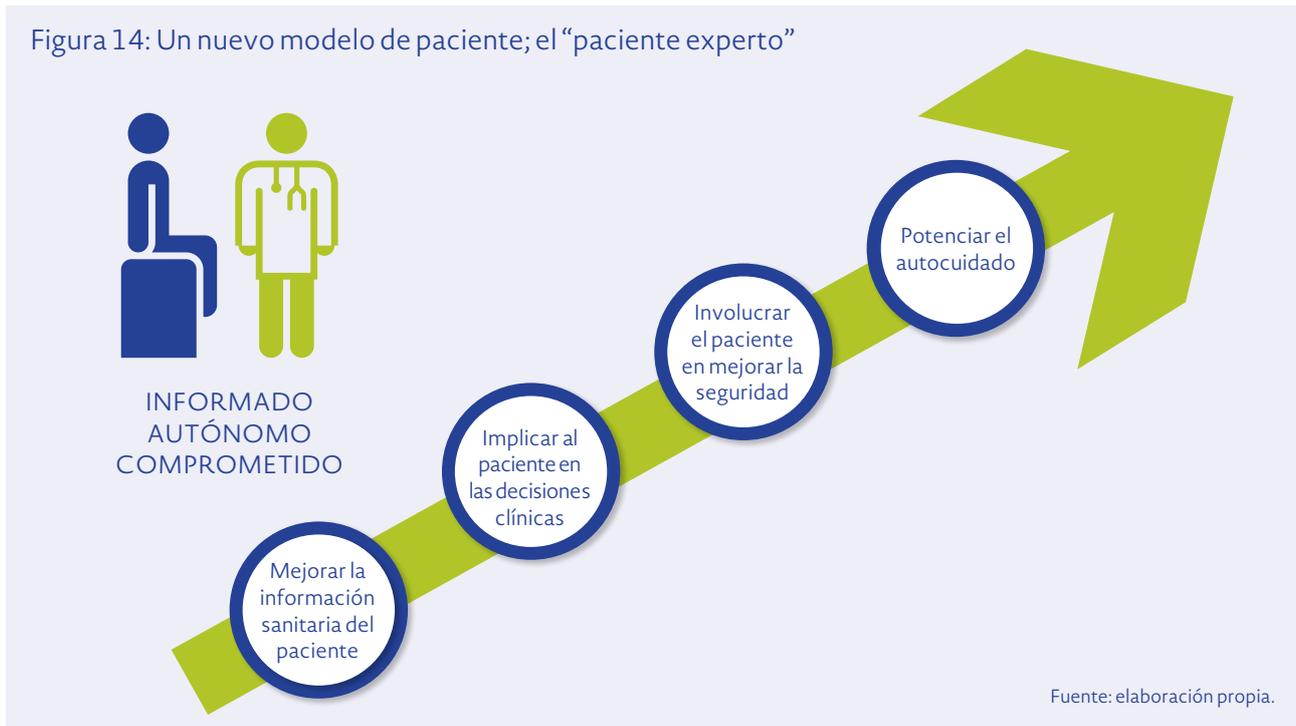
46. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. [en línea] 2012 [Consulta julio 2013] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf (pág 63).

47. 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> (pág. 22).

48. 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>

selección del *paciente experto* y los servicios que éste brinde a sus iguales desde las asociaciones de pacientes, dándoles soporte desde la Administración.

Figura 14: Un nuevo modelo de paciente; el “paciente experto”



- **Reforzar las redes de asociaciones de pacientes:** en España existen más de 5.000 asociaciones de pacientes de enfermedades crónicas. El Foro Español de Pacientes o la Alianza General de Pacientes nacen como organizaciones que intentan aunar los intereses de los pacientes y tener una mayor representación en las decisiones que afectan a la salud de la ciudadanía. Su importancia radica en que en estas asociaciones se comparte el día a día de los enfermos; informan, orientan y asesoran a sus socios; organizan espacios de encuentro, de ayuda y de sensibilización; mantienen contacto y amplían las redes sociales con asociaciones de características similares.⁴⁹ Por todo ello, desempeñan un papel muy relevante como portavoces y defensores de las necesidades y derechos sanitarios de una gran parte de la población.
- **Planes de formación al personal sanitario para promover el cambio de mentalidad en la sociedad:**⁵⁰ aunque ya se ha mejorado bastante en los últimos años, es necesario cambiar la actitud “paternalista” que siguen teniendo muchos profesionales de la sanidad, en beneficio de una mayor formación e información del ciudadano sobre sus deberes y derechos en relación a la atención que recibe.

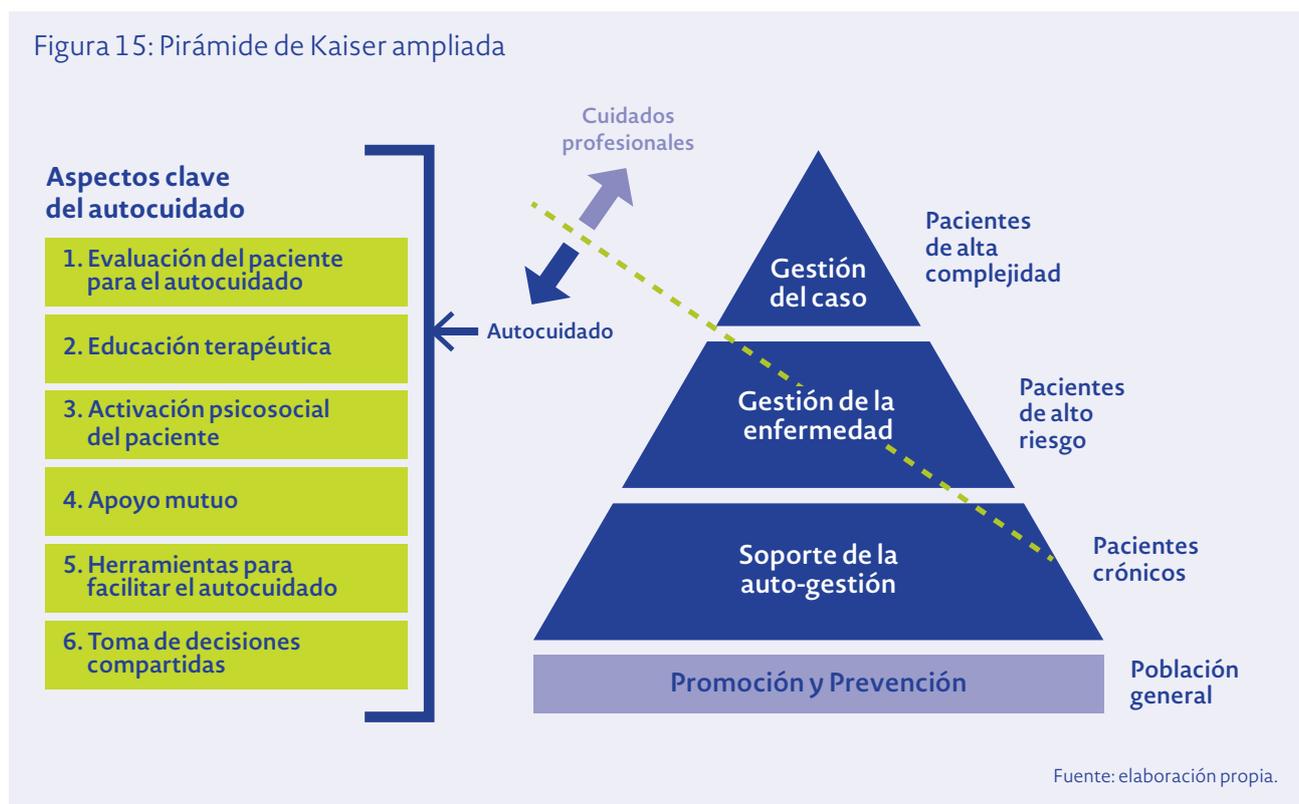
49. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). “DOCUMENTO DE CONSENSO ATENCIÓN AL PACIENTE CON ENFERMEDADES CRÓNICAS” Sevilla (2011) [Consulta febrero 2014] Disponible en: http://www.opimec.org/media/files/Enfermedades_Cronicas_V02.pdf (pág 28).

50. 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).

Por lo tanto, resulta imperativo establecer un nuevo modelo relacional entre el ciudadano / paciente y los profesionales sanitarios responsables de su atención. El paciente ha de aprender a corresponsabilizarse del seguimiento de su proceso y para ello debe ser un paciente más formado e informado. Los profesionales que le atienden, por su parte, desempeñarán un papel crucial puesto que son quienes mejor conocen las necesidades de formación de cada paciente y su capacidad para asumirlas. Lógicamente, estos planes deberán tener en cuenta la necesaria reestructuración de los protocolos de trabajo para que los profesionales puedan incorporarlos en sus rutinas diarias sin que les suponga una carga añadida a la que no puedan hacer frente.

En definitiva, el objetivo de esta corresponsabilización es conseguir que el ciudadano que está sano siga gozando de una buena salud, que se pueda tratar mejor al paciente agudo y que los pacientes crónicos se mantengan bajo unas condiciones controladas sin que se agraven y acaben generando episodios agudos. Es decir, **que NO progresen hacia la parte superior de la conocida como Pirámide de Kaiser** (Figura 15).

Figura 15: Pirámide de Kaiser ampliada



La *Pirámide de Kaiser* es uno de los modelos más utilizados para gestionar la salud de la población y, particularmente, la de los pacientes crónicos. Este modelo se basa en clasificar a la población en diferentes niveles de intervención, en función de la complejidad de los cuidados o servicios sociosanitarios que necesiten.

Como se puede apreciar en la *Figura 15*, la base de la pirámide está formada por todos aquellos miembros sanos de la población para los que la prevención y el diagnóstico precoz de la enfermedad son las prioridades. En el segundo nivel, se agrupan aquellos que padecen algún tipo de enfermedad crónica y los objetivos se centran en fomentar el autocuidado, la administración apropiada de medicamentos y la educación en aspectos sanitarios y de prevención.

La cúspide de la pirámide la constituyen los pacientes identificados como de alto riesgo y alta complejidad, que necesitan la atención de servicios especialistas, a los que se les asignan planes de cuidado guiados por tratamientos de gestión de caso diseñados para reducir el uso inadecuado de estos servicios especialistas y evitar ingresos hospitalarios innecesarios.

CASO DE BUENAS PRÁCTICAS

Título: Programa Paciente Experto Cataluña®.

Objetivo: Potenciar el autocuidado, la corresponsabilidad y la autonomía de las personas que tienen una enfermedad crónica, conseguir la implicación de los propios pacientes, conocer el grado de satisfacción de los pacientes, mejorar la calidad de vida percibida de los pacientes, mejorar los conocimientos de los pacientes sobre la enfermedad, mejorar el grado de autocuidado para adquirir un manejo correcto de la enfermedad y mejorar el cumplimiento terapéutico.

Metodología: Iniciativa multidisciplinar basada en la colaboración entre pacientes y profesionales sanitarios y en el trabajo de equipo. En el Programa Paciente Experto Cataluña® quien toma el protagonismo es el paciente experto, que transmite conocimientos y comparte experiencias con otras personas que sufren el mismo problema de salud: en las sesiones los profesionales sanitarios son observadores que únicamente intervienen en caso de que sea necesario. El Programa consta de nueve sesiones, una por semana, de una hora y treinta minutos de duración a lo largo de unos dos meses y medio, que incluyen una parte teórica y otra práctica.

Algunos datos: Programa activo desde 2006.

C. El uso adecuado y responsable del sistema sanitario

La atención sanitaria gratuita para todos los ciudadanos es una de las prestaciones del Estado del Bienestar sobre la que hay un mayor consenso en este país y de la que más satisfechos, en general, se sienten los españoles. Sin embargo, la incuestionabilidad de este derecho hace que muchas veces los ciudadanos no sean muy conscientes de que un uso inadecuado del sistema de salud no sólo acaba comportando un alto coste para el conjunto de la población, sino que pone en peligro su propia sostenibilidad. Por ello, una pieza clave en las políticas de prevención ha de ser informar a los pacientes sobre el uso adecuado y responsable del sistema sanitario.

Con el fin de conseguir este objetivo se recomiendan las siguientes actuaciones:

- **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).⁵¹ Estas campañas se justifican desde el momento en que, como se ha señalado en la introducción de este capítulo, el 41.2% de los entrevistados en el Barómetro Sanitario 2011 opina que los servicios y prestaciones sanitarias “con cierta frecuencia se utilizan innecesariamente” y un 29,6% que “existe mucho abuso”.
- **Mayor transparencia de la distribución de la partida presupuestaria en sanidad**, en comparación con la contribución vía impuestos: el sistema debe fomentar la conciencia de gasto, tanto del usuario (facturación individualizada del servicio) como de los profesionales implicados en la gestión, puesto que necesita equilibrar los costes incurridos en la prestación con los precios socialmente admisibles a los que tendrían que ser facturados. Son de uso común frases como “la salud no tiene precio”, pero realmente tiene un coste.
- **Incentivar buenas prácticas** (bonificaciones): debería establecerse una fórmula que motive al ciudadano hacia el uso adecuado del sistema sanitario.

CASO DE BUENAS PRÁCTICAS

Título: “Te daremos las gracias 100.000 veces”.

Objetivo: La Conselleria de Salut del Gobierno de las Islas Baleares, a través de una campaña de concienciación, pretende reducir el número de incomparecencias de los pacientes a la cita con el médico informando de que estos huecos en las agendas sanitarias tienen un coste económico y suponen un perjuicio para el resto de los pacientes que esperan para una consulta médica.

Metodología: Campaña informativa mediante carteles colocados en todos los hospitales y centros de salud de las Islas Baleares. Además, se creó un espacio informativo en la web del Servicio de Salud donde los usuarios podían encontrar toda la información necesaria para cancelar las citas o reprogramarlas para otro día.

Algunos datos: Durante el año 2012, el Servicio de Salud de Baleares se vio obligado a anular 100.823 consultas programadas con el especialista porque los pacientes no se presentaron, lo que representa el 7,9% del número total de consultas.

51. 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>

D. Los programas de apoyo y seguimiento a los pacientes según patología

La variación en el estado de salud aumenta con la edad. En concreto, el estado de salud de los jóvenes de 16 años es mucho más homogéneo que el de las personas de 85 años, entre quienes es relativamente frecuente ver tanto enfermos terminales como personas con excelente estado funcional y gran integración social. Por eso, la “regla de oro” es **individualizar las decisiones preventivas** en función de criterios que atiendan no sólo a la edad.⁵²

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.⁵³

Con el fin de conseguir este objetivo, el equipo de expertos que hemos colaborado en la elaboración de este informe proponemos desarrollar programas de soporte y seguimiento a los pacientes. Estos programas deben diseñarse en función del perfil del paciente, área terapéutica, tipo de tratamiento, necesidad concreta, período de tiempo que vaya a aplicarse, etc.

Los objetivos estratégicos de los programas de soporte al paciente son, principalmente:

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

Actualmente, existen programas de soporte a paciente, principalmente financiados por la Administración Pública y por la Industria Farmacéutica y Biofarmacéutica. Estos programas se centran en los siguientes puntos:

- **Formar al paciente y/o cuidadores sobre la enfermedad y su tratamiento.** Dicha formación puede ser presencial, a través de materiales en soporte papel enviados al paciente/cuidador o telemática (a través de teléfono o Internet). Estos programas refuerzan la labor educativa de los profesionales sanitarios sin necesidad de tiempo o esfuerzo adicional. Suelen ser flexibles, ya que a partir de la interacción con los pacientes se van incorporando las nuevas necesidades de formación con el fin de asegurar la correcta educación del paciente/cuidador.

52. 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/>

53. 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>

- **Hacer un seguimiento del paciente y su experiencia durante el manejo de su enfermedad.** Para ello, se contacta con el paciente y se recopila información a través de un cuestionario con preguntas habituales en una entrevista clínica, que permiten recoger aspectos como signos y síntomas de la enfermedad, satisfacción con el tratamiento, tolerabilidad, cumplimiento, etc. Toda la información generada se procesa para cada paciente de forma individualizada y se envía de forma confidencial al correspondiente profesional sanitario. La Administración Pública y/o la Industria, si lo desea, puede tener acceso a la misma información, pero agregada y anónima.
- **Asegurar la correcta adherencia terapéutica** a través de un “sistema de recordatorio automático” que envía mensajes unidireccionales a los pacientes usando distintas tecnologías (SMS, llamadas, emails...), según un calendario preestablecido para asegurar así que el tratamiento se sigue tal y como ha prescrito el profesional sanitario.
- **Ofrecer una serie de prestaciones y servicios sociosanitarios**, que aseguren al paciente la atención adaptada a su necesidad en un entorno más cercano, evitando en muchos casos ingresos innecesarios en hospitales de referencia y el uso indiscriminado de los servicios de urgencias. Un ejemplo es el servicio de tele-asistencia que pretende dar respuesta inmediata ante situaciones de emergencia o inseguridad, soledad y aislamiento, basado en las nuevas tecnologías de la comunicación, y que permite a sus usuarios mantener el contacto verbal a través de la línea telefónica durante 24 horas todos los días del año, sin moverse de su domicilio y con sólo apretar un botón. Este tipo de programas constituye un instrumento idóneo para proporcionar a las personas en situación de dependencia y a sus familiares un mayor nivel de autonomía, favoreciendo la permanencia e integración en su entorno.

El canal de comunicación con el paciente también puede ser diferente en función de la capacitación de cada paciente y el tipo de programa. Según el caso, puede utilizarse uno de los siguientes formatos o una combinación de distintos formatos de contacto dependiendo del público al que se dirija:

- Formato físico: materiales enviados a casa del paciente regularmente, etc.
- Formato telefónico: vía *contact center*, donde, además, se atiende a las preguntas de pacientes o cuidadores.
- Formato online: website, newsletter, email, etc.

CASO DE BUENAS PRÁCTICAS

Título: CONTIGO, programa de asistencia y formación a familiares y pacientes con enfermedad de Parkinson.

Objetivo: Fomentar la formación e información de calidad sobre la enfermedad de Parkinson y facilitar su acceso a afectados y cuidadores, así como proporcionarles una atención de calidad y personalizada.

Metodología: Programa de la Federación Española de Párkinson (FEP), con la colaboración de AbbVie, abarca dos ámbitos de actuación:

1) La FEP pone a disposición de afectados, familiares y toda aquella persona interesada, un servicio de atención sociosanitaria a través de las nuevas tecnologías (correo electrónico consultas@fedesparkinson.org y red social Párkinson Pulsa On) y el teléfono 902 113 942. Medios a través de los que se pueden poner en contacto con dos psicólogas y una enfermera especializadas en párkinson para remitirles sus dudas o consultas sobre la enfermedad.

2) Los afectados y familiares tienen acceso a profesionales de la enfermería a través de consultas individualizadas y talleres prácticos de cuidados en la enfermedad de Parkinson impartidos en las asociaciones y centros sanitarios.

Algunos datos: Durante 2013 se organizaron 71 talleres a los que asistieron más de 1.700 personas.

E. Las políticas de inserción laboral

Uno de los impactos a nivel personal, social y económico de las enfermedades crónicas son las bajas laborales que provocan. Algunas de estas enfermedades crónicas se enmarcan dentro de la discapacidad o provocan “incapacidad”, entendida como aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales que a largo plazo afectan a la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad⁵⁴. Sin embargo, entre los enfermos crónicos nos encontramos con diversos tipos de pacientes y circunstancias: los pacientes que podrían continuar trabajando si se adapta su puesto de trabajo a su nueva situación; los pacientes que no podrían continuar trabajando en lo mismo que hacían antes, pero sí en un trabajo diferente y adecuado a su nueva condición; por último, los pacientes que debido a su enfermedad no pueden trabajar de ningún modo. Por lo tanto, ¿es siempre la baja laboral la mejor solución para el paciente?

La integración laboral de los enfermos crónicos y/o con alguna discapacidad no siempre es fácil. El Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, en su artículo 42.1, establece la obligación para todas las empresas públicas y privadas que empleen a 50 o más trabajadores, de reservar el 2% de sus puestos de trabajo a personas con discapacidad. Por otro lado, el RDL también promueve el principio de igualdad de trato al tiempo que prohíbe cualquier discriminación, directa o indirecta, a una persona por motivo de su discapacidad en cualquier fase del proceso de inserción laboral. La obligación de igualdad de trato incluye la realización de los ajustes razonables que requiera la persona con discapacidad para poder participar en

54. ONU (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. [en línea] 2006 [Consulta julio 2013] Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcccconvs.pdf> (pág. 4).

cualquier actividad laboral en igualdad de condiciones con las demás personas. Ambas iniciativas han contribuido notablemente a allanar el camino, aunque parece que no ha sido suficiente. Para que las empresas estén realmente interesadas en contratar a personas con alguna enfermedad crónica y/o discapacidad, deben ver el valor que tiene, más allá del cumplimiento de una cuota o una normativa.

Es importante que se haga un buen proceso de adecuación entre las personas y los puestos de trabajo. Una adecuación mal hecha ni es buena para la empresa ni para la persona, porque se trata de que la persona tenga las mismas oportunidades que el resto de promoción profesional, etc. Las empresas deben ver la contratación de personas con discapacidad /enfermedad crónica como una oportunidad, la diversidad es un valor para las empresas y supone un motor de cambio en la gestión y en su relación con sus *stakeholders*.

Con la relativamente reciente incorporación en la gestión empresarial del concepto de **Responsabilidad Social Corporativa (RSC) o Responsabilidad Social Empresarial (RSE)** se podría tratar de encontrar un modo para que las empresas participen y se corresponsabilicen de este cambio de paradigma. La Comisión Europea define la RSE como “la integración voluntaria, por parte de las empresas, de las preocupaciones sociales y medioambientales en sus operaciones comerciales y sus relaciones con sus interlocutores”. La incorporación de los enfermos crónicos y/o con discapacidad como parte de la RSE supone reconocer a estos pacientes no sólo como empleados, sino también como clientes/usuarios, proveedores, inversores, etc. Estas iniciativas de RSE deberían servir, a su vez, para mejorar la competitividad de las empresas, reforzando su reputación, obteniendo mayor productividad de sus trabajadores o una mayor satisfacción de los clientes, entre otros factores.

Un buen ejemplo de lo que se puede llegar a lograr es la labor que está desarrollando la Fundación ONCE, que, en sus 25 años de trayectoria, ha generado más de 82.000 empleos y plazas ocupacionales, el 90% de ellos para personas con discapacidad.⁵⁵ Todo ello, lo ha conseguido en colaboración con las Administraciones Públicas, empresas, organizaciones de la discapacidad y sus familias, entidades de la sociedad civil y de la economía social, agentes sociales, etc.

CASO DE BUENAS PRÁCTICAS

Título: Programa INSERTA (Fundación ONCE).

Objetivo: Adoptar proyectos y acciones dirigidas a promover y posibilitar la inclusión plena de las personas con discapacidad en la sociedad.

Metodología: Programa dirigido a empresas que incluyen dentro de sus políticas estratégicas la implementación de un sistema de gestión basado en los principios que propugna la Responsabilidad Social Corporativa. La adhesión al Programa de una empresa implica la firma de un convenio que articula de manera coordinada un plan de acción específico con las acciones para acometer en función de las necesidades, las especificidades de su negocio, el objeto, objetivo social y las estrategias de cada empresa.

Algunos datos: Más de 25 convenios INSERTA firmados hasta la actualidad.

55. RSE-D (2013). Guía de RSE-D Responsabilidad social empresarial y discapacidad. Madrid: Fondo social europeo. [en línea] 2012 [Consulta julio 2013]. Disponible en: <http://rsed.fundaciononce.es>

¿Qué beneficios se obtienen del fomento de la figura del *Ciudadano Corresponsable*?

Los dos principales beneficios que se obtienen de esta apuesta por el *Ciudadano Corresponsable* son, por un lado, que el ciudadano se implique activamente en su salud y comprenda la importancia de su autocuidado; y por otro, que la Administración pueda abandonar su rol paternalista para poder concentrar los esfuerzos en aquellos pacientes que necesitan más prestaciones, mejorándose así la calidad de la atención a la par que se racionaliza el gasto sanitario.

Concretamente, con esta inversión en educación y formación a la ciudadanía sobre prevención y hábitos saludables, desde la escuela primaria, además de conseguir una población con un mejor estado de salud y durante más tiempo, se ayudaría a que los ciudadanos comprendiesen mejor que el envejecimiento es un proceso natural, por lo que toda persona se debería mantener activa y en forma a lo largo de toda su vida adoptando hábitos de vida saludable para prevenir y/o retrasar la aparición de enfermedades. Esta toma de conciencia sobre la importancia de un **envejecimiento activo** contribuiría a una mayor independencia y funcionalidad de las personas mayores, y a promover la mejora de su calidad de vida en general.

Por otro lado, con esta alfabetización sanitaria de la población siguiendo las pautas y principios del *Ciudadano Corresponsable* también se impulsaría la integración de los pacientes crónicos en el mundo laboral y en el conjunto de la sociedad, sin que se les vea como una carga para el sistema, como, desgraciadamente, todavía ocurre en muchos casos. Es decir, se reduciría la estigmatización que aún hoy supone tener una enfermedad crónica, y se lograría que el entorno aceptase las diferencias como una circunstancia que cada vez va a ser más frecuente y que va a afectar a más personas. Algo muy importante para los pacientes (y sus familiares) porque muchas veces la estigmatización les frena a la hora de integrarse sin mayores trabas en su puesto de trabajo y poder hacer una vida normal.

En definitiva, los beneficios directos que se derivan de potenciar el concepto del *Ciudadano Corresponsable* es que el sistema sanitario se vuelva más sostenible, pero, sobre todo, mejorar la salud de la población e incrementar la calidad de vida del ciudadano durante muchos más años.

LAS CLAVES PARA MEJORAR LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO ORIENTÁNDOLO A LA PREVENCIÓN

Antecedentes: ¿Por qué es necesario un cambio en la organización del sistema sanitario?

En la actualidad, 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 organizativo que, como ya se ha explicado anteriormente, hasta ahora ha sido un referente a nivel internacional y ha funcionado satisfactoriamente para sus usuarios, pero que, para poder hacer frente a los nuevos desafíos que conlleva el envejecimiento de la población, tendría que ser sometido a un profundo cambio estructural y de filosofía 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.

Desde el año 2002, los españoles conceden un 6,5 sobre 10 al sistema sanitario de este país, y un 73,1% opina que funciona bastante bien o bien, aunque precisaría algunos cambios.⁵⁶ La proporción de personas que considera que son necesarios cambios fundamentales es del 21,9% y del 4,2% la de quienes reclaman que el sistema se rehaga por completo.⁵⁷ Los cambios necesarios responden principalmente al envejecimiento progresivo de la población, con el consiguiente incremento de las enfermedades crónicas y pluriopatologías, y a la transformación de las demandas al sistema que implican, mejorar en prevención y mejorar la adecuación de los servicios a las nuevas necesidades de atención. Otros cambios que interesan a los ciudadanos, como señala el Índice de Consumidores de la Sanidad Europea, estarían relacionados con el aumento de transparencia y de participación social.⁵⁸

Paradójicamente, el hecho de que el sistema sanitario de este país se haya convertido en un modelo de referencia ha contribuido a que no se cuestionaran lo suficiente muchos aspectos mejorables de su funcionamiento y que, con el paso del tiempo, se haya vuelto una **organización estática, institucionalizada, burocratizada y demasiado compartimentada**, según se ha llegado a denunciar en el propio Congreso de los Diputados.⁵⁹ Una estructura funcional rígida que, en general, no incentiva ni motiva adecuadamente a los excelentes profesionales con los que cuenta.

56. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. [en línea] 2012 [Consulta julio 2013] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

57. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto de Información Sanitaria (2011). BARÓMETRO SANITARIO, 2011. [en línea] 2011 [Consulta julio 2013] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2011_total_marginales.pdf.

58. Björnberg, A. Health Consumer Powerhouse Euro Health Consumer Index 2012 Report. [en línea] 2012 [Consulta julio 2013] Disponible en: <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>

59. España. Congreso de los Diputados. Proposición no de Ley para la constitución de una Comisión para el análisis, evaluación y propuestas de mejoras del Sistema Nacional de Salud (1990, 25 enero). Madrid: Autor [en línea] 1990 [Consulta julio 2013] Disponible en: <http://www.consorcio.org/accesos-directes/patronal/documents-i-publicacions/articles-i-publicacions-d2019interres/resumen%20informe%20abril.pdf>

Además, en España, al igual que en otros países de Europa (ej. Reino Unido o Italia), hemos pasado de una sanidad única, que ejercía el cien por cien de las competencias, a una sanidad en la que gran parte de las competencias están transferidas a las comunidades autónomas, lo que implica **diecisiete políticas sanitarias diferentes**. Esta descentralización hace difícil garantizar una asistencia equitativa entre pacientes independientemente de donde residan, así como compartir información clínica de los pacientes entre distintas CC.AA. ya que cada comunidad autónoma tiene su propia organización y sistemas de información. Aunque exista el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (creado por la Ley General de Sanidad en 1986 y que, según establece la Ley de Cohesión y Calidad del SNS de 2003, es el órgano permanente de coordinación, cooperación y comunicación entre la Administración del Estado y las CC.AA. con la misión de promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado), este organismo no tiene poder ejecutivo.⁶⁰ Según el Barómetro Sanitario 2012,⁶¹ un 57,2% de los ciudadanos encuestados opina que existen diferencias entre los servicios que se ofrecen a los ciudadanos en función de la comunidad autónoma en la que se resida.

Frente a ello, una de las posibles soluciones sugeridas por los expertos colaboradores en este informe sería profundizar en conceptos del tipo “geometría variable”, en función de los cuales el Estado pondría incentivos económicos a las CC.AA. que cooperasen entre ellas lanzando programas que avanzaran hacia la prevención de acuerdo con objetivos de interés nacional, que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se encargaría de fijar en sus convocatorias.

En general, en la mayoría de los países avanzados, la organización actual de la atención sanitaria **en niveles asistenciales**, que diferencia la atención sanitaria de la social y separa la atención primaria de la atención hospitalaria, comporta un grave problema de integración de la práctica clínica, que ha sido detectado en todos los modelos sanitarios. A este problema, en España, hay que sumarle la **descoordinación entre las diferentes Administraciones Públicas titulares de los servicios de salud**. Esta descoordinación afecta especialmente a los pacientes crónicos al ser los más necesitados de intervenciones fundamentadas en la coordinación intersectorial y en la atención integrada.

Asimismo, hay que señalar que existe un gran **déficit de estructuras y mecanismos de información, evaluación y análisis en el sector sanitario público y privado**, que se pone de manifiesto tanto en el nivel de control de la gestión de los propios centros, como en el nivel más general de establecimiento de programas de salud. Además, en los equipos directivos, la responsabilidad de la gestión queda diluida o anulada por la excesiva rigidez y estatismo del sistema.⁶²

60. Informe Bernat Soria. 2011. [Consulta septiembre 2013] Disponible en http://www.abbott.es/sala_prensa/bernatsoria/informe_bernatsoria.pdf

61. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto de información sanitaria (2011.) BARÓMETRO SANITARIO, 2011. [en línea] 2011 [Consulta julio 2013] Disponible en: http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2011_total_marginales.pdf

62. España. Congreso de los Diputados. Proposición no de Ley para la constitución de una Comisión para el análisis, evaluación y propuestas de mejoras del Sistema Nacional de Salud (1990, 25 enero). Madrid: Autor [en línea] 1990 [Consulta julio 2013] Disponible en: <http://www.consorci.org/accesos-directes/patronal/documents-i-publicacions/articles-i-publicacions-d2019interres/resumen%20informe%20abril.pdf>

Por todo ello, podría decirse que la situación actual parece marcar el final de una organización del sistema sanitario basada en una Seguridad Social burocratizada y rígida que, si bien ha sido capaz de vertebrar hasta ahora una asistencia sanitaria pública y universal de gran calidad, parece haberse quedado a todas luces obsoleta, y empieza a ser claramente insuficiente para superar los desafíos actuales y futuros planteados por el envejecimiento de la población y el gran cambio del entorno sociosanitario que acarrea.

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

Por todo lo que se ha analizado anteriormente, existen tres objetivos claves que se han de conseguir para poder poner en marcha con garantías esta nueva organización del sistema sanitario orientado al fomento de la prevención:

- **Fomentar un sistema ágil, flexible, interconectado y orientado al paciente.** Las personas con problemas de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico son las que encuentran más dificultades para acceder y circular a través del sistema, ya que no existe un adecuado ajuste entre sus necesidades y la atención que reciben. Resultando especialmente inapropiada la organización de la asistencia sanitaria para el grupo de pacientes que presentan pluripatologías, comorbilidades o que se encuentran en situación de especial complejidad. Son precisamente estos pacientes, generalmente población de mayor edad y limitación funcional, los que generan mayor demanda de atención en los diferentes ámbitos asistenciales y utilizan mayor número de recursos sanitarios y sociales. Las propuestas de cambio se centran en mejorar la accesibilidad y en ofrecer respuestas más ágiles a los usuarios.⁶³
- **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 ayude a evitar casos.** Se deberían aprovechar los recientes avances en biotecnología para diseñar estrategias “a medida” en términos de prevención y tratamiento, y contribuir no sólo a mejorar la salud de la población, sino a reducir el gasto sanitario. Una de las aplicaciones más importantes de la *medicina personalizada* es que permite estratificar a los pacientes según sus características y su nivel de riesgo y complejidad (p. ej., por tener antecedentes familiares de algún tipo de cáncer). Este proceso de estratificación permite, de forma individualizada, prevenir y anticiparse a la aparición de la enfermedad, pero, además, de forma coste-eficaz.
- **Motivar a los profesionales para dar una atención de calidad que revierta en un incremento de la salud del paciente y en una reducción de los costes.** Para que se produzca una transformación significativa en un sistema es imprescindible contar con la participación de su núcleo operativo, que

63. 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/>

en el caso de las organizaciones sanitarias son los profesionales sanitarios. Tanto los sistemas organizativos basados en una integración jerárquica como las redes basadas en una integración virtual, a través de contratos y acuerdos, obtienen resultados semejantes y ambos parecen evolucionar hacia una hibridación de sus estructuras organizativas en las que cada vez hay mayor coordinación jerárquica en las redes y mayor uso de acuerdos y contratos en los sistemas jerárquicos. En este contexto, un elemento clave para el futuro será evaluar el papel que están llamados a desempeñar los equipos de salud y la aplicación de los instrumentos de gestión clínica, con vistas al proceso de transformación de una atención sanitaria cada vez más orientada a los enfermos crónicos. Es importante destacar el papel que puede tener la política de incentivos para impulsar la integración entre niveles.

Solamente bajo estos supuestos es posible dar una respuesta de calidad, satisfactoria para los pacientes, especialmente a los que padecen varias enfermedades crónicas, y con posibilidades de ser asumible en costes por el sistema sanitario. La complejidad de estos pacientes exige pasar de la Gestión de la Enfermedad (“*Disease Management*”) a la Gestión del Caso (*Case Management*) con un plan individualizado, basado en la mejor evidencia de práctica clínica, la coordinación de los recursos asistenciales y el seguimiento del plan terapéutico. Sin renunciar a la gestión de los procesos y enfermedades agudas, la adecuación de los servicios sanitarios a la nueva realidad de la cronicidad debe suponer un importante proceso de cambio que pase por una adecuada dirección estratégica por parte de los órganos gestores, así como por una implicación de todos los profesionales del sistema sanitario.

Recomendaciones para la mejora organizativa del sistema sanitario

A continuación, se exponen las principales líneas de actuación que se proponen para lograr un sistema sanitario sostenible que se adapte mejor a las necesidades actuales y de futuro:

A. Situar al paciente como centro de todo: tratar al paciente, no a la enfermedad.

B. Integrar los distintos aspectos que intervienen en la mejora de la salud del paciente:

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

C. Aplicar los avances de la medicina personalizada:

- Comenzando desde las fases centradas en la prevención.
- Fomentando un diagnóstico precoz.
- Ofreciendo el tratamiento más adecuado para el paciente.

D. Corresponsabilizar a los distintos profesionales sanitarios y no sanitarios en los resultados globales en salud y en la sostenibilidad del sistema siguiendo una gestión más empresarial:

- Rediseño de los roles de los profesionales sanitarios.
- Adecuación de las políticas de recursos humanos para motivar las buenas prácticas.

E. Crear un sistema orientado al paciente crónico, no sólo al paciente agudo:

- Incrementando la atención domiciliaria, la telemedicina, la atención sociosanitaria, etc.
- Creando dispositivos de diagnóstico rápido sin hospitalización (hospitales de día).
- Incrementando el número de camas en centros de media-larga estancia (centros de convalecencia).

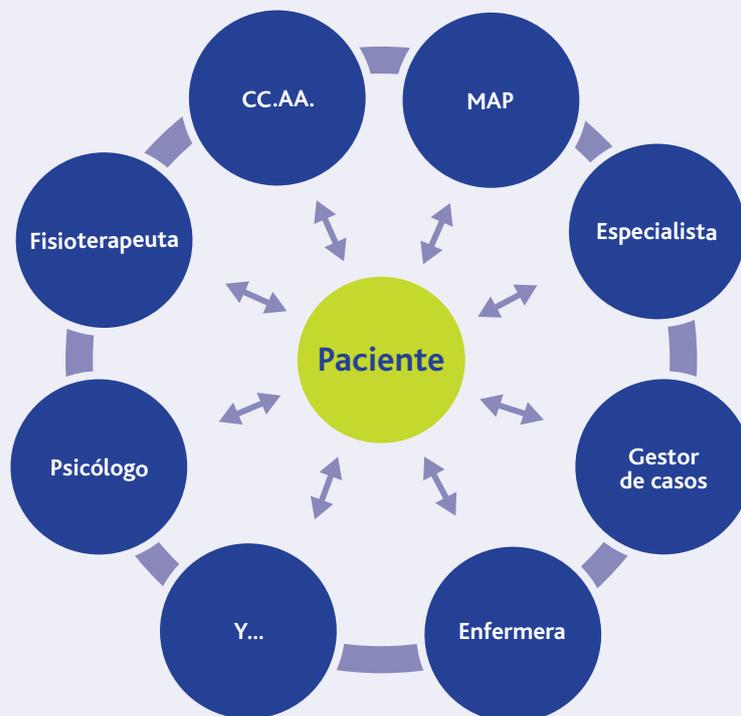
A. El paciente como eje del cambio

La frecuente existencia de varias condiciones crónicas en un mismo paciente hace que el proceso de morbilidad desborde, generalmente, la comprensión de un enfoque de órgano o sistema, haciendo necesaria la presencia de una asistencia integradora de alto nivel capaz de ordenar acciones clínicas necesarias. La estrategia de atención al paciente crónico pasa por un replanteamiento que incluye actuaciones como las siguientes:

- Evaluación individualizada y valoración integral de las necesidades médicas, de cuidados, funcionales y sociales del paciente, incluyendo, por ejemplo, la situación psicoafectiva del paciente, su contexto familiar con especial interés al cuidador principal, y su situación nutricional. Para todos los aspectos a considerar existen herramientas validadas en la literatura médica que han demostrado su utilidad como factores pronósticos de morbi-mortalidad, deterioro funcional y consumo de recursos. El Grupo de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI ha desarrollado el proyecto PROFUND (modelo PROnóstico y de predicción FUNCional Desarrollado para pacientes pluripatológicos en España) que ha desarrollado una herramienta con capacidad de predicción pronóstica aplicada a la población de pacientes pluripatológicos de nuestro estado.
- Una actuación más centrada en intervenciones preventivas y rehabilitadoras y no sólo en esfuerzos curativos para evitar la progresión de las enfermedades crónicas.
- Un tratamiento farmacológico integral que considere la adecuación, la adherencia y conciliación terapéutica en los diferentes entornos asistenciales.
- Una implicación activa del paciente y su entorno familiar en el seguimiento de los tratamientos (farmacológicos o no) y la aplicación de cuidados con 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 contribuyan a mejorar la salud del paciente, que eviten demoras que puedan afectar a la posibilidad de recibir el tratamiento adecuado al momento y que eviten el uso innecesario de recursos sanitarios.
- Desarrollar un sistema más eficiente en los procesos de transición del paciente, cuando éste pasa de un sistema asistencial a otro o regresa a su domicilio, para minimizar los riesgos asociados a estas

transiciones, ya que es cuando más vulnerable se encuentra frente a posibles recaídas. Una buena fórmula es a través de la creación de unidades de proceso integradas que agrupen a todos los profesionales implicados (hospital, primaria, sociosanitaria, etc.). Esto permite que el paciente siempre tenga una referencia y pueda llamar a un *contact center* (*customer care*) o al gestor de casos. El gestor de casos también puede hacer una gestión proactiva y llamar al paciente para ver cómo evoluciona o monitorizar al paciente en su casa para poder controlar si hay una señal de alarma avisando de que está empeorando. Es decir, toda una estructura alrededor del paciente para que quede protegido durante las transiciones y en cualquier momento que lo necesite.

Figura 16: Acciones para integrar los niveles asistenciales



Fuente: elaboración propia.

EL GESTOR DE CASOS

Hay que destacar aquí la importancia de la figura del **Gestor de Casos** para pacientes pluripatológicos, cuyo rol fundamental es el de estar presente y coordinar todo el proceso de contacto del paciente con el sistema. Este proceso incluye la captación y la sincronización de pruebas, y el establecimiento de una figura referente y transversal en la comunicación con el paciente, la familia y con el equipo asistencial, que sirva también de enlace con Atención Primaria.

Esta figura es el referente reconocible tanto por el equipo sanitario como por el paciente y su entorno, y ha de permitir optimizar los recursos que ofrecen los hospitales tanto para pacientes agudos como para pacientes crónicos / pluripatológicos, reduciendo así el gasto sanitario; gestionar la derivación de pacientes crónicos a hospitales de estancias intermedias u hospitales de crónicos; y, por último, aunque no menos importante, mejorar la calidad asistencial.

CASO DE BUENAS PRÁCTICAS

Título: La **Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE)** en el Plan de apoyo a las familias andaluzas (Junta de Andalucía con la publicación del Decreto 137/2002).

Objetivo: Establecer un conjunto de medidas, servicios y ayudas que se reflejan en un apoyo a la institución familiar desde una perspectiva global, incluyendo entre ellas, la figura de la Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE) como gestora de casos para proveer una asistencia sanitaria de alta calidad y coste-efectiva. Estas enfermeras tienen como misión que a los pacientes se les realice una valoración integral, acorde a sus necesidades y un plan asistencial global, donde se incluye la prevención.

Metodología: La ECE hace una valoración específica del paciente necesitado de atención domiciliaria y de su cuidadora principal. Se concentra en detectar, valorar e intervenir de forma precoz en problemas de salud y paliar los existentes, actuando en cooperación con el equipo de cuidadoras. La ECE presta apoyo a la cuidadora principal, de forma individual y grupal, e imparte talleres para la formación de las cuidadoras sobre cuidados básicos.

Algunos datos: El plan se inició en 2003 y, durante el primer año y medio, el número de valoraciones realizadas a la población diana ascendió a 43.783, de las cuales 22.341 fueron realizadas por las 96 ECE iniciales tan sólo en los doce primeros meses.

Fuente: elaboración propia (Plan de apoyo a las familias andaluzas. Junta de Andalucía con la publicación del Decreto 137/2002).

B. La integración entre niveles en prevención

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:⁶⁴

- **Integración entre profesionales (enfermería, medicina, farmacia, servicios sociales...)**

El abordaje de la cronicidad requiere fomentar el trabajo con equipos interdisciplinares formados por los diferentes profesionales de los servicios sanitarios y sociales implicados en la atención a estos pacientes, que garanticen la continuidad en los cuidados, con la máxima participación del paciente y de su entorno. La mejora de la organización en el sistema sanitario para responder al reto de la cronicidad no implica necesariamente un aumento de recursos, pero sí precisa la adaptación y la optimización en la utilización de los medios ya disponibles. Para ello, es necesario aumentar la responsabilidad de los gestores, los profesionales y de la población general. Además, es preciso conseguir un cambio de mentalidad de los profesionales; lograr su sensibilización sobre la necesidad de trabajar en equipo de forma eficaz, asumiendo la especificidad de cada una de las profesiones implicadas.

- **Dentro del propio centro (entre servicios, departamentos...)**

Una gestión clínica eficiente resulta fundamental para mejorar la calidad de la atención. La implantación de la gestión clínica supone una mayor autonomía de organización y gestión de servicios, repercute en la minimización de la variabilidad en la práctica clínica y promueve una mayor integración asistencial entre servicios intrahospitalarios y entre niveles asistenciales. Asimismo, la mayor autonomía en la organización y gestión de servicios está muy relacionada con la innovación, por lo que su implantación puede llevar a considerar modelos que puedan ser más efectivos y eficientes que los actuales y, por tanto, enriquecer la organización del sistema sanitario.

Por todo ello, se propone impulsar la implantación de Unidades de Gestión Clínica por parte de los Servicios Regionales de Salud, enmarcadas en la dirección por objetivos y según los resultados de las experiencias implantadas.

- **Entre niveles asistenciales (primaria y especializada)**

Como se ha visto hasta ahora, es necesaria una nueva organización sanitaria para una gestión más eficiente de los recursos, orientada a otorgar un papel preponderante a la atención primaria en la atención de los pacientes crónicos; una reorganización hospitalaria que se adapte a las necesidades de atención de estos procesos (actualmente suponen el 60% de los ingresos hospitalarios) y a una mayor integración asistencial entre ambos niveles de atención.⁶⁵

64. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística (2013). Presentación de la encuesta nacional de salud: ENSE 2011-2012. Madrid: Autor. [en línea] 2013 [Consulta octubre 2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/PresentacionENSE2012.pdf>

65. 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>

La herramienta utilizada en los últimos veinte años en ambos niveles asistenciales ha sido la gestión contractual, la cual no ha dado respuesta a la continuidad y coordinación entre niveles y unidades asistenciales. La experiencia ha demostrado que los procesos contractuales tienen puntos fuertes como la implicación de los profesionales con los objetivos y estrategias de la organización sanitaria, la corresponsabilidad y participación en la gestión de los recursos, la evaluación de los compromisos y la incentivación ligada a esta evaluación. Sin embargo, entre sus debilidades destacan la inexistencia de objetivos asistenciales comunes a ambos niveles, la inadecuada evaluación, la dificultad de establecer objetivos individuales de cara a la incentivación y la escasa compensación por la consecución de los objetivos pactados, además de la falta de adecuación de los compromisos a las necesidades actuales debidas a la creciente cronicidad.

La falta de objetivos comunes repercute de forma relevante en la atención a pacientes crónicos que son atendidos varias veces a lo largo del año, tanto en sus centros de salud como por diferentes médicos especialistas en los hospitales y sus centros de especialidades, multiplicando (muchas veces sin justificación) exploraciones y pruebas complementarias, y sin integrar la información clínica generada. En el ámbito de la medicación, cada médico indica sus prescripciones, con lo que este tipo de paciente puede acabar consumiendo tantos medicamentos, que, en algunos casos, incluso los desconoce su propio médico de familia, con los posibles riesgos que ello conlleva.

La modernización y adecuación de las estructuras organizativas sanitarias es imprescindible para dar respuesta a las necesidades de los enfermos crónicos, evolucionando a modelos de integración asistencial, ya sea horizontal mediante la gestión por procesos asistenciales, o vertical con integración estructural.

Desde el punto de vista de la estrategia de crónicos, la Cartera de Servicios comunes del SNS debería revisarse y actualizarse con un enfoque que integre la promoción de la salud, la prevención de factores o conductas de riesgo y una atención orientada a los niveles de la estratificación de la cronicidad. Además, deberían establecerse criterios de derivación entre niveles asistenciales en función de la complejidad de los procesos. Igualmente, deberían ponerse a disposición de los profesionales sanitarios guías clínicas basadas en la evidencia, que aborden de forma integrada la atención al paciente crónico.⁶⁶

66. 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>

CASO DE BUENAS PRÁCTICAS

Título: Unidades de Procesos del **SERGAS (Servizo Galego de Saúde)**.

Objetivo: Considerando que la asistencia es un proceso horizontal, sin rupturas, hacer desaparecer las barreras entre niveles asistenciales. Para conseguir esta gestión integrada, el SERGAS se plantea los siguientes puntos:

1. Centrar la atención en el paciente con la implicación de todos los profesionales en la toma de decisiones mediante el uso de la gestión clínica y la gestión por procesos, pensando en una organización horizontal.
2. Garantizar la equidad, accesibilidad, continuidad, calidad y seguridad de la atención, priorizándolos según los criterios clínicos.
3. Minimizar la variabilidad clínica y eliminar la duplicidad de procedimientos y recomendaciones contenidas en las guías y protocolos.
4. Utilizar los recursos de forma eficiente, promocionando el trabajo en equipo y la implicación de los profesionales en la gestión.

Metodología: Dentro de las estrategias de 2014, promover la definición de una propuesta de actuación interdisciplinaria y coordinada de los diferentes ámbitos o niveles para garantizar la continuidad asistencial, la calidad y la eficiencia. Los profesionales de la estructura organizativa de gestión integrada serán responsables de la gestión unitaria de todos los recursos de su ámbito y de las prestaciones y programas que se desarrollen, quedando adscritas a éstas la totalidad de dispositivos y recursos sanitarios y socio-sanitarios en función del mapa sanitario vigente.

Fuente: elaboración propia (basada en Estrategias del 2014 del Servizo Galego de Saúde).

• Entre sectores (sanitario, social, económico...)

Es necesario pensar en un modelo de atención integrada en el que la coordinación entre niveles asistenciales y entre servicios sanitarios y sociales es imprescindible. Este nuevo modelo debe permitir adaptar los dispositivos asistenciales actuales a las necesidades de estos pacientes. La familia o los cuidadores informales cobran un papel relevante y éstos y los cuidadores profesionalizados deben ser parte de los intervinientes en el proceso de atención del paciente crónico. Un modelo donde el profesional "individual" no es suficiente y el *curar* no es el objetivo prioritario, porque eso ya no es siempre posible, y sí empieza a serlo el cuidar, mantener, apoyar y mejorar la calidad de vida de pacientes y cuidadores (especialmente la del cuidador principal), con el fin de añadir años a la vida, vida a los años y calidad a los años de vida.

Para lograrlo, es necesaria la participación e implicación de pacientes y cuidadores en los procesos que les afectan:

- Servicios Sociales.
- Asociaciones de pacientes.
- Asociaciones y servicios comunitarios (asociaciones de vecinos, voluntariado, industrias, entre otros).
- Otras administraciones: ayuntamientos, diputaciones y educación.
- Empresas.
- Medios de comunicación social.

El establecimiento de alianzas con estos grupos tendría como objetivo común potenciar la promoción de la salud a nivel individual y poblacional y la prevención de las enfermedades más prevalentes.

CASO DE BUENAS PRÁCTICAS

Título: Salud y Trabajo (*Fit For Work*).

Objetivo: Desde 2009, la Fundación Ramón Areces, en colaboración con la Fundación Abbott, desarrolla en España *Fit For Work*: un proyecto que busca analizar el impacto socioeconómico de la artritis reumatoide y el dolor lumbar, así como en articulaciones, músculos y tendones.

Metodología: Estudiar el impacto laboral de las enfermedades reumáticas y establecer las vías para contribuir a la mejora de la productividad y la calidad de vida de los pacientes. Este proyecto está dirigido a nivel europeo por *The Work Foundation*, una organización británica sin ánimo de lucro dedicada al estudio de las condiciones laborales.

Fuente: elaboración propia.

• Entre territorios (CC.AA., países de la UE...)

Como se ha indicado previamente, en España existen 17 sistemas de salud autonómicos diferentes con sus respectivas políticas sanitarias y sistemas de información. Para fomentar una atención al ciudadano más equitativa se propone:

- Dotar al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, u organismo similar, de poder ejecutivo para promover las acciones que impliquen unificar criterios y servicios para los pacientes dentro del territorio nacional.
- Establecer vías de intercambio de información para facilitar la mejor atención al ciudadano y evitar duplicidades.
- Encontrar la vía para que el hecho de compartir recursos no vaya en detrimento ni del ciudadano ni de ninguna comunidad autónoma en concreto.

Por otro lado, dado que España es parte de la Unión Europea, dispone de mecanismos de asistencia sanitaria global. Entre ellos:

- La Tarjeta Sanitaria Europea (TSE) acredita el derecho a recibir las prestaciones sanitarias que resulten necesarias, desde un punto de vista médico, durante su estancia temporal por motivos de trabajo, estudios o turismo en el territorio de la UE, del Espacio Económico Europeo y de Suiza, teniendo en cuenta la naturaleza de las prestaciones y la duración de la estancia, y de acuerdo con la legislación del país de estancia.
- La Directiva Europea de Asistencia Sanitaria Transfronteriza, 2011/24/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, que regula el derecho de los ciudadanos europeos a elegir ser atendidos en otro país distinto al de origen. En virtud de esta directiva, los pacientes de los países de la Unión Europea podrán acudir a un país distinto al suyo para recibir asistencia sanitaria. Por estos motivos, se debería poder encontrar la forma de integrar también la información entre los distintos

sistemas sanitarios de los Estados miembros de la UE con el fin de poder ofrecer una mejor atención y evitar la utilización innecesaria de recursos sanitarios.

C. 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.⁶⁷

LAS 4P DE LA MEDICINA PERSONALIZADA

El paciente es un ser individual y, por tanto, sus **tratamientos deben ser específicos** y adecuados a su realidad y sus necesidades. En este sentido, ha sido determinante el progreso **de los estudios genéticos** de la última década.

Medicina personalizada (las 4P):

- **Personalizada**, basada en unas nociones previas individuales.
- **Predictiva**, identificando en qué condiciones un paciente pudiera adquirir una determinada enfermedad y qué tratamiento utilizar para paliarla.
- **Preventiva**, cambiando la dinámica de curar por la de prevenir.
- **Participativa**, con los pacientes al corriente de su situación y capacitados para participar en la toma de decisiones.⁶⁸

• ¿Qué implica la medicina personalizada?

- **Fomentar estrategias de estratificación en prevención.** Determinadas enfermedades pueden ser combatidas con muchas más garantías de éxito aplicando estrategias de cribado selectivo en aquellas franjas de población más susceptibles de padecerlas. Es decir, con los avances de la medicina personalizada, se podría detectar qué grupo de ciudadanos tienen un riesgo por encima de la media de sufrir una enfermedad concreta en el futuro y aplicar las acciones preventivas para evitarla.

67. 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>

68. Hood, L.; Galas, d: (2009). “Systems biology and emerging technologies will catalyze the transition from reactive medicine to predictive, personalized, preventive and participatory (P4) medicine”. IBC, 1(2), pág. 6, 1-4. [Consulta julio 2013] Disponible en http://www.ibc7.org/article/journal_v.php?sid=43

CASO DE BUENAS PRÁCTICAS

Título: El Institut Català d'Oncologia (ICO) inició en el año 2000, de forma pionera en todo el Estado, un programa piloto de detección precoz de cáncer de colon y recto en L'Hospitalet (Barcelona).

Objetivo: Realizar un cribado para detectar el cáncer en sus fases iniciales, antes de que se presenten sus síntomas, con el fin de detectar lesiones que podrían convertirse en un cáncer, de no tratarse a tiempo.

Metodología: El ICO envió una carta a todos los vecinos de L'Hospitalet con edades comprendidas entre los 50 y los 69 años de edad, invitándolos a participar en una primera prueba piloto. Dicha prueba consistía en tomar una muestra de heces, que se pueden recoger de manera fácil en casa, siguiendo una hoja de instrucciones que acompañaba a la carta. La muestra se debía llevar a una de las farmacias colaboradoras con el programa y una vez analizada, se enviaba el resultado por correo a casa.

Algunos datos: Este programa piloto obtuvo un 17,2% de participación en primera ronda. Ampliándose a otras zonas, en 2011 se llegó al 53,6% de participación entre la población de referencia de las Áreas Básicas de Salud de La Verneda, en Barcelona.

Fuente: elaboración propia (basada en datos de la Generalitat de Catalunya).

- **Fomentar el diagnóstico precoz mediante la detección clínica selectiva entre la población y sus factores de riesgo, favoreciendo una temprana intervención y evitando casos.** Los avances en la genómica están ayudando a los médicos a identificar los factores de riesgo, lo que a su vez les ayuda a identificar a los grupos vulnerables de la población. Varios métodos de detección y dispositivos de diagnóstico se utilizan para identificar individuos de riesgo o que muestran signos tempranos de la enfermedad. La identificación de factores de riesgo y/o marcadores biológicos de cualquier proteína o de otra sustancia en la sangre, cuya concentración puede indicar la presencia o la futura aparición de una enfermedad, proporciona un poderoso incentivo para que los pacientes y los médicos puedan tomar nuevas medidas para prevenir la aparición de la enfermedad o retardar su progreso.⁶⁹
- **Encontrar el mejor tratamiento para cada paciente.** Este tipo de medicina se caracteriza por realizar una prescripción “dirigida”, basada en grupos de población que, según su perfil genético y químico, tendrán mayor o menor probabilidad de responder al tratamiento.

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.

69. The Economist Intelligence Unit -Sponsored by Abbot (2012). Never too early. Tackling chronic disease to extend healthy life years. London: Autor. [en línea] 2012 [Consulta abril 2013] Disponible en: <http://digitalresearch.eiu.com/extending-healthy-life-years/report>

Figura 17: ¿Qué implica la medicina personalizada?



D. La corresponsabilización de los profesionales siguiendo un modelo coste-eficaz

El sistema sanitario debería permitir aplicar, sin menoscabo de su finalidad fundamental, las técnicas modernas de gestión empresarial que conllevan agilización de los trámites, definición de responsabilidades y delegación de autoridad. Aunque el sistema sanitario no pretende ningún beneficio económico, debe sentir, como cualquier compañía mercantil, la preocupación por los “niveles de servicio, la calidad del producto, el cumplimiento de los presupuestos, la reducción de costes, la productividad, la motivación y la retribución del personal, la investigación y el desarrollo, y, a largo plazo, “la viabilidad de la empresa” (Informe Griffith, 1983).

De igual forma, los distintos profesionales han de asumir su corresponsabilidad para garantizar la sostenibilidad del sistema mejorando la calidad de la atención sanitaria a través del uso apropiado –ajustado al mejor conocimiento disponible–, seguro y proporcionado de los servicios y tecnologías sanitarias, en particular, de los medicamentos.

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.**

El proceso de adaptación de las organizaciones sanitarias a las necesidades de los pacientes comporta modificar las competencias de muchos profesionales. Resulta sorprendente como, en la actualidad, entre sistemas de salud aparentemente similares, puede haber grandes diferencias en cuanto a los roles de distintos profesionales. La búsqueda de un modelo de atención integrada obliga a redefinir los roles de los protagonistas tradicionales de la atención sanitaria y a definir nuevos perfiles profesionales modificando o ampliando sus competencias.

En este sentido, cabe trabajar en el concepto de *anticipación*. Es decir, una mejor protocolarización de los algoritmos para la toma de decisiones a partir de un trabajo de análisis previo por parte de los expertos en cada campo. Esta metodología no sólo permitirá anticipar y tener preparadas respuestas, sino que estas decisiones serán más fáciles y seguras de tomar. Si se estandarizan los procesos a seguir en determinados casos, y las decisiones que se han de ir tomando a lo largo de los mismos, cualquier profesional, siguiendo este protocolo, llegará a las mismas conclusiones ante casos similares. Se podrían estandarizar así determinadas decisiones y delegarlas en profesionales que, sin estos protocolos cerrados y seguros, quizás no tendrían la experiencia o el nivel de conocimiento necesario para tomarlas. De este modo, los médicos podrían delegar las actuaciones menos complejas y más rutinarias en enfermeras y éstas, a su vez, en otro tipo de auxiliares médicos de menor capacitación. Esto permitiría que cada profesional pudiera estar realizando siempre aquellas tareas para las que está mejor cualificado y para las que se requiere específicamente su *expertise*, y el sistema en su conjunto funcionaría de una forma mucho más eficiente y fluida.

Para el desarrollo de esta metodología resulta esencial el uso de las TIC y la creación de un gran banco de información creado y actualizado permanentemente con la experiencia compartida de miles de profesionales. Un gran banco de conocimiento confrontado con los patrones estadísticos sustentados por el algoritmo de Markow, y disponible para todos los profesionales las 24 horas del día, tal como se explica con más detalle en el capítulo 5.

En este contexto, hay que remarcar la necesidad de potenciar el protagonismo de los profesionales de enfermería, así como de otros perfiles de profesionales sociosanitarios, en la atención específica a este tipo de pacientes tanto por su perfil de desempeño de tareas y su cercanía a los pacientes y sus familias, como por la evidencia de beneficios en ciertas intervenciones. Durante los últimos años el papel de la enfermería y de estos otros profesionales sociosanitarios está siendo sometido a una profunda revisión. El nuevo escenario que se nos dibuja para las próximas décadas, con un progresivo incremento de las enfermedades crónicas, determina que, cada vez más, el valor “curación” vaya dejando paso al valor “cuidados”. En la adecuada prestación y coordinación de cuidados, el protagonismo de estos profesionales es algo incuestionable. Por ello resulta evidente, cada vez más, la necesidad de dotar de mayores responsabilidades asistenciales a la enfermería y los demás perfiles de profesionales sociosanitarios.

- **Crear un sistema que motive al profesional para desarrollar buenas prácticas en prevención y que contribuya a la sostenibilidad del sistema sanitario.**

Un sistema de reconocimiento profesional e incentivos ligado a la consecución de objetivos priorizados por la organización. Estos objetivos deben tener un abordaje amplio y basarse no sólo en la consecución de retos individuales, sino en el logro de mejoras para la salud de la población que impliquen a otros profesionales, otros servicios, otros niveles asistenciales e incluso otros sectores como el social o el económico. Es decir, que se complementen los incentivos individuales con los objetivos alcanzados en la gestión clínica, que afecte a todo el centro/área sanitaria.

CASO DE BUENAS PRÁCTICAS

Título: El proyecto de Gestión Autónoma Profesional Incentivada (GAPI).

Objetivo: Proyecto puesto en marcha por el CAP Les Corts (Barcelona) con el objetivo de mejorar la eficiencia y los resultados en salud mediante una mejora en la gestión del centro.

Metodología: Implantación de un nuevo modelo de gestión del centro más autónomo, dirigido a estimular la capacidad de gestión y de innovación de los profesionales; a mejorar y recuperar habilidades, actitudes y aptitudes profesionales; a potenciar el liderazgo clínico y a personalizar el servicio al ciudadano.

Las bases de la autogestión promovida por GAPI son las siguientes:

- Desarrollo de un nuevo concepto de profesionalismo: que sea el mismo profesional quien tome las decisiones relacionadas con la gestión de sus funciones.
- La recuperación entre los profesionales sanitarios de la satisfacción por el trabajo realizado y una mayor recompensa por mejoras asistenciales y de gestión.
- La mejora de la relación sanitario-usuario: el nuevo modelo propugna una menor dedicación a tareas burocráticas, al mismo tiempo que aumenta la comunicación y la atención al usuario.
- Una mayor capacidad de decisión del profesional sobre cómo enfocar su trabajo de cara a los usuarios.
- Incremento de la eficiencia del servicio prestado en los aspectos asistenciales y de consumo de recursos sanitarios.
- La mejora de la satisfacción de los profesionales y los usuarios: una mayor motivación y compromiso del profesional redundan en una mejor acción y calidad en la atención percibida por los usuarios.
- La incentivación y potenciación de la capacidad de innovación y excelencia de los profesionales.
- La potenciación del trabajo en equipo y el abordaje multidisciplinar de los problemas de salud y sociales de los usuarios.
- La potenciación de nuevos roles profesionales. La mejora de los resultados de salud de la población atendida por el CAP, entendida como condición indispensable para poder aplicar un modelo de autogestión.

Los resultados avalan el proyecto

Algunos datos. Los resultados de la implantación del proyecto GAPI en los tres primeros años (de 2008 a 2011) han sido bastante positivos y ha sido galardonado con diferentes premios y publicaciones.

Resumen de los resultados: en **actividad asistencial**, ha habido una disminución del 27,7% de las visitas presenciales (de 101.300 a 73.244), ha aumentado la atención no presencial (telefónica, nuevas tecnologías) un 652,7% (de 2.289 visitas a 17.230) con similar población atendida (de 23.935 personas en 2008 y de 23.423 en 2011). También ha habido una reducción en la **demora de visita**, de 5,8 días a 1,4 días de media (lo que representa -4,4 días). En cuanto a las **pruebas**, ha disminuido el gasto en analíticas en un 69,3% (258.589€); se han llevado a cabo un 28,4% menos de radiografías convencionales; un 33,8% menos de ecografías realizadas y un 29,8% menos de radiografías convencionales + ecografías.

El gasto en otras pruebas de imagen (ecografías, TAC, RNM, gammagrafías, ecocardiogramas) ha sido un 76,6% menor (79.630€), mientras que el gasto en endoscopias digestivas también ha disminuido en un 12,2% (5.845€).

En cuanto a **indicadores de farmacia**, se muestra un descenso del 9,5% del gasto farmacéutico, sobre todo durante el 2011; un aumento del 33,6% en la prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas, que pasa del 37,2% a 49,7%; una disminución de un 72,1% en la prescripción de novedades terapéuticas con escaso valor añadido (de un 2,26% al 0,63%), y un aumento del 1,2% del valor intrínseco farmacológico (92,8% al 93,9%).

A nivel de **indicadores de salud** de 2011, evaluados por el Servei Català de la Salut, el CAP Les Corts ha conseguido 97,5% sobre 100, demostrando así no disminuir la calidad clínica y la de salud de sus pacientes.⁶⁹

Fuente: elaboración propia (basada en datos de la Generalitat de Catalunya).

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

El modelo actual de asistencia, basado en repetidas visitas a la consulta médica y, en muchos casos, con la necesidad de pasar por varios especialistas y dispositivos asistenciales, es insostenible aparte de incómodo y poco efectivo. Primero, porque es un sistema excesivamente caro que exige una alta dedicación de tiempo por parte de los profesionales y consumo de recursos. Y, segundo, porque no permite dar una respuesta adecuada a las patologías crónicas, que son las predominantes,⁷¹ al centrarse en las agudizaciones de estos pacientes crónicos y no en todo su proceso de cronicidad. Esto no quiere decir que se tenga que erradicar el modelo enfocado al paciente agudo, sino que se ha de mejorar la estructura actual para

70. Centros de Atención Primaria de Les Corts, Comte Borrell y Casanova (página web) [Consulta febrero 2014]. Disponible en: http://www.capcasanova.cat/es_noticies/102/el-proyecto-gapi-obtiene-el-premio-a-mejor-capsula-de-innovacion-en-el-mihealth-forum

71. 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>

adaptarla al incremento de la cronicidad que ya se está registrando y poder gestionar al paciente agudo y al crónico en función de las características y necesidades de cada uno. Por ejemplo, los enfermos crónicos en muchos casos no requerirán de tanta tecnología como los agudos en sus tratamientos, pero sí, de una asistencia y unos cuidados más prolongados. Por ello, se propone:

- **Incrementar la atención domiciliaria, la telemedicina, la atención sociosanitaria, etc.** Se trata de crear instrumentos que ayuden en la consecución de los objetivos principales de la atención al paciente crónico: no tener que hospitalizar al paciente sin que realmente sea necesario porque ya recibe una asistencia adecuada en su propio domicilio, y facilitar el contacto del paciente con su unidad de procesos y con su entorno.

CASO DE BUENAS PRÁCTICAS

Título: Proyecto TeKi.

Objetivo: Dentro de la estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi, se desarrolla un proyecto para una mayor comunicación paciente crónico - médico y para un mejor cuidado de aquel en su hogar.

Metodología: Proyecto de tele-monitorización de pacientes crónicos basado en la tecnología Kinect de Microsoft. Ofrece un espacio de comunicación natural en el que el paciente interactúa con su médico simplemente con ubicarse frente a su televisor. El objetivo principal de TEKI es mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos proporcionándoles una herramienta para controlar su condición clínica.

Algunos datos: En mayo de 2012 se comenzó un pilotaje con pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

- **Diseñar dispositivos de diagnóstico rápido sin hospitalización.** Se trata de diseñar protocolos (por ejemplo, unificando la realización de pruebas diagnósticas) para potenciar el concepto de “hospital de día”; es decir, que no sea necesario ingresar al paciente para obtener un diagnóstico.
- **Crear un mayor número de camas de hospitales de media y larga estancia.** La sanidad española ocupa los últimos puestos en Europa en relación al número de camas para el perfil de paciente crónico de media y larga estancia, por lo que esta demanda se está cubriendo desde los hospitales de pacientes agudos cuyo coste cama/día es muy superior. Además, existen grandes diferencias entre CC.AA. en este sentido, y no se cuenta con ningún plan sobre cómo hay que reestructurar la oferta hospitalaria a nivel nacional para adecuarla al incremento de la cronicidad que ya se está registrando. Por todo ello, urge un plan a nivel estatal que determine una serie de aspectos como cuáles han de ser las relaciones con los hospitales de agudos, el modelo de financiación, los estándares que han de tener este tipo de camas o el tipo de colaboración público-privada que se puede establecer para llevar a cabo este plan nacional.⁷²

72. Ibídem.

CASO DE BUENAS PRÁCTICAS

Título: Hospitales de subagudos.⁷³

Objetivo: El Sistema de Salud Vasco plantea 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.

Metodología: Desarrollo de un hospital estrechamente conectado con la comunidad, con la Atención Primaria y el resto de recursos sanitarios y sociosanitarios.

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.
- Evitar el desplazamiento de los pacientes para visitar a sus diferentes especialistas facilitando un único profesional que le atienda de forma integral y que consulte con los demás 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.

¿Qué beneficios se obtienen?

Con la implementación de todas estas medidas se conseguirá un auténtico cambio de paradigma basado en una vigilancia constante y global, que tendrá como resultado una auténtica prevención activa. Es decir, la creación de una estructura organizativa mejorada, que permita una atención óptima y una racionalización de los recursos disponibles.

Los beneficios que se obtienen con esta nueva visión global de la organización de la sanidad española son múltiples y de capital importancia, pero se podrían resumir en 6 puntos:

- La creación de una estructura organizativa mejorada que permita una atención óptima a los pacientes tanto crónicos como agudos.

73. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo de Sanidad y Consumo. País Vasco: transformando el Sistema de Salud 2009-2012 Gasteiz: Autor [Consulta febrero 2014] Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-skprin01/es/contenidos/informacion/principios_programaticos/es_sanidad/adjuntos/transformando_sistema_salud.pdf

- Una vigilancia constante y global, para que los principales agentes implicados puedan avanzarse a las transformaciones sanitarias que va a provocar el progresivo envejecimiento de la población.
- Fomentar un modelo de prevención activa que no sólo evite el desarrollo de la enfermedad sino que también evite su aparición.
- Como consecuencia de todos estos beneficios, se conseguirá también una racionalización de los recursos disponibles.
- Otro factor importante a tener cuenta es que cada vez se presta una mayor atención a la denominada *medicina personalizada*. Es decir, analizar a cada paciente como un individuo con unas patologías y unos factores de riesgo, en parte condicionadas genéticamente, y tratarlos en su conjunto, en lugar de tratar sus enfermedades por separado. Por lo tanto, a partir de unos factores de riesgo, se trata de prevenir antes de que aparezcan estas enfermedades, alcanzar un diagnóstico precoz, y aplicar un tratamiento precoz de las descompensaciones precoces.

Antecedentes: ¿por qué existe la necesidad de establecer un modelo económico para la prevención?

En la actualidad, la mayor parte de los fondos destinados a la partida de sanidad se emplean en el tratamiento de las enfermedades tanto crónicas como agudas. Comparativamente, los recursos para la prevención son mínimos y reservados, principalmente, a la prevención primaria. Sin embargo, huelga decir que, sin la dedicación de los recursos suficientes, esa profunda transformación del sistema de salud por la que se aboga en este informe, nunca se podrá llevar a la práctica. Resulta primordial, por lo tanto, establecer las directrices de un modelo económico capaz de sustentar de una manera práctica y sostenible ese nuevo sistema sanitario orientado hacia la prevención.

Hasta ahora la prevención se ha entendido más como un coste que como un beneficio. Como se ha explicado en capítulos anteriores, esto es debido a que sus resultados se obtienen en el largo plazo y no resultaba fácil establecer un sistema eficaz que permitiese medir estos beneficios con una exactitud incuestionable. En consecuencia, los poderes políticos que han de promover estos planes carecían de los argumentos que justificasen unas inversiones de tanta envergadura como las que requieren las políticas de sanidad basadas en la prevención. Otro factor a tener en cuenta es que ese largo plazo que necesita la prevención para demostrar el impacto global de sus beneficios directos e indirectos no suele permitir que un gobierno en concreto pueda atribuirse su mérito y obtener así el correspondiente rédito electoral.

En el contexto de la crisis actual, el modelo económico de la sanidad española ha acentuado más que nunca esta visión cortoplacista y centrada en el ahorro directo por medio de los recortes. Sin embargo, como se ha visto en el capítulo anterior, con una adecuada medición de los resultados de la prevención se podría comprobar que el ahorro total que se consigue en costes directos e indirectos (al evitarse ingresos hospitalarios, bajas laborales, etc.) es lo más rentable y sostenible a largo plazo. De hecho, el nuevo modelo económico para la prevención es la vía para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario frente al cambio de paradigma al que tendrá que adaptarse la sanidad española.

A la hora de definir este modelo económico de la prevención, además de la propia inversión destinada al cambio del sistema y a los planes destinados a su consecución, habrá que tener en cuenta otros aspectos que también tendrán que optimizarse. Por ejemplo, establecer una política clara de reconocimiento e incentivación de las buenas prácticas en todas las escalas profesionales del sector sanitario, empezando desde la base. Hoy en día, los incentivos a los profesionales sanitarios están basados en resultados de la actividad desarrollada sin considerar la prevención como parte de esta actividad. Esto hace que los profesionales que dedican tiempo a promover estas prácticas no vean recompensado ese sobreesfuerzo, con lo que existe

también la necesidad de alinear la política de incentivos con el fomento de la prevención. Además, en esta valoración del trabajo de cada profesional tampoco se considera la voz del paciente, por lo que habría que encontrar la mejor manera de incluir su opinión a la hora de incentivar a estos profesionales.

Para empezar a solucionar esta cuestión en concreto, habría que impulsar una política de incentivos basados en los resultados obtenidos en la recuperación y el estado de salud de los pacientes, de manera que se integrara a todos los profesionales del sector sanitario en unidades de trabajo reconocidas por su labor conjunta en la gestión de cada caso tratado satisfactoriamente y se les gratificara en función de su responsabilidad y escala salarial.

Objetivos que se han de cumplir para establecer un modelo económico para la prevención

Los objetivos que se han de cumplir para definir y establecer las pautas que regulen un modelo económico para la prevención son cinco, principalmente.

En primer lugar, tal y como se ha explicado en el capítulo anterior, se debe establecer un sistema para medir el impacto de la prevención y **empezar a evaluar sus efectos en términos de coste-efectividad**.⁷⁴ Es decir, a diferencia del mundo de los negocios, en el que los resultados se miden en función de la relación coste-beneficios (obtener los mejores resultados posibles con la mínima inversión necesaria), en el sector de la Sanidad toda inversión se ha de valorar en función de la relación coste-efectividad, entendiendo por *efectividad* los beneficios conseguidos en la salud y la calidad de vida de los ciudadanos.

Por lo tanto, sabiendo los costes actuales de un sistema donde no se prima la prevención, la comparativa entre la inversión efectuada en prevención y los consiguientes resultados que se obtengan en salud y calidad de vida son los que permitirán efectuar una primera valoración de sus efectos en términos de coste-efectividad.

En definitiva, la medición de la prevención en términos de coste-efectividad se ha de realizar a partir de una metodología muy bien definida para recoger información de forma sistemática y a largo plazo, de manera que permita calcular tanto el ahorro económico como otros beneficios en la mejora de la calidad de vida y de la salud de los ciudadanos. Este ahorro y estos beneficios se han de ponderar, finalmente, en función de la inversión efectuada y de su impacto global en el conjunto de la sociedad. En estas mediciones se deberá ponderar y apuntar también el impacto final que tienen **las acciones relacionadas con la prevención en los presupuestos generales del Estado**: por ejemplo, en reducción de bajas laborales, de consumo de fármacos y de demanda de recursos sanitarios.

74. 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>

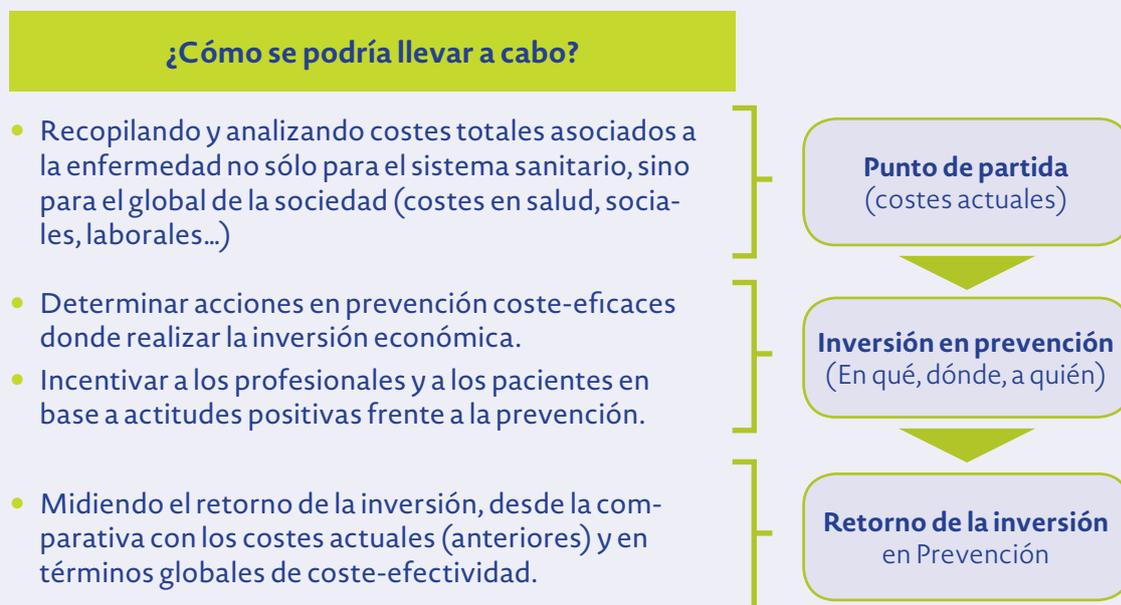
A continuación, y en función de los datos obtenidos, hay que **promover un cambio en los sistemas de retribución** de los profesionales sanitarios. En esta misma línea, también se debería **evaluar cualitativa y subjetivamente el servicio desde el punto de vista del paciente**, con el fin de vincular su valoración a una parte de los incentivos en términos de efectividad.

Por último, **habría que valorar si todas las actividades de prevención deben estar incluidas únicamente en la cartera del sistema español de Salud**, ya que el alcance de las mismas afecta a otros ministerios tanto a nivel de actuación (p. ej., las clases sobre dietas y hábitos saludables que se den en las escuelas, corresponderían al Ministerio de Educación) como de los beneficios conseguidos. Por ejemplo, el ahorro conseguido en reducción de bajas laborales repercute favorablemente en las cuentas de otros ministerios y en la buena marcha de la economía del país en general. Por lo tanto, habría que distribuir una parte del gasto presupuestario destinado a la prevención que se dediquen a impulsarla y hacerlo de forma proporcional a sus esfuerzos en este sentido.

Recomendaciones para establecer un modelo económico de la prevención

A partir de los objetivos señalados en el punto anterior, existen cuatro líneas estratégicas clave para poder establecer este nuevo modelo económico para la prevención, según se puede ver en la siguiente figura.

Figura 18: Líneas estratégicas para poder establecer el modelo económico para la prevención



Fuente: elaboración propia.

El punto de partida ha de ser la **recopilación y el análisis de los costes totales actuales asociados a la enfermedad**, no sólo para el sistema sanitario, sino para el global de la sociedad (costes en salud, sociales, laborales, etc.). En otras palabras, la medición de los costes que supone hoy en día el tratamiento de cada paciente, sobre todo los que sufren enfermedades crónicas en cualquiera de sus facetas.

Una vez calculados estos costes, se procedería a efectuar las siguientes actuaciones: por un lado, **determinar el tipo de inversión económica a realizar (en qué tipo de acciones, destinadas a qué tipo de público y en qué zonas)**, a partir de la ponderación de su coste-eficacia; y por otro lado, a nivel interno, establecer **cómo se puede incentivar a los profesionales** relacionados con la prevención para que se involucren y se sientan plenamente partícipes de estos planes de fomento de la prevención, independientemente de si son del sector sanitario o de cualquier otro campo, como pueden ser asistentes sociales, cuidadores, etc.

Un ejemplo de buenas prácticas, que se lleva a cabo en algunas zonas del país en este sentido, es el modelo de retribución que mide el coste-efectividad considerando el equipo de trabajo que integra a todos los profesionales sanitarios partícipes en una misma actuación, aunque pertenezcan a diferentes centros, ya sean de Atención Primaria o Especializada o, incluso, de atención sociosanitaria. Estos profesionales siguen percibiendo una parte de la variable de su sueldo correspondiente a incentivos en función de sus resultados individuales, como es práctica habitual, pero, otra parte, la perciben por los resultados coste-efectividad en función de los objetivos que se le ha marcado como un equipo de trabajo. Con este modelo retributivo en función de objetivos comunes se consigue que todos estos profesionales tengan una visión integral de los efectos de su trabajo y, por tanto, una mayor implicación en los mismos.

Para ser concluyente con las dos actuaciones anteriores, una vez que se hayan efectuado las primeras inversiones en prevención siguiendo este nuevo modelo, se deberá **calcular el retorno de esta inversión en términos globales de coste-efectividad**.

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

Algunas de las acciones que se engloban dentro de este punto ya han sido abordadas en el capítulo anterior, pero vale la pena analizarlas desde el punto de vista de su aplicación para la consecución de un modelo económico para la prevención.

En primer lugar, la medición de los costes sanitarios y no sanitarios se ha de realizar contemplando los costes directos e indirectos e incluyendo aspectos subjetivos como la calidad de vida. En esta misma línea, también se tendrá que establecer un modelo de costes transversal, tanto para el sistema de salud como para el sistema social, entendiendo por transversal todos los ámbitos involucrados en la prevención. Para conseguir este objetivo será necesario identificar también los resultados relevantes en salud y medirlos a nivel global. Estas mediciones se han de realizar siempre en el largo plazo y de forma continuada, no sólo en momentos puntuales. Por último, hay que tener en cuenta que se han de tomar como datos de referencia los indicadores de salud poblacional, es decir, no por patologías de forma aislada. Se trata de establecer una visión completa, integral y permanente en el tiempo.

B. El análisis coste-eficacia en prevención

Desde el análisis coste-eficacia, una vez recogidos y analizados todos los datos, éstos han de 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 rentables en términos de coste-eficacia para destinarles más recursos para su desarrollo e implementación.⁷⁵ Estos estudios de coste-eficacia (CE) están entre los más utilizados en evaluación económica para la sanidad, y por extensión, para la prevención.

Actualmente, las fórmulas estándar más habituales para medir este tipo de acciones se basan en los denominados **AVAC (años de vida ajustados por calidad) –o QALYS, en inglés–** y, en menor medida, los AVAD (años de vida ajustados por discapacidad). Por supuesto, habría que contar también con los DALY (Años de vida potencialmente perdidos por discapacidad) que se explican con todo detalle en la *Figura 5* del capítulo 2 de este informe. El concepto del AVAC es integrar mortalidad y morbilidad en una única cantidad que mida la salud en términos de años de vida con buena salud. Una de sus principales funciones es evaluar aquellos casos en que se comparan tecnologías médicas que tienen consecuencias diferentes en términos de esperanza y calidad de vida.⁷⁶ Por su parte, el AVAD funciona como una medida de los años de vida en relación con la pérdida de salud. Estos dos indicadores son los más utilizados para la evaluación de riesgos y beneficios en sanidad.⁷⁷

Aunque se inventaron en la década de los 70, es desde mediados de los 90 cuando los AVAC se han convertido en una herramienta estándar reconocida a nivel internacional. Un AVAC es el producto aritmético de la esperanza de vida combinado con una medida de la calidad de vida en los años restantes. Su cálculo es bastante sencillo: se coteja la cantidad de tiempo que es probable que una persona viva en un estado de salud concreto con una puntuación de utilidad procedente de valoraciones estándar. En dichos sistemas de valoración, el “1” equivale a una salud perfecta y el “0” a la muerte.⁷⁸ Por lo tanto, si una intervención proporciona una salud óptima durante un año adicional, produciría un AVAC.

En este contexto, hay que señalar que los sistemas de sanidad estipulan una relación entre el coste de la intervención y los AVAC que el paciente va a conseguir con la misma para descartar la realización de una intervención por considerarse que en términos de coste-eficacia no es rentable ni merece la pena. Por ejemplo, en la mayoría de los países avanzados, se dice que una intervención tiene un CE razonable si

75. 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>

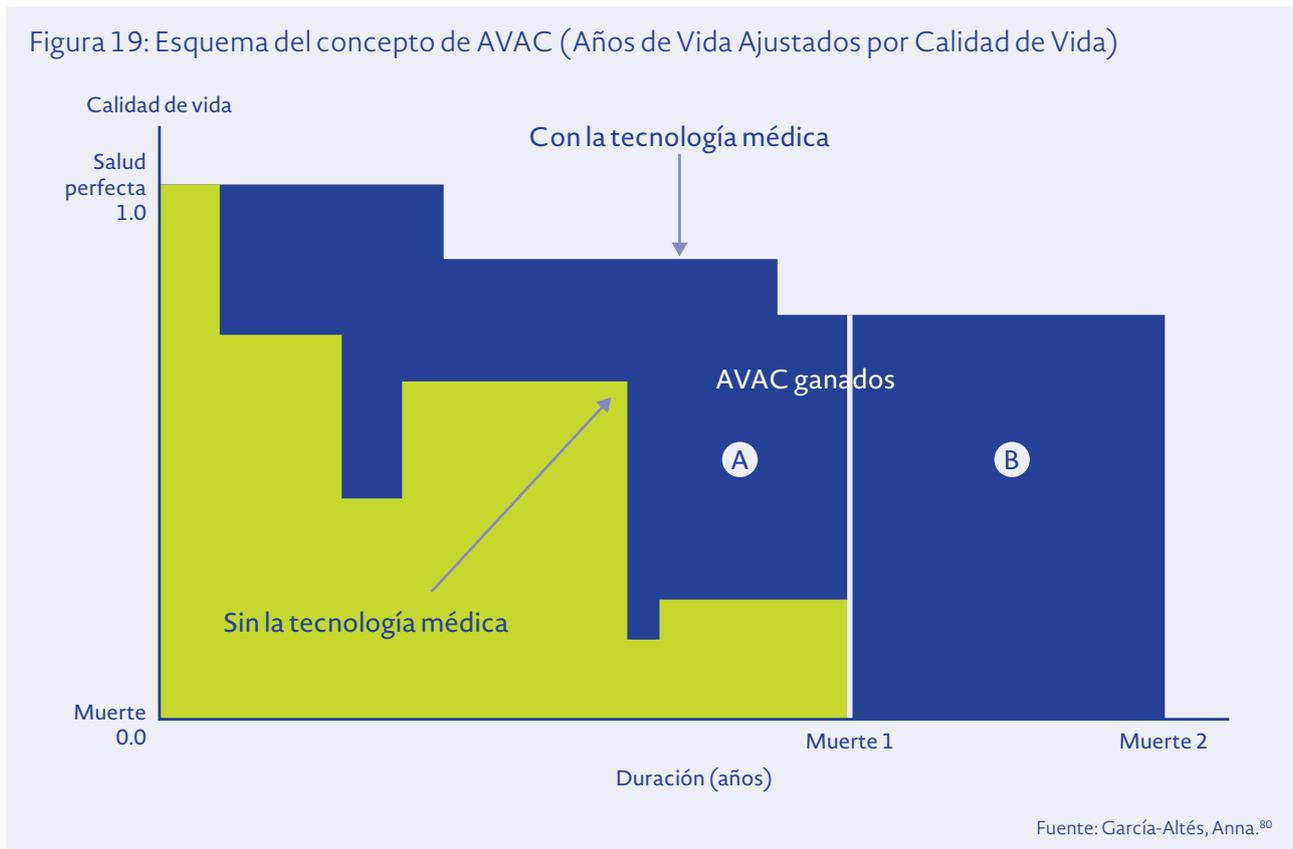
76. García-Altés, Anna. Los AVAC: definición, limitaciones y aplicaciones. Agencia de Salud Pública de Barcelona. Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Publicado en el *Informatiu AATRM*, n. 38, enero de 2006 [Consulta enero 2014]. Disponible en <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/html/es/dir384/doc10291.html>

77. European Food Council (EUFIC). La medición de la carga de enfermedad. Los conceptos de AVAC y AVAD, mayo de 2005 [Consulta enero 2014]. Disponible en <http://www.eufic.org/article/es/artid/medicion-carga-enfermedad-conceptos-AVAC-AVAD/>

78. Pinto Prades, J.L., y Sánchez Martínez, F. I. Métodos para la evaluación económica de nuevas prestaciones. Centre de recerca en Economia i Salut – cres. Ministerio de Sanidad y Consumo [Consulta enero 2014] Disponible en http://msc.es/gl/estadEstudios/estadisticas/docs/metodos_evaluacion.pdf (pág. 58).

cuesta menos de 50.000 euros por AVAC.⁷⁹ Sin embargo, es habitual que se costeen intervenciones por encima de los 100.000 euros. El máximo generalmente aceptado no suele pasar de los 200.000 euros.

Figura 19: Esquema del concepto de AVAC (Años de Vida Ajustados por Calidad de Vida)



El AVAD, por su parte, se creó a principios de los 90 como un indicador alternativo para cuantificar la carga de la enfermedad. Los AVAD suman los años de vida perdidos (AVP) debido a la mortalidad prematura y los años perdidos por enfermedad/discapacidad (APD).

Si bien los AVAC y los AVAD pueden aplicarse a una amplia gama de enfermedades e intervenciones en distintos tipos de poblaciones, estos dos indicadores no están exentos de críticas, puesto que es muy difícil que puedan recoger en su totalidad y en el largo plazo todos los efectos que se derivan de las intervenciones realizadas, como pueden ser la salud emocional y mental o el impacto en el entorno social y laboral del paciente. Por ello, como se va seguir analizando en el siguiente punto, todavía habría que encontrar la manera de poder ajustar mejor estos indicadores o encontrar otros, que sean más precisos en la medición del CE de la prevención.

79. Woolf S.H., Husten C. G. The Economic Argument for Disease Prevention: Distinguishing Between Value and Savings. A prevention-policy Paper Commissioned by Partnership for Prevention. [Consulta marzo 2014] Disponible en <http://www.prevent.org/data/files/initiatives/economicargumentfordiseaseprevention.pdf> (Pág.4).

80. García-Altés, Anna. Los AVAC: definición, limitaciones y aplicaciones. Agencia de Salud Pública de Barcelona. Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Publicado en el Informatiu AATRM, n. 38, enero de 2006 [Consulta enero 2014]. Disponible en <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/html/es/dir384/doc10291.html>

C. La medición del retorno de la inversión en prevención

La salud es uno de esos bienes que son muy difíciles de valorar desde un punto de vista monetario, porque resultan imprescindibles para garantizar la calidad de vida de los ciudadanos. Por lo tanto, desde el punto de vista de las instituciones públicas, está claro que no se invierte en ellos con afán de lucro, pero es de sentido común buscar una optimización económica para conseguir un mayor rendimiento por cada euro invertido.

En términos estrictamente económicos, el valor es la relación entre el coste de un servicio y sus beneficios, y en el mundo empresarial hay varias fórmulas para medir el retorno de la inversión o ROI (*Return of Investment*). Como se ha visto en el punto anterior, la métrica que se utiliza habitualmente en el cuidado de la salud es el coste-efectividad (CE) y los dos principales indicadores de referencia son el **AVAC** y el **AVAD**. Pero ninguno de los dos 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 analistas siguen sin alcanzar un consenso.

Por ejemplo, en Estados Unidos muchos de los argumentos de aquellos que se oponen a invertir en determinadas campañas de prevención es que su coste estrictamente pecuniario era equiparable al de las intervenciones necesarias para tratar a los pacientes agudos. Sin embargo, los defensores de estas campañas argumentaron que, en primer lugar, seguro que los pacientes, como contribuyentes, habrían preferido pagar más y vivir más sanos; y que, en segundo lugar, pero no menos importante, este ROI de la inversión en prevención no se podía cuantificar en términos estrictamente monetarios, sino que había que medir también todos los otros aspectos socioeconómicos que se derivaban de no haber evitado estos casos agudos, es decir; en bajas laborales, reducción del rendimiento, etc.

En realidad, dicho de una manera muy simple, el ROI de la prevención se puede valorar comparando entre la decisión de actuar y la de no hacer nada. No obstante, aún en los casos en los que la apuesta por la prevención es clara, si indicadores como los AVAC y los AVAD no son precisos, sigue existiendo la duda de cómo se puede medir el ROI entre diferentes acciones preventivas para apostar por la estrategia que presenta mejores resultados. ¿Cómo medir este ROI con absoluta precisión?

Como todavía no hay una fórmula clara y consensuada, se podría decir que se debería empezar por establecer unos nuevos **indicadores de medición** (conocidos por sus siglas en inglés: KPI) en la prevención y en términos globales de coste-efectividad teniendo en cuenta todos los resultados en los diferentes ámbitos de la vida del paciente (sanitario, social, laboral, etc.) asociados a la acción a medir, no sólo el gasto sanitario vinculado a la misma. Su misión es que sirvan para valorar cada una de las acciones desarrolladas con el fin de poder precisar su nivel de éxito o en qué aspectos no se están consiguiendo los resultados esperados.

Un **KPI (Key Performance Indicator)** es un indicador considerado indispensable para monitorizar el desempeño de un objetivo estratégico, el resultado general o el resultado de un área clave para el éxito de una actividad y el crecimiento de la organización en su conjunto.

Los KPI han de estar claramente definidos desde el inicio del proceso y han de ser consistentes a lo largo del mismo. Una vez establecidos estos KPI, la recogida de la información se ha de realizar de una manera totalmente sistematizada y rigurosa comparándola con los costes actuales. Además, se ha de tener muy en cuenta que la medición ha de ser periódica y continua en el tiempo.

Debido a los crecientes recortes presupuestarios, el incremento de la profesionalización en la dirección de los hospitales y la presión sobre éstos para que obtengan un mayor rendimiento, la utilización de los KPI es cada vez más frecuente en el sistema de salud español. Los KPI que ya se están utilizando actualmente van, por ejemplo, desde la tasa de infecciones por sitio quirúrgico, al índice de mortalidad en pacientes internados o a la tasa de ocupación de camas hospitalarias.⁸¹

Los KPI han de ayudar a valorar el cumplimiento del trabajo en relación a las metas y los objetivos establecidos. Y, en un sentido más amplio, proporcionar la información de rendimiento que permite a las partes interesadas saber si se va por buen camino.

La recogida y análisis de estos KPI han de ofrecer informes entendibles para demostrar la efectividad de las acciones realizadas, un control y seguimiento rigurosos del trabajo realizado y las claves de aprendizaje y de mejora tanto para la propia acción asociada como para posibles acciones futuras.

En este sentido, será fundamental 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. Otra cuestión clave es la medición en el largo plazo, no sólo en momentos puntuales y a corto plazo.

81. Sixtina Consulting Group. Los 25 indicadores (KPI) más usados en el sector de la salud en 2012 [en línea] 2012 [Consulta enero 2014] Disponible en: <http://www.sixtinagroup.com/herramientas-y-recursos/biblioteca-de-indicadores/los-25-indicadores-kpi-mas-usados-en-el-sector-de-la-salud-en-2012/>

CASO DE BUENAS PRÁCTICAS

Título: Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana 2012.⁸²

Objetivo: Dentro de este plan se establece un sistema para la evaluación de los objetivos del programa.

Metodología: Establecer una batería inicial de indicadores que evaluarán a los pacientes incluidos en programas específicos de seguimiento de crónicos.

Algunos indicadores: Frecuentación en Atención Primaria de los pacientes incluidos en el programa de Crónicos, frecuentación en urgencia NO hospitalaria de los pacientes incluidos en el programa de crónicos, frecuentación en urgencia hospitalaria de los pacientes incluidos en el programa de crónicos, ingresos hospitalarios de los pacientes incluidos en el programa de crónicos, estancia media hospitalaria por problemas de salud relacionados con su enfermedad crónica de los pacientes incluidos en el programa de crónicos, visitas domiciliarias a pacientes incluidos en el programa de crónicos, interconsultas a especialistas de pacientes incluidos en el programa de crónicos, satisfacción de los pacientes incluidos en el programa de crónicos, entre otros.

D. La incentivación en favor del modelo de prevención

Como ya se ha señalado previamente, 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.⁸³ En este nuevo contexto, se tendrían que marcar objetivos estrechamente ligados a las prácticas profesionales que promuevan el autocuidado del paciente, prácticas dirigidas hacia la concienciación y la promoción de la prevención.

Pero, para impulsar los objetivos centrados en prácticas relacionadas con prevención, siempre es preferible crear el contexto adecuado y establecer un modelo retributivo variable en función de los objetivos previamente definidos y vinculados a resultados en salud (resultados clínicos, resultados centrados en el paciente o humanísticos, y resultados económicos y de actividad asistencial); un aspecto clave para la consecución de los objetivos marcados. 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.

82. Generalitat Valenciana. Conselleria de Salut. Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana 2012. Valencia: Autor [Consulta marzo 2014] Disponible en: <http://iv.congresocronicos.org/documentos/plan-de-atencion-pacientes-cronicos-valencia.pdf>

83. 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>

Por otra parte, habría que adecuar la estructura de Recursos Humanos (RRHH) e incluir en la incenti-
vación de los profesionales la opinión del paciente como destinatario último de cualquier acción, consi-
guiendo 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**,
no sólo por actividad como se realiza actualmente. Hoy en día existen unos programas de actuación con-
venida que al inicio del año fiscal establecen el presupuesto que cada centro va a recibir para garantizar
la consecución de un determinado cupo de actuaciones, entre las que no se encuentra incluida la preven-
ción. Esto comporta que muchos de estos centros releguen la prevención ya de entrada a un segundo pla-
no porque les resta tiempo y esfuerzos para cumplir con los cupos por los que reciben su correspondiente
partida presupuestaria. Por lo tanto, habría que elaborar estos presupuestos anuales incorporando una
partida destinada a prevención.

Hay que señalar, en este sentido, que para fomentar la prevención es necesario también incrementar la
conciencia del gasto que supone la atención sanitaria, tanto entre los usuarios como entre los profesio-
nales implicados en la gestión. Resulta habitual escuchar frases como la “salud no tiene precio”, pero lo
cierto es que tiene un coste. Por lo tanto, un elemento clave de este proceso de información ha de ser el de
facturar todos y cada uno de los actos de asistencia médica (procesos de hospitalización y atención espe-
cializada y, eventualmente, los de asistencia primaria, gasto farmacológico, etc.), como ya ocurre en otros
países europeos. Esta facturación, aun teniendo sólo un carácter informativo, avivaría una conciencia de
gasto tanto en el profesional como en el ciudadano, con los consiguientes beneficios asociados.⁸⁴

CASO DE BUENAS PRÁCTICAS

Título: La nueva ley de Atención Médica Asequible de los EEUU (2010).

Objetivo: Alinear incentivos para lograr la excelencia. Tanto las aseguradoras públicas como las
privadas tienden a pagar a los proveedores según el volumen de servicios proporcionados sin
considerar la calidad o la efectividad del cuidado. Los proveedores que atiendan a los pacientes
inscritos en el nuevo plan público impulsado por la Administración Obama serán recompensados por
lograr umbrales de desempeño medidos por resultados. Un ejemplo son las ACO's (Accountable
Care Organizations), en las que diferentes proveedores se agrupan para cumplir un objetivo de salud
en una población determinada.

Metodología: La ley establece un programa que ofrece incentivos financieros a los hospitales para
mejorar la calidad de la atención.

Fuente: elaboración propia

84. España. Congreso de los Diputados. Proposición no de Ley para la constitución de una Comisión para el análisis, evaluación y
propuestas de mejoras del Sistema Nacional de Salud (1990, 25 enero). Madrid: Autor [en línea] 1990 [Consulta julio 2013]
Disponible en: <http://www.consorci.org/accesos-directes/patronal/documents-i-publicacions/articles-i-publicacions-d2019interes/resumen%20informe%20abril.pdf>

¿Qué beneficios se obtienen?

El principal beneficio de este nuevo modelo económico para la prevención será conseguir que un sistema sanitario orientado a la misma se convierta en una realidad. Y, adicionalmente, permitirá obtener una visión realista del coste-efectividad de las acciones orientadas a la prevención que se vayan realizando. Es decir, se podrán constatar los beneficios obtenidos y lo que se hubiera “perdido” de no haberse realizado dichas acciones.

Esto supondrá un argumento clave para la toma de decisiones en el futuro. La prevención dejará de ser vista como un gasto para pasar a ser considerada como una inversión y un ahorro para el conjunto de la sociedad. También servirá para potenciar las buenas prácticas sanitarias tanto por parte del profesional como del paciente, ambos parte activa y beneficiarios de esta estrategia.

Pero la cuestión es que, sin una inversión clara y decidida por parte de la Administración, resulta imposible llevar a cabo ningún tipo de estrategia en políticas de salud basadas en el fomento de la prevención. Resulta imperativo, por tanto, establecer un modelo económico propio para la prevención, dotado de los recursos necesarios y con la suficiente visión de futuro.



4.4

MEDICIÓN DEL IMPACTO DE LA PREVENCIÓN

Antecedentes: la necesidad de medir el impacto de la prevención

Una de las razones más importantes que explica por qué 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. La cuestión es que, aunque se conocen sobradamente los efectos beneficiosos sobre la salud de determinadas actuaciones preventivas (es obvio que nadie duda de la efectividad de las campañas de vacunación o de las de detección precoz del cáncer de mama), los indicadores objetivos de estos beneficios suelen ser medibles sólo a largo plazo. Por otra parte, las actuaciones preventivas eficaces comportan otros beneficios de tipo sociosanitario como pueden ser, por ejemplo, una notable mejora de la calidad de vida de los pacientes o una notoria reducción de las bajas laborales, cuyo impacto socio-económico es aún más difícil de calcular para demostrar todo el alcance global obtenido. En especial, parece **difícil evaluar el impacto de las actuaciones preventivas con 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.

Para conseguir que la prevención no se considere por más tiempo como un coste, sino como un beneficio, y se invierta más en ella, resulta imprescindible establecer un buen sistema de medición de su retorno; y el primer paso para lograrlo es **determinar, definir y consensuar cuáles son los indicadores** que hay que medir. Es necesario subrayar que esta medición de la prevención debe realizarse a todos los niveles y con la participación de todos los agentes implicados, por lo que ha de hacerse de una forma continuada y transversal.

Hay que señalar que, actualmente, ya se están midiendo algunos indicadores que pueden ser de utilidad en este sentido, como pueden ser el número de ingresos clínicos o la duración de las estancias hospitalarias. Pero, aunque se trata de unos datos objetivos y fiables, la mayoría de ellos están **limitados al sector sanitario**, y los que están siendo recogidos por otros ministerios, que no son el de Sanidad, no se cotejan entre sí. Es así como estos indicadores tan solo proporcionan una imagen cortoplacista y parcial de la realidad y no la visión integral y a largo plazo que requiere la medición del impacto global que la prevención puede tener como estrategia en las políticas de salud.

El segundo gran obstáculo que habría que salvar es la **falta de coordinación y colaboración entre las 17 comunidades autónomas** que gestionan hoy en día la mayor parte de las competencias relacionadas con las políticas de salud. Cada una de sus respectivas Consejerías de Salud cuenta con sus propios centros de información, que no sólo no comparten datos entre sí, sino que gestionan su información de forma particular: algunos cuentan con historia clínica electrónica y otros no; unos tienen intercomunicados los diferentes servicios asistenciales y otros no, etc. En resumidas cuentas, habría que vencer una serie de

complejidades organizativas y burocráticas que hoy por hoy impiden que las diferentes CC.AA. del territorio español puedan compartir unos mismos indicadores y un sistema de medición común que sirva para evaluar el impacto de la prevención de forma global e integrada entre comunidades.

Esta necesidad de establecer unos indicadores fiables e incontrovertibles que permitan un sistema de medición del impacto de la prevención en las políticas de salud es un reto que también han de superar el resto de países europeos. De hecho, como apunta el presidente de la European Public Health Association, Walter Ricciardi, en el actual contexto de crisis económica, contar con este sistema resulta más imperativo que nunca, ya que es lo único que permitirá a las respectivas autoridades de los países europeos demostrar fehacientemente que la inversión en “los costosos programas de prevención” supone unos “ahorros significativos” para las arcas públicas.⁸⁵

Objetivos de la medición de la prevención

Esta necesidad de crear un sistema fiable de medición del impacto de la prevención común a todas las CC.AA. del Estado español debería traducirse en dos líneas de actuación: en primer lugar, 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. Y en segundo lugar, 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.

Recomendaciones para determinar e implementar un sistema de medición de la prevención

La OMS define los Sistemas de Información Sanitaria como la combinación de procedimientos y recursos para recoger, ordenar y transmitir datos con objeto de generar información y prestar servicios a los planificadores y administradores de todos los niveles, y a los demás miembros del sector salud: personal asistencial, proveedores, investigadores, etc.

Para poder llevar a cabo el primer objetivo del punto anterior resulta fundamental **definir cómo han de ser los indicadores de objetivos de prevención y de salud percibida por parte del ciudadano**, mientras que para el segundo punto, es imprescindible **configurar e implementar un registro de información sistemático, estandarizado e interoperativo** que sea de fácil manejo por parte de todos los agentes implicados en su gestión y consulta: ministerios, CC.AA., gestores, personal sanitario, ciudadano, etc.

85. The Economist Intelligence Unit -Sponsored by Abbott (2012). Never too early. Tackling chronic disease to extend healthy life years. London: Autor.[en línea] 2012 [Consulta abril 2013] Disponible en: <http://digitalresearch.eiu.com/extending-healthy-life-years/report>

A. La definición de indicadores a medir en prevención

Como en todo proceso de cambio, para empezar a definir los indicadores de este nuevo sistema de medición de la prevención, el primer paso sería revisar qué es lo que se está haciendo ya en este sentido, tanto en las diferentes CC.AA. como a nivel internacional, con el fin de aprovechar aquellas *best practices* cuyos resultados puedan ser de utilidad. Una vez realizado este obligado proceso de búsqueda comparativa, debería analizarse con sumo detenimiento cuáles son los datos y la información que realmente se va a necesitar para la medición en relación con la prevención: qué es lo que puede y debe ser medido y, además, resulta imprescindible. El objetivo es **determinar cuáles son los indicadores estrictamente necesarios para que este sistema de medición sea realmente útil y práctico** y no acabe siendo un mastodóntico repositorio de información totalmente inmanejable.

Para llevar a cabo el análisis de qué indicadores se deben medir y cómo hacerlo, resultará esencial contar con la colaboración de los **profesionales clínicos**, que son los que trabajan día a día con estos indicadores, así como con los propios pacientes (representados a través de las **asociaciones de pacientes**). De esta manera, se evitaría repetir el error de planteamiento que se ha cometido hasta ahora, en que este tipo de sistemas de información destinado a la medición se han desarrollado principalmente desde la Administración y los gestores, con muy poca interacción con los clínicos y los pacientes. En consecuencia, cuando estos sistemas finalmente se han implementado y los profesionales clínicos han tenido que trabajar con ellos, han resultado tan poco útiles que se han acabado desarrollando subsistemas de información en paralelo para poder atender más operativa y eficazmente sus necesidades y las necesidades del paciente, no cubriéndose así las necesidades inicialmente planteadas por los gestores y haciendo poco efectiva la medición de algunos parámetros.

Por todo ello, este proceso de definición de los indicadores se tendrá que realizar contando con la participación de todos los implicados, partiendo de los análisis y de las aportaciones de los profesionales clínicos y de las asociaciones de pacientes como generadores de la información, y llegando a la Administración como responsable última del análisis de la información global obtenida.

Una vez definidos los indicadores y qué tipo de información concreta se necesita registrar, el siguiente paso de este proceso consiste en crear un **reducido grupo multidisciplinar** de expertos que se encargue **de validar si las conclusiones alcanzadas sobre qué variables es necesario medir son las más oportunas** y llegar a un consenso sobre las mismas. En este pequeño grupo han de estar representadas tanto las CC.AA. y la Administración central como los principales agentes implicados: asociaciones de pacientes, clínicos y gestores.

Una vez realizada esta primera validación y consenso, estos indicadores deberían ser **corroborados** y validados definitivamente por los expertos del **INE** y de la **Agencia de Evaluación Técnica Sanitaria**, que son los dos únicos organismos que están autorizados a ratificar su eficacia a nivel técnico para todo el Estado.

El siguiente paso será el de encajar este proceso de recopilación y validación de indicadores dentro de un **organismo estatal** que actúe como **organizador de la implementación** del sistema de medición de los mismos. En este caso, el coordinador de este proceso a escala estatal podría ser **el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** u otro organismo que se considere oportuno.

Finalmente, una vez que se contara con el apoyo de este organismo coordinador a escala estatal, habría que conseguir la validación de este nuevo sistema de medición de la prevención y de sus indicadores por parte del **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**, así como el compromiso de su cumplimiento por parte de cada una de las C.C.AA.

El esquema de la **pirámide del Triple Aim**, ya utilizado en el capítulo anterior, resulta muy útil también a la hora de definir mejor cuáles han de ser los indicadores que se han de considerar en el sistema de medición del impacto de la prevención, en función de estos tres objetivos: mejorar la salud de la población, optimizar la experiencia del cuidado del paciente y reducir el coste por cápita.

Figura 20: Definición de indicadores de objetivos de prevención y de salud percibida por parte del ciudadano a partir de la pirámide del Triple Aim

Mejorar la salud de la población	Carga de la enfermedad: <ul style="list-style-type: none"> • Incidencia y/o prevalencia de las enfermedades crónicas principales Resultados en Salud: <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad (años de vida potencial perdida, esperanza de vida, ratio de mortalidad...) • Status de salud y funcional (calidad de vida) • Esperanza de vida saludable Factores comportamentales y fisiológicos: <ul style="list-style-type: none"> • Factores comportamentales (consumo de tabaco, alcohol, dieta, actividad física...) • Factores fisiológicos (IMC, colesterol...)
Mejorar la experiencia de cuidado	Mediciones basadas en un set de dimensiones claves: <ul style="list-style-type: none"> • Segura, eficaz, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en el paciente Preguntas standard de estudios con pacientes como p.ej. probabilidad de recomendar
Reducir el coste per cápita	Coste total: por habitante por mes. Servicios médicos: niveles de uso/gasto

Fuente: Stiefel, M. y Nolan, K (2012).⁸⁶

86. 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 lo que se refiere al bloque que ocupa el vértice de arriba de la pirámide, “**Mejorar la salud de la población**”, figuran, por un lado, los indicadores que tienen que ver con la **carga de la enfermedad**, es decir, la prevalencia de la enfermedad propiamente dicha, destacando básicamente la prevalencia de las enfermedades crónicas principales. Y, por el otro, los **resultados en salud**, unos indicadores que ya se recogen actualmente, como pueden ser la mortalidad, el estado de salud y el estado funcional (calidad de vida) o la esperanza de vida saludable, pero que, por la forma en que se gestionan, no resultan útiles para medir el impacto de la prevención.

El tercer punto de este primer bloque corresponde a los **factores de comportamiento y fisiológicos**: es decir, factores de hábitos y rutinas cotidianas, como puede ser el consumo de alcohol, tabaco, dieta, actividad física, etc., y factores propios del estado físico y de salud de cada paciente (IMC, colesterol, diabetes, etc.)

El segundo bloque de esta pirámide lo ocupa el bloque de indicadores registrados a partir de “**Mejorar la experiencia de cuidado del paciente**”. Estos indicadores tienen la particularidad de ser una serie de mediciones basadas en un **set de dimensiones claves** para que la atención al paciente cumpla los requisitos de ser segura, eficaz, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en el mismo.

La gran novedad es que estas mediciones se realizarían a partir de unas **preguntas estándar** en las que los propios pacientes informarían de su percepción sobre la atención que reciben. De esta forma, esta evaluación de los pacientes tendría un peso, todavía por definir, sobre la carrera profesional y la retribución que perciben los profesionales sanitarios.

El tercer bloque de este esquema piramidal lo ocupa el objetivo de “**reducción del coste per cápita**”. Lo más destacable de este punto es que, por vez primera, no se está hablando única y exclusivamente del coste sanitario de cada paciente, sino del **coste global** (por habitante y por mes) asociado a cada uno: el coste laboral que supone una baja médica, la atención personalizada por parte de cuidadores, si se ha de adaptar su domicilio a las necesidades de algún tipo de minusvalía causado por la enfermedad, etc.

Por otro lado, en esta nueva fórmula para calcular la reducción del gasto per cápita conseguido por la prevención, se incluyen los gastos derivados de los **servicios médicos**, pero no sólo los costes de las medicinas o servicios sanitarios directos (p.ej., los que son consecuencia de una consulta médica, un ingreso hospitalario, etc.), sino los que se derivan de los **niveles de uso**. Este concepto se refiere a todos los gastos que se podrían haber evitado mediante unas prácticas preventivas adecuadas y sin las que, al no haberse podido beneficiar el paciente, su salud acaba agravándose con el consiguiente incremento de la necesidad de prestación de servicios sanitarios.

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

Como ya se había señalado en el primer apartado de las recomendaciones, una vez definidos los indicadores, el segundo punto de actuación es la creación de un **registro de información sistemático, que permita unificar, estandarizar y facilitar el acceso a todos estos indicadores**. Ha de consistir, por tanto, en un sistema informático 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.
- Y por último, crear las plataformas tecnológicas que garanticen la introducción, la gestión, el almacenamiento y el acceso seguro a los datos, de una manera fácil, sencilla e intuitiva para todos los agentes implicados, siguiendo la filosofía del *open data*.

El *open data* (datos abiertos) es una filosofía y práctica que persigue que determinados datos e información estén disponibles de forma libre a todo el mundo, sin restricciones de *copyright*, patentes u otros mecanismos de control, de manera que se permita su reutilización y redistribución, al igual que se hace en otros movimientos parecidos como el *open source* o software libre. El sector salud es uno de los grandes generadores de datos (p.ej., la relacionada con el genoma) y uno de los que más puede beneficiarse de este libre acceso y reutilización⁸⁷ de la información, garantizando siempre la privacidad del paciente, con el fin de generar nuevo conocimiento en diferentes ámbitos de la I+D+i, o la mejora de la calidad de la atención, por ejemplo. En España se están intentando poner en marcha algunas interesantes iniciativas en este sentido, pero, sin lugar a dudas, son los Estados Unidos y el Reino Unido quienes lideran este enfoque de futuro.⁸⁸

Además, hay que destacar que, si se establecen unos protocolos estandarizados, **otros profesionales cualificados** (p.ej. enfermeras o auxiliares administrativos) **podrían encargarse de introducir los datos en el sistema** facilitando que no sea necesariamente el clínico quien tenga que hacerlo personalmente, lo que le liberaría de una gran carga de horas de trabajo que podría dedicar plenamente a la atención de los pacientes.

87. World Economic Forum Sustainable Health Systems Visions, Strategies, Critical Uncertainties and Scenarios. Prepared in collaboration with McKinsey & Company [en línea] 2013 [Consulta junio 2013]. Disponible en http://www3.weforum.org/docs/WEF_SustainableHealthSystems_Report_2013.pdf (pág. 13).

88. 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> (pág. 6).

Una vez que se haya creado estas plataformas tecnológicas, para su puesta en marcha y la introducción de información no puede partirse de cero. Se tendrá que proceder **a evaluar los diferentes sistemas con los que operan cada una de las distintas CC.AA. y otros organismos y ministerios implicados**, con el fin de planificar la migración de los datos con los que ya cuentan actualmente al nuevo repositorio.

Como todas las grandes migraciones de estas características y dimensiones, **no se trata de un proceso inmediato** ni puede llevarse a cabo de una manera precipitada. De entrada, será necesario determinar qué datos no se han estado recogiendo hasta la fecha y establecer la sistemática de su recogida. Se tendrá que planificar, por tanto, cómo adaptar los datos ya existentes al nuevo repositorio y establecer un protocolo sobre cómo se deberían introducir los nuevos datos a partir de ahora.

Otro factor importante **será establecer los comparadores de los datos que se están recogiendo**, ya que una de las misiones de este nuevo sistema integrado es que no sólo se puedan comparar éstos, sino que se puedan publicar periódicamente. Con ello se pretende favorecer la colaboración entre los diferentes centros y CC.AA. a través de la difusión de las mejores prácticas, así como motivar e incentivar la adopción de las mismas.

Por otro parte, tanto a nivel técnico como de procedimientos, habrá que tener en cuenta que este sistema informático ha de tener **flexibilidad** para adaptarse a todo tipo de cambios coyunturales y poder ir introduciendo todas aquellas modificaciones y mejoras que se consideren necesarias desde su puesta en marcha, a medida que se vaya avanzando en el conocimiento de su uso.

Otra cuestión a tener muy en cuenta es la **seguridad de la información** para poder garantizar la **privacidad de los datos**. Como se pretende que los datos que contiene este repositorio puedan ser consultados fácilmente por todos los agentes implicados en la prevención (pacientes, clínicos, gerentes, etc.) será necesario crear diferentes modelos de acceso a la información, restringidos por áreas. Del mismo modo, la presentación de estos datos estará adaptada al perfil de cada usuario para que puedan ser consultados y comprendidos fácilmente, según su nivel de conocimientos médicos.

Finalmente, habrá que considerar la información en la definición del modelo económico de la prevención; es decir, que todo este esfuerzo que se ha realizado para contar con todos estos indicadores que **permiten medir, comparar y analizar el impacto de la prevención** sirva también de una manera efectiva para conseguir una reducción de costes e incentivar las buenas prácticas.

CASO DE BUENAS PRÁCTICAS

Título: Kaiser Foundation Research Institute.

Objetivo: Proporcionar a los investigadores información útil y sólida para determinar qué genes, factores ambientales, estilos de vida y hábitos están relacionados con determinadas enfermedades / condiciones de salud. Los resultados servirán para orientar estrategias de prevención y tratamiento eficaces.

Metodología: Crear una base de datos genéticos, ambientales y de salud.

Algunos datos: Kaiser esperaba haber recaudado 500.000 muestras de ADN en 2013.

Fuente: elaboración propia (basada en datos de Kaiser Foundation Research Institute).

¿Qué beneficios se obtienen?

Los beneficios que se obtienen son, en primer lugar, demostrar la eficiencia de las acciones destinadas a la prevención y, en segundo lugar, vincular el éxito de las acciones en prevención a la mejora de los resultados en salud, así como a la reducción del gasto sanitario a nivel global.

LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN PARA IMPULSAR LA PREVENCIÓN

Antecedentes: por qué las Tecnologías de la información y la Comunicación (TIC) son clave para impulsar la prevención

Las nuevas tecnologías son una realidad que inunda todos los ámbitos de la sociedad. Sin embargo, aunque el sector sanitario de este país está bastante tecnificado, todavía queda mucho camino por recorrer, en especial, en el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). La cuestión es que hoy en día las TIC son una de las piedras angulares sobre las que se levanta cualquier organización que pretenda ser mínimamente competitiva e innovadora: son “el cimiento del siglo XXI”.

Por otra parte, hay que subrayar de manera especial que las **TIC desempeñan una función clave en todos los procesos de I+D+i, a la vez que son en sí mismas una objetivo y una fuente de constante innovación** (tema que abordaremos más adelante).

El desarrollo de las TIC en términos de interoperabilidad (conectividad, normalización, estandarización y arquitectura orientada a servicios) ofrece un enorme potencial para que cualquiera de los distintos usuarios disponga de herramientas que incorporen conocimiento y que ofrezcan y reciban información del resto de los componentes del sistema, con un beneficio conjunto: el paciente se siente respaldado, el profesional sanitario dispone de más información y de mayor calidad (en muchos casos, sin necesidad de concertar citas con el paciente), los gerentes disponen de datos sobre las acciones que se realizan, cuáles funcionan, cuáles no, sobre los KPIs, etc.

Los máximos beneficiarios de la implementación de las TIC serán los ciudadanos/pacientes, quienes podrían disponer de información y herramientas de control de su propia salud, así como de canales de interacción con el sistema, más ágiles, funcionales y proactivos que los tradicionales. Este hecho favorece mantener la enfermedad más controlada, reduciendo el riesgo de episodios agudos. Asimismo, pueden contribuir poderosamente a reducir la carga asistencial del profesional sanitario, facilitándole, de este modo, poder dedicar más tiempo a la atención directa de los pacientes y a trabajar en favor de la prevención.

Los profesionales de la salud también dispondrían de herramientas adaptadas a su entorno asistencial, pero integradas con otros sistemas de información y con el propio paciente. Algo que supondría, como resultado final, la puesta en marcha de una **historia clínica electrónica completa y común**; es decir, una historia clínica accesible desde cualquier lugar, indiferentemente de dónde se encuentre el paciente o los profesionales que lo tratan, con todos los beneficios que ello conlleva, sobre todo en los casos de pacientes crónicos.

Objetivos de la implementación de las TIC para impulsar la prevención

Todo este proyecto debe ser concebido para saber aprovechar mejor todo el potencial de las nuevas tecnologías y las herramientas destinadas al conocimiento y al control de la salud. Algunas aplicaciones interactivas de comunicación entre pacientes y profesionales sanitarios han sido evaluadas ya y parece que ofrecen, en gran medida, efectos positivos sobre los usuarios, que tienden a obtener más información, a aumentar los autocuidados y a sentirse mejor socialmente. Además, desde el análisis comparativo entre usuarios y no usuarios se confirma que **pueden ayudar a mejorar resultados clínicos y conductuales de los pacientes**.

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 en general, resolver necesidades sanitarias de los pacientes y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, teniendo en cuenta también a los grupos socialmente más desfavorecidos.

Para iniciar este proceso, habría que partir de la reflexión sobre qué **información es la relevante** en aras de impulsar la prevención. Es cierto que en la actualidad se recoge una gran cantidad de información, pero ésta no siempre es aprovechada de forma óptima, porque no se está recogiendo de forma continuada y sistemática. Por ello, el primer paso sería establecer cuáles son los datos relevantes para el mantenimiento, cuidado y gestión de la salud.

También hay que considerar que se ha de 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 para macroestudios epidemiológicos, etc. A continuación, se deben definir y consensuar los sistemas de codificación y su interoperabilidad, ya que se ha de conseguir que todos los agentes implicados trabajen con el mismo sistema o con sistemas compatibles para que puedan intercambiarse información de forma eficaz.

Puesto que el **acceso a estas herramientas** ha de implicar a multitud de agentes con diferentes niveles de conocimiento y diferentes necesidades en cuanto a información, hay que promover la creación de herramientas y aplicaciones específicas para todos los tipos de usuarios que vayan a utilizarlas. Cada usuario requiere una información distinta; p.ej., los profesionales sanitarios, los pacientes y los gestores no requieren la misma información ni que se pueda consultar de la misma manera, cada uno debe disponer de sus propias plataformas, diseñadas para **el uso** que se les dará y pensando en **quién las usará**.

Además, habrá que 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. La información de los pacientes debe estar protegida como regula la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), pero al mismo tiempo debe estar almacenada en un soporte de acceso sencillo y manejable.

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, y dar apoyo a la simplificación de los procesos en la organización del sistema sanitario.

Destacar, finalmente, que todas estas líneas de actuación se han de saber **aplicar de manera transversal** a todas las acciones que se desarrollen, con el fin de **crear un sistema intercomunicado, integral y unificado**.

Recomendaciones para implementar las TIC con el fin de impulsar la prevención

Una vez definidos los objetivos, las líneas estratégicas o recomendaciones para implementar las TIC con el fin de impulsar la prevención serían las siguientes:

En primer lugar, **dar apoyo a la creación y el mantenimiento de un repositorio poblacional de información** con utilidad y acceso a todos los agentes: paciente/cuidador, los profesionales, gestores y la Administración. En segundo lugar, **desarrollar sistemas de información sanitarios adaptados al profesional de la salud, como pueden ser la historia clínica electrónica**. Y en tercer lugar, habría que impulsar herramientas TIC que sirvan para promover la salud entre los ciudadanos. Para complementar mejor este tercer punto sería necesario **crear escuelas de pacientes sobre el uso y funciones de las TIC**.

Estos cuatro puntos merecen ser analizados con más detenimiento a continuación.

A. La creación y mantenimiento de un repositorio poblacional útil y accesible

Ampliando lo avanzado en capítulos anteriores, las TIC han de 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. Esto quiere decir que, en primer lugar, se ha de 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**. Hay que plantearse qué tipo de información es de utilidad recoger y qué aplicabilidad se le va a otorgar. En este punto, la figura del profesional de la salud ha de ser clave en la decisión de los datos que se han de recoger. De igual manera, también se ha de pensar en la utilidad práctica que estos datos han de tener tanto para el paciente como para el cuidador, los gestores y la Administración. Hay que tener en cuenta que la recopilación de información por el simple hecho de almacenarla genera desidia en los procesos de recogida; sólo cuando se percibe y constata su utilidad práctica esta recogida es sistemática, interesada y efectiva.

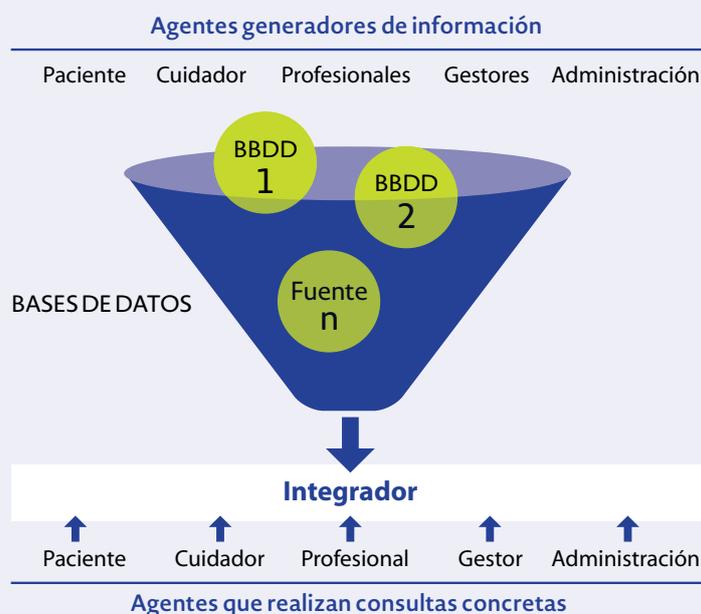
A continuación, se han de **desarrollar una serie de herramientas TIC que permitan gestionar tanto la información existente como la nueva información** y que, de una manera sencilla y operativa, faciliten el acceso a todos los agentes antes mencionados tanto para ingresar nuevos datos como para consultar los ya existentes de forma fácilmente comprensible y adaptada al perfil del usuario que realice la consulta.

La clave es que este repositorio común ha de 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**. De igual modo, otra prioridad absoluta ha de ser que este repositorio garantice 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.

A modo de ejemplo, un paciente y un médico podrán consultar los resultados de una prueba médica realizada al primero y obtener una versión diferente en función de los datos que cada uno necesita para interpretarla mejor. Esto será posible gracias a que el sistema se encargará de integrar y procesar debidamente la información introducida para que esté disponible y adaptada a las necesidades de información específicas de todos los agentes que estén autorizados a consultarla. De esta manera, cuando el propio paciente o cualquier profesional sanitario que esté trabajando en su caso quieran consultarla, cada uno obtendrá los datos que necesita adaptados a sus necesidades de información y a sus niveles de comprensión. Del mismo modo, el sistema ha de ser capaz de procesar de forma automática esta misma información para que pase a integrar las estadísticas y bases de datos anónimos con las que necesitan trabajar los gestores y la Administración.

A pesar de la sofisticación y complejidad tecnológica que requiere un sistema informático de estas características, hay que recalcar que **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.

Figura 21: Esquema del funcionamiento del repositorio común de información sanitaria



Fuente: elaboración propia.

Adicionalmente, se ha de considerar que se trata de una **herramienta activa y en evolución** y que a medida que las necesidades de información vayan evolucionando, deberá irse actualizando y adecuando en consecuencia.

Por último, este repositorio de datos debería configurarse según la filosofía del **open data**. Como se ha explicado ya en este capítulo, la filosofía del open data se basa en la creencia de que los sistemas de salud mejorarán si las bases de datos de cada uno de los sistemas sanitarios nacionales se ponen a disposición de todos los usuarios e investigadores en una gran plataforma de información, de acceso abierto y universal, que sirva para la innovación, la investigación y los avances médicos y científicos, en general.

Con este fin, para su implementación tecnológica se recomienda:⁸⁹

- Invertir en la creación de estándares de interoperabilidad de los sistemas de información (es decir, protocolos similares a TCP / IP en los que se basa Internet).
- Enlazar las bases de datos locales y las bases de datos nacionales con las bases de datos internacionales.
- Poner en marcha un sistema nacional de compensación y de intercambio de datos a nivel internacional, como la fuente abierta de información para la investigación en salud y la innovación.
- Introducir un sistema de *opt-out* no identificable para los datos de los pacientes utilizados en investigación.

89. World Economic Forum Sustainable Health Systems Visions, Strategies, Critical Uncertainties and Scenarios. Prepared in collaboration with McKinsey & Company [en línea] 2013 [Consulta junio 2013] Disponible en: http://www3.weforum.org/docs/WEF_SustainableHealthSystems_Report_2013.pdf

B. 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**. Se trata, pues, de un registro multimedia personal y unificado, en el que se archiva toda la información relativa al paciente y a su atención clínica, con el fin de que esté disponible en todos los casos en los que se precisa asistencia clínica (urgencias, atención primaria, ingresos hospitalarios, especialidades, etc.).⁹⁰ La HCE ha de poder integrar toda la información multimedia que se emplea en la práctica clínica de un departamento: almacenarla debidamente, hacerla fácilmente accesible, difundirla de forma adecuada a los diferentes usos posibles y con las garantías debidas (consentimiento, confidencialidad, seguridad y demás requisitos), y recibirla y reutilizarla de la forma más apropiada.⁹¹

La cuestión es que, actualmente, la mayoría de las CC.AA. disponen de diferentes modelos de historias clínicas electrónicas –algunos con muy poca utilidad en la práctica, lo que imposibilita este intercambio de información. Por lo tanto, habrá que desarrollar un nuevo modelo de HCE cumpliendo una serie de parámetros. El primero ha de ser que sean interoperables, permitiendo el intercambio de información entre distintos sistemas informáticos y entre las diferentes comunidades. Este nuevo modelo de **historia clínica electrónica común para todo el territorio español** ha de facilitar 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.

El uso de HCE compartida por múltiples instituciones y la interoperabilidad de los documentos electrónicos que la componen, independientemente de las plataformas de software que utilicen, hace necesario que los sistemas de información que emplean los centros sanitarios implementen estándares informáticos internacionalmente reconocidos, con el fin de garantizar la integridad y legibilidad de la información.

El hecho de que las HCE sean **departamentales** no ha de suponer que sean cerradas. Han de poder incorporar aquellos datos propios de cada especialidad, sin descuidar los estándares comunes, y todo ello de una forma rápida y estandarizada. Así, cada especialista podría tener acceso a aquellos datos que le sean de interés, sin necesidad de tener visible absolutamente toda la información disponible en el momento de la consulta. Tener unificados todos los datos e intervenciones del historial clínico de un mismo paciente no sólo facilitará enormemente su seguimiento por parte de los distintos profesionales sanitarios que lo atiendan, sino que optimizará el tiempo asistencial, puesto que la información a consultar será más accesible y comprensible, permitiendo la toma de decisiones más rápidas y seguras.

90. Pastor Sánchez R, López Miras A, Gervas J. Historia clínica informatizada. *Med Clin (Barc)*. 1994;103:304-9.

91. De la historia clínica a la historia de salud electrónica. V Informe de la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS). 20 España [en línea] 2007 [Consulta mayo 2013] Disponible en 03 España [en línea] 2004 [Consulta enero 2014] Disponible en <http://www.conganat.org/seis/informes/2003/>

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 ahorrando tiempo y evitando posibles errores. La facilidad y rapidez para ir integrando datos en este nuevo modelo de HCE por parte de cada especialista hará posible que esta experiencia y este conocimiento colectivo vayan aumentando, actualizándose y enriqueciéndose con el paso del tiempo.

Adicionalmente, también tendrá utilidad para controlar las decisiones tomadas y si éstas se ajustaron o no a lo que cabría esperar acorde con ese conocimiento común compartido, tanto adelantándose a cambios de tendencias como detectando prácticas subóptimas.

Finalmente, estas nuevas historias clínicas electrónicas han de ser **diseñadas también para que puedan servir de base para otras herramientas y proyectos** (por ejemplo: educación del paciente, servicios de telemedicina, controles de calidad, procesos de innovación, investigación). Es decir, la calidad de los datos, su consistencia y su histórico han de permitir explotaciones para otros usos adicionales.

CASO DE BUENAS PRÁCTICAS

Título: Historia Clínica Electrónica Interoperable en la Comunidad de Madrid.

Objetivo: Compartir los datos clínicos entre hospitales, centros de Atención Primaria y otras comunidades autónomas. Todo en favor de la mejora de la calidad asistencial, la continuidad terapéutica, la seguridad de los pacientes, la calidad de la decisión clínica y la mejora en el uso de los recursos sanitarios.

Metodología: Implantación del Sistema de Información Hospitalario (2014) en 7 hospitales de la Comunidad de Madrid y en los centros de especialidades que dependen de ellos.

Proyecto piloto de desarrollo propio e implantación de un Sistema de Información Departamental de Reumatología en todas las Unidades de la Comunidad de Madrid. Permitirá la generación, emisión y recepción de datos codificados entre dichas Unidades, Asistencia Primaria y otros Sistemas de Información de la CM. Se llevará a cabo a partir de un aplicativo ya existente (Medi-LOG), desarrollado por el Servicio de Reumatología del Hospital Clínico San Carlos.

Algunos datos: Inversión de 10.6 millones de euros.

Fuente: Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

C. 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).

Para ello, resulta esencial informar al paciente sobre su manejo y darle apoyo para usarlo durante su enfermedad. Un ejemplo en esta línea serían los **programas de Teleasistencia**.

CASO DE BUENAS PRÁCTICAS

Título: Programa de Teleasistencia BetiON (Gobierno vasco).

Objetivo: Permitir la permanencia de los usuarios en su medio habitual de vida, evitando su desarraigo.

Metodología: Programa destinado a personas mayores de 75 años que viven solas y a mayores de 65 en situación de dependencia o de vulnerabilidad reconocida por los servicios sociales. También la utilizan personas discapacitadas, enfermas mentales con dependencia o en riesgo de aislamiento social. En caso de riesgo para su seguridad o salud, un sencillo dispositivo instalado en una pulsera o un medallón las mantiene permanentemente conectadas a un centro de atención inmediata atendida por profesionales especializados.

Algunos datos: Según datos de 2013, hay 30.393 personas usuarias en Euskadi. Estará plenamente disponible en los 251 municipios de la Comunidad Autónoma Vasca al finalizar 2014 y el Gobierno vasco tiene previsto cerrar el año con no menos de 33.000 personas usuarias.

Estas herramientas han de permitir también hacer el **seguimiento del paciente sobre la adherencia al tratamiento y su estado de salud**. Existen ya diferentes programas en este sentido, que sirven como recordatorio a enfermos crónicos y personas mayores, principalmente, para la toma de la medicación de forma oportuna y correcta. Estos mismos programas de adherencia tendrán que cumplir también de forma automatizada con otras dos funciones más: informar al profesional sobre el estado de salud de su paciente y avisarle de cualquier incidencia; y realizar un informe de datos agregados para la Administración y/o Industria Farmacéutica para que se tomen las decisiones pertinentes.

Además, estas herramientas han de “facilitar mecanismos para el ejercicio del derecho de los pacientes a recibir información suficiente, comprensible y adaptada a sus necesidades, de acuerdo a modelos y principios de alfabetización sanitaria, así como promover su participación activa en los procesos de toma de decisiones sobre cualquier acto relativo a su salud”.⁹²

92. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad (2012). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. [en línea] 2012 [Consulta julio 2013] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

CASO DE BUENAS PRÁCTICAS

Título: Programa de Seguimiento de Pacientes con Ostoma.

Objetivo: Realizar un seguimiento telefónico intensivo para el control de la calidad de vida de la persona ostomizada.

Metodología: Programa PatientFeedback® consistente en llamadas telefónicas periódicas después del alta hospitalaria: para evaluar el impacto del seguimiento intensivo todos los pacientes respondieron el cuestionario previamente evaluado en el estudio de Montreux¹, Stoma Quality of Life Index (SQLI).

Algunos datos: Realizado un estudio prospectivo y multicéntrico de ámbito nacional que incluyó 670 pacientes ostomizados. La mitad de pacientes recibió seguimiento telefónico intensivo (programa PatientFeedback®) además del seguimiento habitual y la otra mitad sólo el seguimiento habitual post-alta hospitalaria. Los resultados sugieren que el grupo que ha recibido un *follow-up* intensivo mediante PatientFeedback® parecen mostrar puntuaciones superiores en su calidad de vida.

D. Pacientes 2.0

Esta acción hace referencia a 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**. Por lo tanto, se trata de potenciar todas aquellas acciones vinculadas con las redes sociales, que engloben tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud, y que sirvan de herramienta de consulta, de intercambio o como altavoz de cualquier acción o necesidad que tuvieran.

Un aspecto especialmente importante en este sentido, es la posibilidad de que los ciudadanos puedan poner en común experiencias mediante la creación de foros de pacientes sobre salud (p.ej., *Somos pacientes*, *Patients Like Me*, etc.).

CASO DE BUENAS PRÁCTICAS

Título: Patientslikeme® Live better, together!

Objetivo: Permitir a sus usuarios compartir experiencias sobre los tratamientos y síntomas de sus enfermedades con el fin de hacer un seguimiento y aprender de la experiencia de otros.

Metodología: Comunidad online para pacientes con enfermedades cuyas manifestaciones físicas o psíquicas disminuyen su calidad de vida.

Algunos datos: PatientsLikeMe® cuenta con un modelo de negocio innovador: recoge información sobre los pacientes, sus enfermedades y tratamientos; y la suministra de forma agregada y anónima a investigadores, farmacéuticas, etc. con el objetivo de incrementar el grado de involucración por parte de instituciones científicas y empresas farmacéuticas en la investigación de estas enfermedades. Estas instituciones y empresas pagan por disponer de este repositorio de datos.

Actualmente PatientsLikeMe® tiene más de 250.000 miembros y tiene abiertas comunidades sobre ELA, esclerosis múltiple, Parkinson, VIH/SIDA, etc., y sus planes de futuro incluyen la expansión de sus servicios en los próximos dos años hasta incorporar más de cincuenta enfermedades.

Un beneficio adicional comprendería aprovechar al máximo el potencial que ofrecen Internet y la Web 2.0 para **divulgar información fiable y práctica sobre enfermedades en el entorno digital (p.ej., Webs, blogs...)** convirtiéndose así en una herramienta clave de formación para el paciente tanto en estilos de vida saludable como en el control de su propia enfermedad, evitando la progresión de la misma. En este sentido, los profesionales que atienden a los pacientes desempeñarían un rol fundamental pues son los idóneos para valorar sus necesidades de formación y su capacidad para asumirla. Pueden contemplarse otros métodos complementarios como los pacientes expertos (la formación suele llevarse a cabo por un paciente, formador de formadores) e intervenciones educativas impartidas por profesionales sanitarios y dirigidas a pacientes y cuidadores utilizando el soporte que dan las nuevas tecnologías.⁹³

93. 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>

Los beneficios que se obtienen

Los beneficios que se obtienen con este proceso de implementación de las TIC para impulsar la prevención se podrían resumir básicamente en dos: una mejor intercomunicación entre todos los agentes implicados, y una importante reducción de costes en tiempo y dinero. Dicho esto, resulta muy conveniente explicar con más detalle otros muchos beneficios que se desprenden de estos dos primeros.

Primeramente hay que destacar que, al maximizarse el potencial que ofrecen las TIC desde el punto de vista de la salud, se logra **una mayor implicación del ciudadano tanto en autogestión como en información, así como una mayor eficiencia y seguridad en el tratamiento de pacientes individuales, fomentándose también la adherencia**. Además, al establecer una **mejor comunicación entre los agentes implicados, permite agilizar la actividad profesional y una importante reducción del trabajo administrativo en favor del trabajo asistencial**. Es decir, una mayor descarga del sistema de salud y de los profesionales, evitando visitas innecesarias (por ejemplo: duplicidades) y un consumo innecesario de recursos. Todo ello redundará, además, en una relación más individualizada, fluida y proactiva entre el paciente y el sistema.



LA INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN EN LA PREVENCIÓN

Antecedentes, por qué es necesaria la Investigación, Desarrollo e Innovación (I+D+i) en prevención

Una conocida cita sobre innovación reza que “no es posible resolver los problemas de hoy con las soluciones de ayer”.⁹⁴ Como se ha visto a lo largo de este informe, la sanidad española se encuentra ante un verdadero cambio de paradigma frente al que tendrá que buscar soluciones innovadoras pensando en el largo plazo. El sistema sanitario de este país tiene que llevar a cabo una profunda transformación y mejora basada en el fomento de la prevención, y la investigación es el primer paso en cualquier proceso de cambio con visión de futuro.

La I+D+i ha de jugar un rol fundamental como generador de nuevas ideas que vengán a promover ese cambio. Se ha de considerar como un ingrediente esencial en la identificación de los problemas y sus soluciones, así como un elemento fundamental que asegure la implementación de intervenciones equitativas y efectivas.

Hablar de salud en un contexto sanitario / de salud implica muchos ámbitos. La innovación comprende no sólo la investigación en biomedicina básica, sino que alcanza a la innovación en tecnologías médicas, la innovación no tecnológica, la **innovación de procesos y la de servicios**. Debe entenderse como un proceso de mejora continua de la capacidad de respuesta a las necesidades de la población y de los profesionales. Un proceso que se retroalimenta con la evaluación constante de todos los agentes implicados y que además de aportar beneficios directos a los usuarios, en algunos casos, también es capaz de generar riqueza y puestos de trabajo con la comercialización de sus resultados.

Por consiguiente, hay que promover la innovación en todas sus facetas; todos los agentes implicados han de involucrarse activamente en su evaluación y su utilización práctica, racional y basada en la evidencia, como soporte de los procesos de abordaje de la cronicidad desde las necesidades de los ciudadanos, los profesionales y las organizaciones sanitarias.⁹⁵

Concretamente, en el campo de la prevención, el conocimiento generado a través de los procesos de I+D+i nos ha de permitir detectar los elementos clave sobre los que invertir y cuáles han de ser las intervenciones específicas que van a impedir el desarrollo de determinadas situaciones patológicas. Además,

94. Célebre cita del pensador Roger Van Oech.

95. 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>

ha de facilitar el estudio del nivel de eficacia de las intervenciones preventivas realizadas; es decir, no sólo debería dar soporte metodológico a la toma de decisiones, sino también ha de proporcionar datos sobre la eficiencia y eficacia asociados a estas decisiones.

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

Las actividades preventivas en medicina, y concretamente en prevención secundaria y terciaria, han de perseguir dos objetivos fundamentales:

- 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 redunda también en el primer objetivo apuntado.

Partiendo de estos dos objetivos que han de estar siempre presentes a la hora de focalizarse en I+D, toda acción para impulsar la I+D en sanidad ha de partir de la identificación de **una necesidad**. En el campo de la prevención, en particular, se trata de identificar los elementos vinculados con una **cronicidad/fragilidad** sobre los que se puede intervenir con un coste-efectividad que merezca la pena.

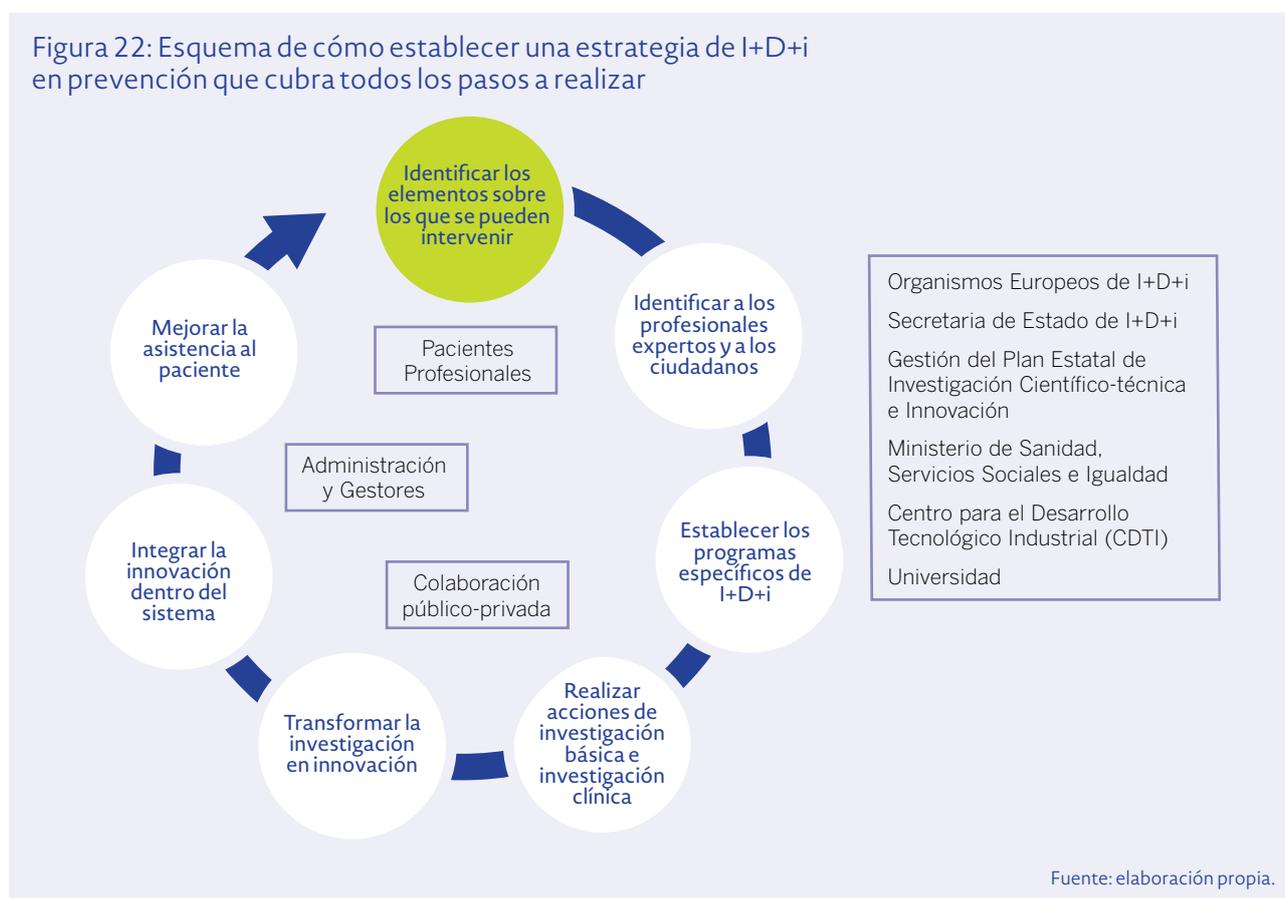
Por lo tanto, una vez más, como la mayoría de los procesos en el campo de la prevención, se han de escuchar y analizar primero las necesidades de los pacientes y de sus cuidadores para identificar y priorizar las mismas, y poder empezar a trabajar en su solución. Pero, lógicamente, sin descuidar a los profesionales como imprescindibles fuentes de información y conocedores directos de las necesidades de los ciudadanos.

Por supuesto, siempre se deberá tener en cuenta el trabajo ya realizado y cómo se puede aprovechar para no tener que iniciar de cero cualquier proceso. Una vez desarrollado todo el proceso de I+D+i, que ha de pasar por diferentes fases y en el que han de intervenir diferentes agentes, el resultado obtenido se tendrá que confrontar de nuevo con el paciente para comprobar si se han cumplido todos los objetivos y, en su caso, tomar nota de las nuevas necesidades que puedan haber surgido.

Esta dinámica funciona como **un proceso circular que se ha de retroalimentar constantemente** con los *inputs*, que son las necesidades de los pacientes; y los *outputs*, que son los resultados surgidos del proceso de I+D+i. Se trata de establecer una estrategia para sistematizar y optimizar el tiempo, los costes y los resultados de este proceso.

El siguiente esquema refleja todos los pasos y el orden en el que se tendría que llevar a cabo esta estrategia, con los pasos que se desarrollarán más adelante.

Figura 22: Esquema de cómo establecer una estrategia de I+D+i en prevención que cubra todos los pasos a realizar



Líneas de actuación y recomendaciones para impulsar una correcta estrategia de I+D+i en prevención

Una vez se han explicado en el punto anterior los pasos que se han de dar para desarrollar una correcta estrategia de I+D+i en prevención, a continuación, se analiza más detalladamente cómo se podrían cumplir estos objetivos.

A. La identificación de los elementos vinculados con cronicidad / fragilidad

Como se puede observar en la *Figura* anterior, 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 dirigida a la prevención.

Un aspecto especialmente sensible es el de articular los canales adecuados para escuchar al paciente tanto como individuo como a través de organizaciones formales (p.ej., Alianza General de Pacientes).

Si consideramos que ha de ser nuestro punto de partida, hay que recoger su punto de vista, analizar sus necesidades y trabajar desde la voluntad de darles solución.

El aspecto clave de este punto es saber integrar la I+D+i de una manera sistemática como parte fundamental en el desarrollo del nuevo modelo sanitario. De esta forma, se podrían establecer unos protocolos estandarizados para recoger y detectar de forma fluida y constante todas aquellas necesidades y problemas a los que han de hacer frente cuidadores y pacientes. Así, se podría incorporar en todo este proceso al conjunto de los ciudadanos y en especial a los pacientes crónicos que, por lo general, son grandes conocedores de su enfermedad, con el fin de poder definir mejor cuáles son los grandes temas / problemas sobre los que incidir.

B. 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 identificada**, 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 mejor los esfuerzos y recursos que requiere la investigación. Estos expertos son quienes promueven las investigaciones que han de conseguir la transformación deseada.

En este paso, dada la existencia de un **contexto común a la Unión Europea (UE) en cuanto a envejecimiento poblacional y aumento de la cronicidad**, habría que optimizar sinergias, recursos e intercambio de información a nivel europeo; aprovechando tanto lo que ya se ha desarrollado como proyectos que se puedan poner en marcha de forma conjunta para alinear estrategias y optimizar esfuerzos.

En este sentido, el **Consejo Europeo sitúa a las enfermedades crónicas como una prioridad para el presente y futuro de la investigación y del diseño de programas de intervención en Europa**. El Consejo Europeo entiende que la integración de la investigación con la práctica clínica favorece una mayor calidad de los servicios de salud y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, así como un cuidado más ético y eficiente de los pacientes. Además, las políticas de salud, la organización del sistema y los servicios de salud pública estarán mejor fundamentados y orientados a responder a las necesidades y demandas de los ciudadanos.

C. 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)** y que se debe entender como la estrategia que diseña la Unión para los próximos 8 años y que, a su vez, marcará las estrategias de los países miembros.

Los objetivos estratégicos del programa Horizonte 2020 son los siguientes:

- Crear una ciencia de excelencia, que permita reforzar la posición de la UE en el panorama científico mundial.
- Desarrollar tecnologías y sus aplicaciones para mejorar la competitividad europea.
- Investigar en las grandes cuestiones que afectan a los ciudadanos europeos

En este último objetivo, se incluyen seis áreas esenciales para **una vida mejor**: salud, alimentación y agricultura incluyendo las ciencias del mar, energía, transporte, clima y materias primas, sociedades inclusivas y seguridad.

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 tomen el tratamiento.
- Evitar la fragilidad y el declive funcional centrándose en la malnutrición.
- Definir modelos de asistencia integrada (p.ej., a distancia).
- Evitar caídas y apoyar el 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 de forma independiente en su casa.

También hay que señalar que el programa es el principal instrumento de financiación de la investigación e innovación en Europa costea proyectos de investigación e innovación de diversas áreas temáticas en el contexto europeo, contando con 76.880M€ para el periodo 2014-2020.

A nivel estatal, la **Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación 2013-2020**, con un horizonte también de 8 años, es el instrumento marco en el que quedan establecidos los objetivos generales para dicho período ligados al fomento y desarrollo de las actividades de I+D+i en España. Estos objetivos se alinean con los que marca la Unión Europea dentro de Horizonte 2020 para el mismo período de tiempo, contribuyendo a incentivar la participación activa de los agentes del Sistema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación en el espacio europeo.

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 estos **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 4 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.

El alineamiento de las políticas españolas con las de Horizonte 2020 y su participación activa, es una de las prioridades del Ministerio de Economía y Competitividad. Los objetivos concretos de participación se han marcado teniendo en cuenta el potencial del Sistema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación de España, así como los datos de participación del 8º Programa Marco (H2020), cuyos resultados provisionales están accesibles en la página web del Centro para el Desarrollo Tecnológico Industrial (CDTI).⁹⁶

Otros Fondos que impulsan las políticas de I+D+i son el Fondo Social Europeo (FSE) y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER). Este último dedica cada vez más parte de su presupuesto a fomentar actuaciones de I+D+i. En nuestro país, el **Ministerio de Economía y Competitividad** es el responsable de gestionar las ayudas del FEDER y del FSE, por lo que algunas de las unidades del Departamento tienen la condición de organismos intermedios. Estos se definirán a lo largo del presente año (2014).

No obstante, es fundamental continuar trabajando en favor de las sinergias a nivel europeo e incluso internacional, mediante la creación de bases de datos comunes y accesibles que permitan compartir proyectos y resultado.

En esta parte del proceso se ha de contar con los **principales organismos que canalizan las acciones de I+D+i** en este país (principalmente, la Secretaría de Estado de I+D+i, Gestión del Plan Estatal de Investigación Científico-técnica e Innovación, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, organismos Europeos de I+D+i, el Centro para el Desarrollo Tecnológico Industrial (CDTI) y las Universidades) para acabar de establecer los programas específicos de I+D+i en materia de prevención, que favorezcan específicamente la prevención secundaria y terciaria. Cabe mencionar que pese al trabajo realizado, se detectan carencias en cuanto a la orientación de la investigación a favor de los retos en salud.

Resulta conveniente recordar, en relación a este punto, que **la I+D+i, al igual que la prevención, resulta siempre una apuesta que requiere importantes inversiones y cuyos resultados no sólo no están garantizados, sino que lo más habitual es que solo se puedan comprobar a medio-largo plazo**. Es cierto que la coyuntura económica actual puede, a priori, no ser la más propicia, pero existe el consenso de que,

96. Ministerio de Economía y Sostenibilidad (2013). Horizonte 2020. Madrid: Autor. [en línea] 2013 [Consulta octubre 2013] Disponible en <http://eshorizonte2020.es/que-es-horizonte-2020/horizonte-2020-en-espana>

sin esta apuesta de futuro, difícilmente se podrá llevar a cabo ningún tipo de avance significativo para hacer frente a los desafíos que conlleva el cambio de paradigma de la sanidad. Por lo tanto, corresponde a los actuales gestores de las políticas de salud de este país la responsabilidad de analizar y determinar (en función de todos los pasos definidos en la estrategia plasmada en el anterior esquema) cuáles han de ser las principales líneas estratégicas de I+D+i y hasta dónde pueden mantener las partidas presupuestarias que las hagan posibles, con el fin de que sus frutos puedan garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario a largo plazo.

El objetivo principal de esta parte de la estrategia consiste en establecer una planificación común para englobar y dotar de coherencia a los programas específicos, los cuales se suelen vertebrar, principalmente, en cuatro grandes líneas de investigación:

Programas sobre hábitos de vida: dieta, actividad física, etc., pensados para la prevención de la fragilidad/cronicidad.

Programas destinados al diagnóstico: medicina predictiva, medicina preventiva (p.ej., el papel del *background* genético).

Programas de investigación en nuevos tratamientos más coste-eficaces. Para este tipo de programas es conveniente planificar qué tipo de pacientes va a responder a un determinado tratamiento, y para aquellos que ya estén en tratamiento, analizar si están respondiendo, y en caso negativo, detenerlo.

Programas para el seguimiento del paciente (programas de soporte a paciente).

Cabe tener en cuenta que en la actualidad ya hay programas activos y de éxito en estas áreas y que el objetivo sería aprovechar esta experiencia y las estructuras creadas para establecer y vehicular nuevos programas.

CASO DE BUENAS PRÁCTICAS

Título: Prevención con Dieta Mediterránea (PREDIMED).

Objetivo: Uno de los principales objetivos de la investigación es la transferencia de los resultados a la sociedad. Todas las guías clínicas europeas y americanas señalan que el primer escalón en la prevención y tratamiento de los pacientes afectados por una enfermedad cardiovascular o con riesgo de padecerla es el seguimiento de una dieta saludable, pero existen dudas sobre cuál sería la mejor dieta a recomendar. El estudio PREDIMED (Prevención con Dieta Mediterránea), sufragado por el Instituto de Salud Carlos III, ha demostrado con el mayor grado de evidencia científica la eficacia de la dieta mediterránea tradicional en la prevención de la enfermedad cardiovascular.

Metodología: Este ensayo incluyó 7.447 sujetos a los que se les siguió una media de 5 años. Los análisis intermedios mostraron los efectos beneficiosos de la dieta mediterránea sobre la presión arterial, perfil lipídico, partículas de lipoproteínas, marcadores de oxidación e inflamación y lesiones arterioscleróticas de las carótidas. No obstante, el hallazgo más llamativo fue la reducción del 30% en el riesgo de sufrir un infarto de miocardio, un accidente vascular cerebral y muerte cardiovascular en el grupo tratado con la dieta mediterránea. Una reducción similar a la observada con algunos fármacos como las estatinas, pero sin efectos secundarios y sin coste para el sistema público de salud.

Algunos datos: Los resultados del estudio PREDIMED demuestran que la dieta mediterránea resulta ser una herramienta muy útil en la reducción de la mortalidad global y en la prevención de la enfermedad cardiovascular. La repercusión de estos resultados en los foros de todo el mundo hace presuponer que la dieta mediterránea se incluirá a partir de ahora en todas las recomendaciones terapéuticas de la mayoría de sociedades científicas e instituciones.

Fuente: elaboración propia (basada en datos del Instituto de Salud Carlos III).

Llegado este punto, hay que hacer especial hincapié en la importancia de **optimizar los sistemas de información** desde un gran repositorio público que permita acceder a grandes BBDD. Este repositorio común debería ser una herramienta activa en todo el proceso recogiendo todos los *inputs* y permitiendo el análisis de los resultados que se van produciendo en todo momento. Adicionalmente, ha de servir para dar noticia de todos los procesos de I+D+i que se estén llevando a cabo, así como de cualquier nueva iniciativa que se quiera poner en marcha en este sentido, con el objetivo tanto de evitar duplicidades como de compartir recursos y coordinar esfuerzos.

En este sentido, es fundamental aprovechar toda la información que genera el sistema público de salud este país y que en la actualidad está infrautilizada.

Como parte de la **voluntad de compartir este proceso de I+D+i a nivel europeo**, este sistema de información tendría que estar conectado con sus sistemas análogos en otros países comunitarios y poder así establecer sinergias a escala paneuropea, que permitiesen ahorrar costes y acometer proyectos de mayor envergadura y más ambiciosos.

D. La transformación de la investigación en innovación

Existe una máxima generalmente aceptada que afirma que 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. Quizás este último paso hacia la aplicación útil de la investigación sea una de las principales carencias de la investigación en España. Y esa innovación aplicada ha de tener un objetivo claro y directo, que es el de mejorar la calidad de vida y la salud del paciente: esa es la aplicabilidad que se ha de buscar y conseguir.

Tanto a la hora de realizar investigación, básica o clínica, como en el proceso de innovación, hay que saber establecer **colaboraciones público-privadas**. Una colaboración entre los organismos oficiales antes mencionados y las empresas privadas del sector, con el fin de orientar esta investigación hacia una innovación que se pueda aplicar de forma práctica y sostenible. Es decir, que reporte tanto resultados económicos como beneficios constatables para la salud de los pacientes que motivaron el inicio de todo este proceso.

No hay que olvidar, además, que la innovación y la investigación suponen una parte fundamental de la riqueza de cualquier país, un país que invierte en innovación genera riqueza y esta riqueza retroalimenta nuevos procesos de I+D+i.

La **Alianza por la Investigación y la Innovación en Salud (ALINNSA)** organizada en septiembre de 2011 reunió a los principales representantes del sector biomédico español: instituciones, centros públicos de investigación, empresas y patronales para firmar la carta fundacional. El objetivo de la alianza es el de contribuir a la definición de una estrategia nacional en materia de investigación e innovación biomédica que involucre a todas las administraciones y al sector privado, además de reforzar la visibilidad internacional de este área, fijando una posición común para España ante cada uno de los retos globales que afronta en esta materia.

En su Plan Estratégico (2012), ALINNSA definió 22 áreas temáticas agrupadas en los siguientes ámbitos: enfermedades de órgano-aparato-sistema y épocas de la vida y mecanismos de la enfermedad; tecnologías; programas horizontales en la definición del entorno, provisión de servicios y de fomento de la cooperación. Dentro de estos ámbitos, los aspectos relacionados con el envejecimiento y su abordaje desde las diferentes perspectivas han sido los que más aportaciones han recibido por parte de los miembros de la Alianza.

E. La integración de la innovación dentro del sistema

La innovación ha de ser un elemento fundamental en cualquier acción de cambio que se decida llevar a cabo. Es por esto, que, 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**. Para ello, sería conveniente establecer unas pautas y unos protocolos determinados que faciliten su implementación, ya que, si bien la necesidad parte del ciudadano, la responsabilidad de aplicación ha de partir del que tiene el poder de ejecutarla.

La Guía del Usuario de Compra Pública Innovadora del MINECO

La compra innovadora es una de las posibles formas de integrar la innovación en el sector público.

El desarrollo eficaz de la compra pública innovadora que persigue el MINECO, según se puede leer en su página web, “pretende reforzar el papel de las Administraciones públicas como impulsoras de la innovación empresarial”. Esto se aborda trabajando desde el lado de la demanda del gestor público que saca a licitación los contratos de compra pública innovadora, y desde el lado de la oferta, es decir, desde las empresas que compiten en las licitaciones, ayudándolas en el juego competitivo para participar y presentar ofertas innovadoras en dichos procedimientos de contratación.

De acuerdo con lo anterior, para la ayuda a la demanda, el MINECO publica en su website la “Guía del Usuario de Compra Pública Innovadora”, dirigida a las Administraciones Públicas y demás organismos y entidades del sector público contratantes para la mejor y más adecuada aplicación de los procedimientos de contratación y adjudicación de la compra pública innovadora tanto en su modalidad de Compra Pública de Tecnología Innovadora (CPTI) como en la de Compra Pública Precomercial (CPP), y en tanto que instrumentos diferenciados, pero ambos orientados con igual relevancia al fomento de la política de innovación.

Como resultado final de todo este proceso de I+D+i, se ha de **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 o bien, mediante las experiencias adquiridas, ayudar a iniciar otros nuevos.

CASO DE BUENAS PRÁCTICAS

Título: Compra pública innovadora con el proyecto **Hospital 2050**.

Objetivo: Promover la Compra Pública Innovadora (CPI) como instrumento de política de innovación que tiene como último objetivo dinamizar la innovación y la internacionalización mediante la articulación y fortalecimiento de la demanda tecnológica.

Metodología: Con una inversión de más de 45M€, el H2050 es un gran Plan de Innovación Sanitaria que se ejecutará hasta 2015, cofinanciado por los Fondos FEDER y para el beneficio de las empresas. Este plan incluye una cartera de 9 proyectos que van desde la que será una nueva forma de gestionar la urgencia hospitalaria o una innovadora planta de hospitalización, hasta una central energética, basada en la explotación de recursos renovables, que harán de los hospitales del futuro espacios más seguros, eficientes y amigables con el entorno.

Fuente: elaboración propia (basada en datos Fondos FEDER).

Los beneficios que se obtienen con la I+D+i en prevención

Los beneficios que se derivan de la I+D+i en prevención son muy numerosos y comportan un gran impacto global y transversal en la sociedad. Entre ellos, destaca **asegurar que cualquier actuación que se implemente en el ámbito sanitario sea eficaz y esté justificada**, así como contribuir a respaldar los argumentos más sólidos en la **toma de decisiones estratégicas** que garanticen un sistema de sanidad más eficaz y sostenible. En el ámbito estrictamente económico, los beneficios derivados de la I+D+i no sólo hacen posible un **uso más eficiente de los recursos**, con el consiguiente ahorro que ello implica, sino que, en tanto en cuanto muchas veces conllevan avances tecnológicos comercializables, también acaban generando una **riqueza para el país**.



LOS AGENTES IMPLICADOS EN LA PREVENCIÓN

Quiénes son los agentes implicados en la prevención

Una de las claves para poner en marcha las líneas de actuación que se recomienda en este informe es **conseguir que todos los agentes implicados en la prevención se involucren activamente en su puesta en marcha y desarrollo**. Entendemos como “agentes” a cualquier actor que pueda tener capacidad de decisión, acción o influencia en este proceso de cambio: desde el ciudadano hasta la Administración, pasando por un amplio repertorio de figuras clave que tendrán un papel determinante en alguna o varias fases del proceso (Figura 23).

Figura 23: Esquema de los agentes que intervienen en la prevención

Administración	Profesionales de la salud	Población
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	Médicos de Atención Primaria	Ciudadano
Ministerio de Economía y Competitividad	Médicos Especialistas	Paciente
Ministerio de Educación, Cultura y Deporte	Enfermería	Cuidador
Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas	Farmacéuticos	Familia
Comisión de Sanidad y Servicios Sociales (Congreso)	Fisioterapeutas	Asociaciones de pacientes
Subcomisión de análisis de los problemas estructurales del sistema sanitario	Otros profesionales sanitarios (técnicos, auxiliares, celadores...)	Profesionales Sociosanitarios
Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud	Sociedades Científicas	Psicólogos
Consejería de Salud de las Comunidades Autónomas	Empresa Privada Sanitaria	Sociólogos
Servicios de Salud Regionales	Industria Farmacéutica	Pedagogos
Gestores del Sistema Nacional de Salud	Compañías de Seguros	Asistentes Sociales
Red de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias	Mutuas	Terapeutas Ocupacionales
Otros miembros de la Administración Pública	Otros operadores sanitarios	Otros profesionales sociosanitarios
Profesionales Educación	Empresa Privada no Sanitaria	Medios de Comunicación
Educación obligatoria, universitaria...	Empresas	Medios de Comunicación

Fuente: elaboración propia.

A continuación, se va a analizar más detenidamente el papel concreto de los principales agentes implicados y sus roles en cada una de las fases de este gran proceso de transformación de la sanidad española, tal como se han presentado a lo largo de este informe.

CIUDADANO: (como individuo): es el ciudadano proactivo y consciente de su propia responsabilidad en la adopción de unos hábitos de vida saludable y en su autocuidado, como *Ciudadano Corresponsable* tanto para conseguir una mayor calidad de vida durante más tiempo como para hacer un uso adecuado del sistema sanitario, ayudando así a garantizar su sostenibilidad.

(como colectivo): los ciudadanos pueden ejercer también de *Ciudadanos Corresponsables* formando grupos de presión que aúnen mejor sus necesidades y que puedan influir con más fuerza sobre las políticas sanitarias.

PACIENTE: (como individuo): es el ciudadano que ya padece la enfermedad y se convierte en el eje central de las recomendaciones propuestas en este documento, que tienen como objetivo mejorar su salud y calidad de vida. El paciente, a través de la comprensión de su nueva realidad y de su propia implicación en su autocuidado, puede llegar a ser también un *Paciente Corresponsable*.

(como colectivo): son los pacientes constituidos en diferentes agrupaciones con el fin de apoyarse mutuamente, acceder a un mejor conocimiento de su enfermedad y proporcionar información al resto de ciudadanos sobre la prevención y los tratamientos de la misma. Muchas de las acciones propuestas en este documento implican a este colectivo. Por ejemplo, ayudar a definir cuáles son los aspectos a medir desde el punto de vista de la percepción del paciente sobre la atención que recibe.

CUIDADOR/FAMILIAR: hay que destacar el rol que desempeña la figura del cuidador que, en muchas ocasiones, es familiar del paciente. Esta figura cobra especial importancia en las enfermedades crónicas en las que quienes las padecen no pueden ejercer un papel activo: por ejemplo, en los diferentes tipos de demencias que cada vez afectan a un mayor número de personas mayores. Por lo tanto, serán estos cuidadores los que tengan que asumir este rol de *corresponsabilidad* del paciente, y cualquier iniciativa para potenciar la formación en prevención deberá contar con ellos tanto en su planificación como en su implementación final.

LOS PROFESIONALES SANITARIOS: al tener un trato directo con los pacientes, suelen ser los primeros que detectan sus necesidades. Conocen bien el sistema sanitario y saben qué cambios de base se han de llevar a cabo para poder hacerlo más eficiente y adaptarlo a las nuevas necesidades que están surgiendo. Por ejemplo, los profesionales sanitarios son una pieza clave a la hora de establecer qué información debe recogerse en la historia clínica electrónica de los pacientes y cómo debe accederse a ella para que sea más operativa, o cómo se pueden programar mejor las visitas domiciliarias.

El cambio hacia un modelo sostenible de la prevención sólo será posible si los profesionales sanitarios lo asumen y lo integran en su práctica cotidiana. Hay que lograr que se puedan sentir plenamente partícipes de un proceso de transformación que les ayudará decisivamente tanto a mejorar la atención a sus pacientes como a facilitarles su trabajo diario.

Con esta implicación de los profesionales de la salud se obtiene un triple beneficio:

- **Optimizar cualquier acción:** desde su conocimiento profundo y el contacto directo con los pacientes, son los profesionales los que tienen la capacidad de detectar, recoger y valorar cualquier necesidad.
- **Evitar la puesta en marcha de acciones innecesarias:** cambios sin utilidad práctica o con una utilidad sub-óptima con el consiguiente mal uso de recursos y la frustración asociada entre los profesionales. Frustración que, al final, acaba repercutiendo en todo el sistema.
- **Empoderamiento de los profesionales en el proceso de cambio:** es decir, como resultado de los dos primeros puntos, que los profesionales se impliquen a fondo en el desarrollo y en el impulso de esta gran transformación y en la consecución de su éxito.

Durante las reuniones, los expertos participantes en este informe han querido destacar especialmente el papel de los profesionales de la **enfermería**, ya que están adquiriendo un rol cada vez más importante en la atención al paciente crónico, que necesita una continuidad en el tratamiento. Por ejemplo: cuando se genera una relación de confianza entre paciente y enfermera/o, ante cualquier incidencia el paciente suele llamarla/o para aclarar sus dudas y es este profesional quien las resuelve en el momento o le deriva al profesional adecuado. Funcionan así como un eficaz filtro que evita que muchos pacientes acudan a urgencias o vuelvan a la consulta del médico de manera innecesaria. Por otro lado, además de ser un apoyo técnico, también pueden ser, en muchos casos, un apoyo emocional para muchos pacientes que se sienten solos ante su enfermedad.

PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS: son los responsables de organizar, preparar y controlar las intervenciones de atención física y psicosocial a los pacientes, familiares y a su entorno, por lo que resultarán cada vez más importantes ante el cambio de paradigma. Cada vez se hace más necesaria una estrecha colaboración entre el sector social y el sanitario para poder prestar una atención al paciente crónico más sostenible y de mejor calidad.

EDUCADORES: con este término se engloba a todo agente involucrado en la formación que los ciudadanos pueden recibir en materia de prevención y hábitos de vida saludables a lo largo de su vida.

EMPRESAS PRIVADAS SANITARIAS: desde su posición como agente fundamental, deberían trabajar con el objetivo claro de garantizar la calidad del sistema sanitario español y contribuir a su sostenibilidad, asumiendo la parte de responsabilidad que les compete en el trabajo conjunto que se ha de realizar.

EMPRESAS PRIVADAS NO SANITARIAS: son el motor del cambio desde muchas perspectivas. Por ejemplo: su papel en la integración laboral de los pacientes crónicos, en la promoción de la innovación en prevención, en la aplicación de las TIC a los sistemas de información, etc.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS: como entidades independientes, desempeñan un rol fundamental desde su conocimiento específico en cada área para promover la I+D+i con el objetivo de intentar dar soluciones a muchos de los retos que plantea este cambio de paradigma en la Sanidad.

Los **gestores** (directores de Servicios de Salud, directores de área, gerentes hospitalarios, etc.) en cada centro sanitario o área de salud son los responsables de analizar, evaluar y tomar las decisiones más adecuadas para el correcto funcionamiento de su área de responsabilidad. Sin ellos, como promotores del cambio en su área de acción, estas iniciativas no podrían llegar a convertirse en una realidad.

ADMINISTRACIÓN: tanto a nivel europeo como nacional, autonómico o local, su papel es de vital importancia para que lidere el cambio. Para ello, cada uno de estos organismos ha de saber cooperar y coordinarse entre sí, así como con el resto de agentes implicados ya señalados.

Otro agente especialmente relevante es la **Comisión de Sanidad y Servicios Sociales** como comisión legislativa permanente y órgano básico de trabajo en el Congreso. Está constituida por un número de diputados proporcional a la representación de cada grupo parlamentario en la cámara y trabaja en proyectos y proposiciones de ley o en los asuntos que le encomienda la Mesa del Congreso. En el seno de esta comisión se encuentra la **Subcomisión de análisis de los problemas estructurales del sistema sanitario**, que es donde se efectúa el estudio más detenido de los diversos asuntos sometidos a la consideración de este organismo.

También se ha barajado la posibilidad de que una **Comisión Delegada del Gobierno** se encargue de gestionar las cuestiones que tengan relación con las líneas de actuación apuntadas en el presente documento, ya que implican a varios Ministerios. Esta Comisión se encargaría de resolver aquellos asuntos que, afectando a más de un Ministerio, no requiriesen ser presentados al Consejo de Ministros. Puesto que las Comisiones Delegadas se crean, modifican y suprimen a propuesta del Gobierno vigente, en caso de plantearse la necesidad de un organismo de este tipo, se concretaría si es necesario crear una comisión ex profeso o si los asuntos a tratar pueden ser asumidos por alguna de las comisiones delegadas ya existentes.

Por otro lado, la **Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud**⁹⁷ ha de ser el organismo que se encargará de evaluar las técnicas y procedimientos médicos de cara a su inclusión, exclusión y modificación de las condiciones de uso en la cartera de servicios del SNS, de tal forma que, al igual que el NICE británico, proporcione orientación y asesoramiento para mejorar la atención sanitaria.

97. Orden SSI/1833/2013, de 2 de octubre, por la que se crea y regula el Consejo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud BOE Núm. 244 Viernes 11 de octubre de 2013 Sec. I. Pág. 83136v [Consulta enero 2014] Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2013/10/11/pdfs/BOE-A-2013-10581.pdf>

MEDIOS DE COMUNICACIÓN: es imprescindible su total colaboración y complicidad, porque desempeñan un rol fundamental a la hora de difundir y promover una cultura de la prevención por medio de campañas, programas didácticos, etc.

Cuál es la interrelación entre los distintos agentes implicados

Una cuestión fundamental es establecer qué agente debería ser el desencadenante de todo este proceso de transformación y en qué sentido ha de moverse.

Tradicionalmente los cambios han sido promovidos *desde arriba*, desde una visión alejada de las necesidades reales de los ciudadanos. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que este tipo de cambios tienen un éxito parcial y raramente logran impactar de forma provechosa y duradera en el conjunto del sistema, por lo tanto, se ha de evitar este error ya identificado. Además, tal como se ha visto durante todo este informe, el ciudadano ha de ser el eje central de este gran cambio impulsado desde unas nuevas políticas de salud basadas en la prevención, por lo que tendría que ser éste y sus necesidades el punto de origen de dicho cambio.

Por otro lado, aunque el sentido del cambio tenga que partir de las necesidades de los ciudadanos, y por tanto, tendría que venir de *abajo hacia arriba*, la responsabilidad de esta reforma ha de estar claramente establecida para no caer en el riesgo del inmovilismo, y además, dada su magnitud, debería ser liderada por un organismo con el mayor poder ejecutivo, por lo que, lógicamente, tendría que venir de *arriba abajo*.

¿Cómo resolver esta aparente paradoja? La solución apuntada por los expertos que han colaborado en la elaboración de este informe es desarrollar un **modelo circular de colaboración entre todos los agentes implicados**, de manera que exista una interacción continua entre ellos. Este modelo circular es una combinación entre el modelo *abajo-arriba* 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*, en el que los reguladores identifican los problemas directamente y ordenan su implementación hacia *abajo*. Las ventajas del modelo circular son innumerables pero entre ellas destaca que permite la mejora y adaptación constante a los cambios en base a la retroalimentación permanente que existe entre todos los agentes implicados, tal como se puede ver en la *Figura 24*. 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.

Un cambio que parte del ciudadano garantiza que existe una necesidad real y que el propio ciudadano necesita, espera, valora y participa en dicho cambio.

Figura 24: Esquema del modelo circular



Hasta el momento nadie ha sentido el compromiso de asumir esta responsabilidad de poner en marcha este proceso circular, pero ante la magnitud de los desafíos a los que ha de hacer frente la sanidad de este país, resulta imperativo asumir ese reto sin mayor dilación, y ese **liderazgo ha de venir desde arriba: desde las más altas instituciones del Estado**.⁹⁸

Dada la envergadura y la complejidad de este cambio, este liderazgo lo podría desempeñar una institución política de máximo nivel, como bien podría ser el **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)**. Como máximo responsable de la Sanidad en este país, el MSSSI tendría la responsabilidad de dirigir al resto de ministerios implicados en este proceso de cambio, con el objetivo de elaborar, dotar de recursos y aprobar directrices, planes de actuación y programas referidos al apoyo y el fomento de la prevención en España.

Consecuentemente, su misión debería ser la de concretar y gestionar el cambio con la vista puesta en el futuro, y, pensando de forma innovadora e integradora, guiar el proceso en su dimensión más operativa, resolviendo problemas y evitando acciones que vengán a frenar dicho proceso.

98. Ley orgánica 6/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, BOE núm. 102 (1986) [Consulta julio 2013]
Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>

Desde este punto de partida, en el proceso de ejecución de las acciones que han de conformar esta gran reforma, se ha de ir implicando a todos los estamentos y agentes implicados.

Adicionalmente, también se debería **conformar un grupo de personas y expertos influyentes en diferentes áreas, que se involucren personalmente en el éxito del proceso** como motores adicionales que trabajen a favor del cambio y que, a su vez, se conviertan en referentes en su área de influencia próxima. Personas y expertos que sepan **comunicar en positivo el cambio** necesario y que **sirvan como modelo a seguir**.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En las propuestas sugeridas a lo largo de este documento, abogando por un cambio de las políticas sanitarias de este país en favor de la prevención, se han tenido siempre en cuenta dos objetivos 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 mediante la definición de proyectos viables que consideren tanto los aspectos económicos como los sociales de las políticas de salud que se han de llevar a cabo, teniendo en cuenta:
 - La **sostenibilidad económica**; un cambio que sea financieramente posible y rentable, entendiendo la rentabilidad no sólo en términos monetarios.
 - La **sostenibilidad social**; el mantenimiento de la cohesión social y la capacidad de trabajar para conseguir objetivos comunes. Todo ello desde una voluntad de **equidad** máxima.

Al ser un informe focalizado en fomentar la prevención secundaria y terciaria en España, el grupo de expertos participantes pertenece al ámbito sanitario. Este hecho ha marcado su evaluación de la realidad, sus reflexiones y sus recomendaciones. No obstante, como se apuntaba al inicio de este documento, para poder llevar a cabo esta profunda transformación con las suficientes garantías de éxito en todas sus vertientes, se requiere un enfoque multidisciplinar y transversal. Por ello, las recomendaciones que aquí se hacen pueden y deberían ser enriquecidas por expertos de diferentes sectores.

El momento es ahora

Sin redundar en el discurso de “todo tiempo de crisis es un tiempo de oportunidades”, hay un consenso generalizado entre los expertos participantes acerca de que **este periodo actual de cambios, voluntarios y forzados, es el más propicio para realizar el cambio profundo y global que se propone en este informe.**

Todos los agentes están de acuerdo en que el sistema actual, tal y como lo hemos conocido hasta ahora, no va a ser viable por mucho más tiempo. El cambio profundo que, sin duda, va a llegar, se puede esperar de forma pasiva, aceptando lo que nos venga impuesto... o bien de forma proactiva, sabiendo anticiparse y ayudando a construirlo entre todos y en favor de un modelo de futuro.

Cabe considerar que ningún proceso de transformación puede arrancar exitosamente si todos los agentes implicados no sienten esa misma necesidad de cambiar. Por lo tanto, se debe aprovechar este momento de posturas alineadas en favor de la transformación para realizar propuestas de cambio activo y positivo, como lo es este mismo informe. Pensando en el futuro, romper con el pasado aprovechando lo que tiene de bueno, y volver a reinventarse adaptándose constantemente a un entorno complejo y voluble.

El primer reto es crear un clima ilusionante para el cambio, evitando que éste parta desde la insatisfacción. Esta profunda transformación del modelo sanitario ha de ser impulsada por la evidencia de los riesgos que implicaría mantener la situación actual, y por la capacidad de los impulsores de generar una ilusión por el futuro.

Cómo abordar este cambio de paradigma

Planteados los motivos que nos llevan hacia el cambio, las razones del mismo y la necesidad de iniciarlo de forma inmediata, cabe plantearse cómo hay que abordarlo. La profundidad del cambio propuesto, si se considera en su totalidad, requiere un planteamiento global y transversal:

- Con una **visión sistémica**; no como un conjunto de acciones separadas, sino como un objeto conformado por acciones interrelacionadas, buscando un único propósito. Impactando tanto en el sistema sanitario como en la sociedad, de manera integral.
- De **forma simultánea**; consiguiendo un equilibrio entre las diferentes acciones que han de conformar este cambio. En este proceso nada es más importante o menos importante, los pequeños cambios que han de configurar este Cambio en mayúscula, suman a favor de su consecución.
- A **nivel multidisciplinar**; se requiere una implicación a todos los niveles y de todos los agentes implicados para conseguir un movimiento coordinado y visible.
- De **forma coordinada**; esta coordinación ha de proporcionar también un equilibrio entre lo que aporta cada agente implicado, obteniendo como beneficios la implicación, la rapidez, la eficiencia y el apoyo mutuo, y dando como fruto un resultado compensado, coherente y con visibilidad a diferentes niveles.
- De **forma local y de forma centralizada**; en beneficio de todos y accesible para todos, siguiendo la equidad deseada.

No obstante, también pueden considerarse acciones de cambio de forma aislada, adaptadas a las necesidades y las posibilidades de cada momento, de cada agente... La envergadura de esta transformación no ha de suponer un freno, sino un estímulo para trabajar desde múltiples vertientes y a diferentes escalas.

Teniendo en cuenta también esta posible vía de aproximación, se han definido las propuestas recogidas en este documento.

Lo que forzosamente requiere un proceso de transformación de este tipo es la **participación absoluta, entusiasta y convencida de todos los agentes implicados** sea cual sea su forma de aproximación.

El proceso hacia la consecución del cambio

Este proceso de transformación ha de reconfigurar la realidad actual, pero también retroalimentarse, estableciendo un cambio continuo. Es decir, es un proceso que se inicia y que va más allá de la coyuntura de un momento puntual, es una transformación que ha venido para quedarse y para ser el motor de nuevos modelos sanitarios y sociales.

Primero, hay que **identificar cuál es la necesidad para establecer una acción de cambio**, esto servirá para comprender y destacar los motivos para ese cambio. El proceso para cualquier acción encaminada a la consecución del cambio ha de partir de la detección y de la comprensión de las necesidades actuales, y de cómo han de ser cubiertas. Todo proceso de este tipo es más fácil cuando se sabe hacia dónde se dirige y por qué merece la pena cambiar.

Seguidamente, hay que **tomar la decisión de iniciar este proceso**, decisión que implica a su vez una pérdida y conlleva la posibilidad del error. No obstante no podemos caer en la indecisión, porque en este proceso no se puede renunciar a tomar decisiones.

Las **decisiones han de ser ágiles**, debe estar definido desde el inicio quiénes tendrán el rol de aprobar, ejecutar, controlar y validar, así como los mecanismos y los tiempos que se utilizarán.

Tomada la decisión, cabe **coordinar su ejecución** y, por supuesto, **ejecutarla**.

Figura 25: Esquema de adaptación al cambio constante

EL PROCESO DE CAMBIO



Mantener el cambio, más allá de la coyuntura del momento, cambio que ha venido para quedarse y para ser el motor de nuevos cambios

Fuente: elaboración propia.

El sistema también ha de establecer procesos que permitan **medir el efecto del cambio**, por lo tanto, han de establecerse herramientas de autoevaluación encaminadas a medir el impacto, y que, desde una visión crítica permitan ajustar cada parte del proceso y detectar áreas de mejora que incidan en la eficacia del propio sistema.

Durante **todo el proceso** que conduce hacia nuestro objetivo, cabe considerar que la **comunicación** ha de ser constante, un elemento clave para alinear a todos los agentes con el ritmo del cambio y para celebrar las metas cumplidas: se tendrían que reconocer y celebrar los logros a medida que se van alcanzando.

Este proceso de cambio debe considerar el pasado y **la realidad presente**, no ha de pretender hacer tabula rasa, sino partir de los logros obtenidos, que no son pocos. Antes de emprender cualquier acción, por lo tanto, cabe:

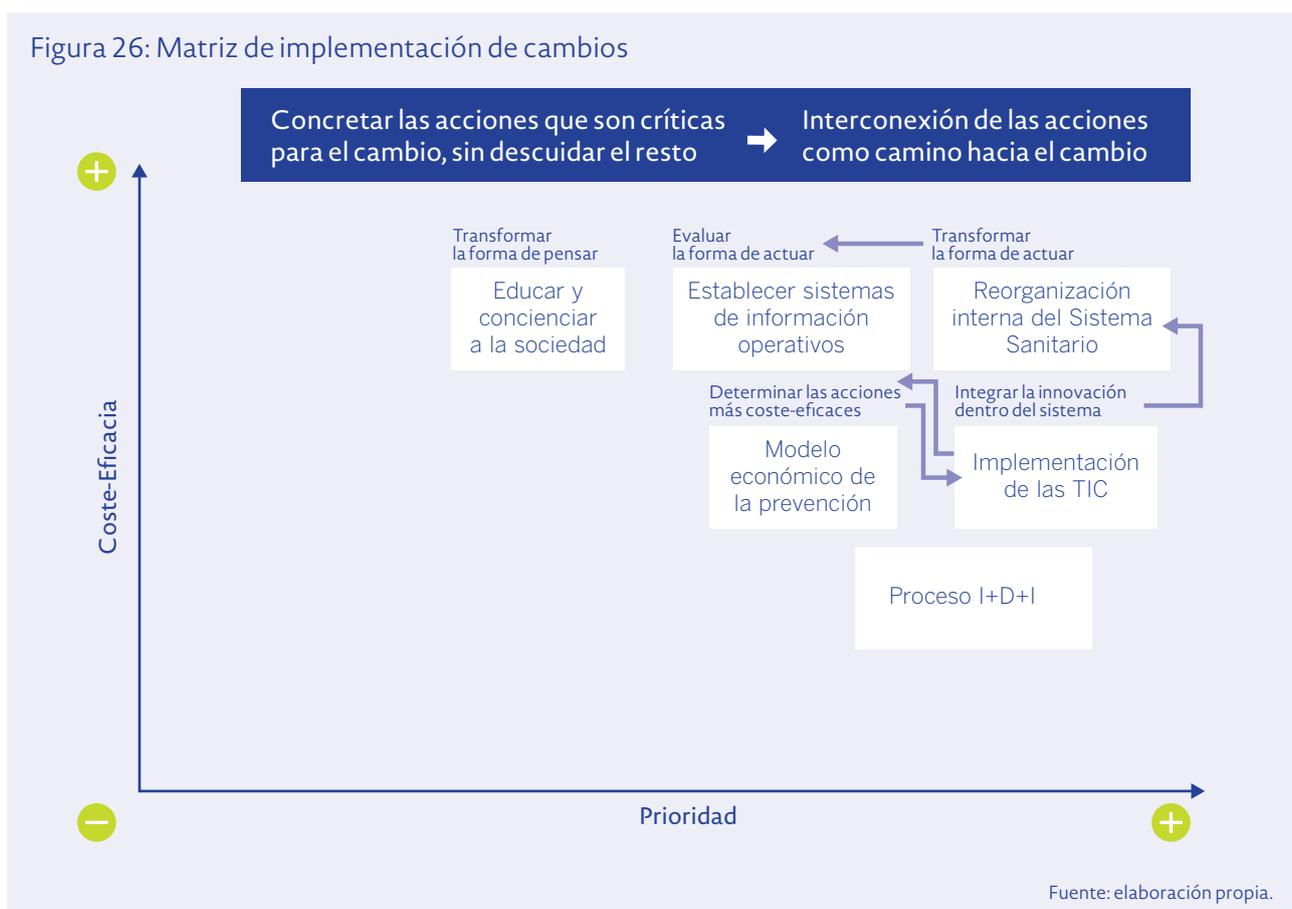
- Investigar ejemplos actuales que han funcionado y seguir sus enseñanzas, entendiendo que no es necesario empezar de cero. Los ejemplos de éxito pueden encontrarse tanto en nuestro ámbito más cercano como a nivel internacional.
- Establecer qué actitudes / prácticas actuales se deberían modificar porque no favorecen el proceso y podrían lesionarlo.
- Detectar qué no se está realizando aún, y qué se debería comenzar a hacer.

Los colaboradores en este proyecto somos conscientes de que establecer estrategias a largo plazo es un aspecto crítico, cuando lo que se espera y se valora son los resultados a corto plazo y el futuro es algo incierto. Pero es la única forma de conseguir transformar la sociedad, ya que son necesarios años, inversión, establecer cambios legislativos, consolidar un cambio de mentalidades etc., para ver resultados. Estamos firmemente convencidos de que los esfuerzos presentes se verán recompensados por importantes beneficios en el futuro.

Por dónde empezar

Dentro de cualquier proceso de cambio es necesario concretar las acciones que son críticas para su consecución, teniendo siempre en cuenta que no se pueden descuidar el resto (Figura 26).

Figura 26: Matriz de implementación de cambios



La **I+D+i** es un aspecto transversal y omnipresente en todos los momentos del cambio; y debería estar en el origen del proceso y presente a lo largo del mismo. Siempre que hay un cambio, y más un cambio

de la envergadura al que nos enfrentamos, tiene que haber un proceso de investigación. En este sentido, resulta clave comprender que esta investigación ha de tener una aplicación real, práctica y eficaz para poder ser considerada como innovación.

Por otro lado, se ha de subrayar que existen muchos tipos de innovación que se pueden llevar a cabo durante este proceso de transformación, y para los que no es necesaria la I+D ni la implementación de sofisticadas herramientas tecnológicas ni grandes inversiones en investigación. Muchas de las innovaciones que se tendrán que introducir a todos los niveles serán tan sólo de tipo organizativo, y aunque gran parte de ellas vayan asociadas al uso de las TIC, la clave para poder llevarlas a cabo no es tanto una cuestión de tipo tecnológico, sino de una actitud más abierta y proactiva por parte de todos los agentes implicados. Una actitud más dinámica y con amplitud de miras, que les permita aportar nuevas soluciones, más creativas e innovadoras, y superar así la rigidez y las trabas administrativas del sistema actual.

La innovación ha de entenderse como la transformación de las ideas en beneficio, no como un gasto.

Por lo tanto, otro punto fundamental es **promover una mejora del funcionamiento interno del sistema**. Ésta cabe plantearla como una transformación destinada a establecer un sistema más eficaz, más coordinado, más resolutivo, más flexible, más competitivo, menos jerarquizado, menos estanco y, de alguna manera, más comprometido con la consecución de éxitos comunes, más allá de la autoría de los mismos. Y, por supuesto, abierto y en constante adaptación, en constante innovación. Esta reorganización ha de estar guiada por la necesidad de abordar la cronicidad desde todos los ámbitos posibles (prevención, control, gestión etc.) de forma muy distinta a como se está haciendo en la actualidad. Se trata de un cambio fundamental, complejo, pero es la propia cúpula del sistema la que tendría que dar este primer paso al frente, mostrándose como ejemplo a seguir.

En este contexto, hay que destacar el papel que desempeñarán las **TIC como herramientas clave** para alcanzar el cambio:

- En primer lugar, apoyando un sistema de información (de recogida y de explotación) que permita, fundamentalmente, mejorar la asistencia al paciente. Herramientas que permitan tomar decisiones de forma fácil, eficiente y efectiva para el clínico y el paciente. Que sirvan para compartir y sumar experiencias y conocimientos.
- Herramientas para medir y evaluar cualquier acción. Comprendiendo así cómo se está implementando el cambio y qué beneficios se están obteniendo.
 - Considerando los aspectos que se han de medir y que han de relacionarse con indicadores de salud real; indicadores de salud percibida e indicadores no vinculados directamente con la salud, pero que, de forma colateral, se ven impactados por las acciones promovidas.
 - Y teniendo en cuenta que esta información ha de servir también a los gestores y la Administración para incentivar las buenas prácticas, trabajando a favor de la promoción del cambio.

Los participantes en este proyecto insistimos en la necesidad de invertir adecuadamente en las TIC para la consecución del resto de acciones propuestas. Son el cimiento que servirá para construir el nuevo sistema sanitario basado en la prevención. Si no hay información, no se podrá evaluar, ni medir, ni decidir nada basándose en los datos correctos. Pero estas inversiones han de partir del sentido común, definido en esta premisa: “tener claro dónde queremos llegar y qué nos podemos permitir ahora”. Es decir, tal vez no se puedan costear ahora mismo todas las TIC que harían falta, pero sí se puede ir trabajando en los sistemas de información que se quiere llegar a tener. Por ejemplo, se pueden ir desarrollando herramientas “puente”, que hagan posible las migraciones necesarias y en cuanto sea posible ir invirtiendo en la mejora de estos sistemas; todo esto permitirá ir avanzado y progresando desde ahora mismo.

En conclusión, antes de invertir en TIC, hay que generar un consenso entre todos los agentes implicados acerca de que esta inversión resulta imprescindible, y establecer un diálogo con los principales colectivos afectados (profesionales sanitarios, gestores, etc.) para definir cuáles son sus necesidades reales: “¿Qué información te haría falta para mejorar tu toma de decisiones?”, “¿Cómo podría tu práctica mejorar la toma de decisiones de otro?”, etc. Una vez definidos y evaluados todos estos aspectos en función de su coste económico, se podría buscar una fórmula de partenariado público-privado con empresas del sector, que podrían ayudar a sufragar estas inversiones.

En relación al **nuevo modelo económico de la Sanidad**, hay que subrayar que ha de dar un soporte global porque sin este apoyo ningún otro cambio es posible. Se trata, pues, de decidir cómo se gestionan los recursos y qué prioridades se establecen. En consecuencia, en temas económicos, hay que conocer en todo momento cuáles son las mejores acciones según un análisis coste-eficacia, e intentar medir ese CE con el objetivo de que se pueda hacer un seguimiento estricto, que garantice que cada partida invertida tiene un retorno correcto, según lo previsto. Sin embargo, también se deberá tener en cuenta que este retorno no siempre es de fácil medición y que no se pueden esperar resultados a corto plazo. Por lo tanto, resulta fundamental determinar qué aspectos se van a medir, para poder comprobar si una acción ha sido eficaz o no.

En definitiva, **la medición de todos estos procesos de cambio, de una manera transversal, precisa y funcional**, resultará clave para poder evaluar los resultados e ir introduciendo las mejoras y rectificaciones pertinentes en cada caso.

En este contexto, los expertos participantes han apuntado que, en este nuevo modelo económico, habrá que dar un nuevo impulso a la **colaboración público-privada**. En el resto de Europa no se entiende cualquier gasto sanitario si no pasa por colaborar con los agentes privados, que cuentan con recursos y además tienen mayor flexibilidad en la gestión. Por lo tanto, se aboga por una nueva relación con el sector privado para que éste pueda agruparse en grandes corporaciones que puedan asumir relaciones de partenariado más provechosas para ellas mismas y para la Administración, que redunden siempre en el beneficio final de los ciudadanos, como pacientes y como contribuyentes.

Señalar por último que todo este proceso de transformación de la sanidad española impactará directamente en la **sociedad** y en un cambio de mentalidad a favor de la prevención, a favor de la salud y de la mejora en la experiencia asistencial del paciente.

En este sentido, habrá que incidir en aspectos relacionados **con la cultura y la educación**; no habrá que desaprovechar oportunidades de crear conciencia individual y colectiva en favor de la salud, de la prevención y del uso adecuado de los recursos y, en definitiva, de la aceptación de la enfermedad como una parte de la vida misma; no sólo un problema, sino una condición más del ser humano.

Y tener siempre en mente por qué hay que cambiar y cuáles son los beneficios por conseguir

Como se ha comentado ya a lo largo de este informe, **el cambio resulta ineludible y debe abordarse cuanto antes**. Es necesario dar un primer paso, que sea suficiente para empezar a creer. Será un camino duro y complicado, construido por muchos pasos grandes y pequeños de todos los agentes implicados, y de todas las personas que se irán sumando a medida que se vaya progresando y avanzando. **Y será un camino de largo recorrido**: no hay que dejarse llevar por la presión de los resultados inmediatos.

De momento, hay que destacar que el conjunto de acciones a desarrollar para lograr un nuevo modelo sanitario tal y como se han definido en este informe, no va a quedar simplemente como una reflexión teórica, sino que va a convertirse en realidad, en forma de **Proyecto Piloto en la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha**.

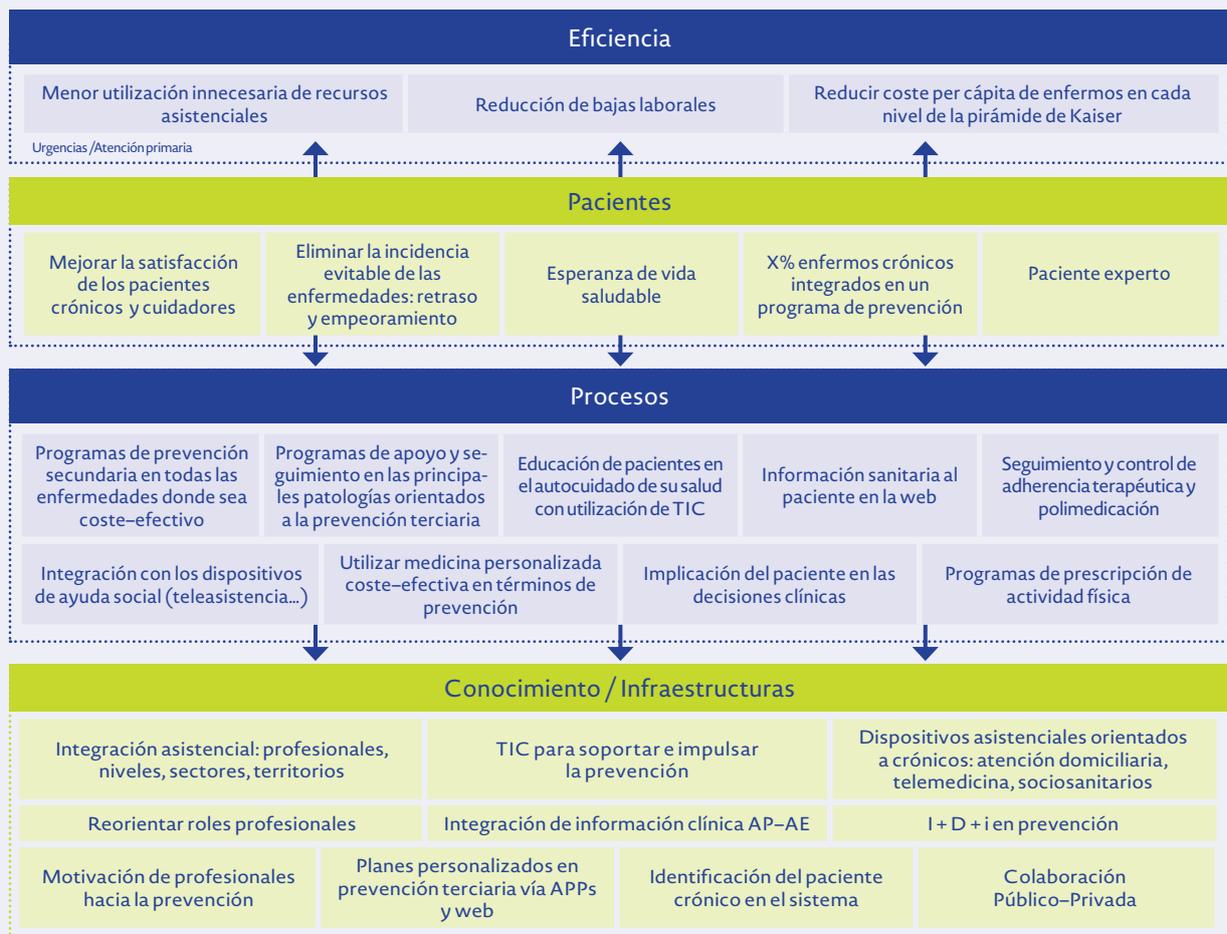
Uno de los expertos participantes en este informe es el actual director del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), quien, junto con su equipo, ha asumido el reto de realizar un pilotaje de las acciones desarrolladas y recomendadas en este libro, incorporándolas dentro de su actual plan de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

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 27: Mapa estratégico de acciones a desarrollar por un servicio de salud



Fuente: elaboración propia.

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, decidido 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.

Desde la perspectiva de la eficiencia, este pilotaje tendrá en cuenta el coste per cápita de los enfermos a medio y largo plazo y cada nivel de cronicidad debería ser reducido al optimizarse la utilización de recursos asistenciales. No obstante, se ha de tener en cuenta que los programas preventivos tienen un coste a corto plazo. Por tanto, habría que balancear en la implantación de las políticas de prevención y de los costes de cada programa respecto a los resultados esperados, tanto a nivel asistencial como de mejora de la eficiencia. La prevención es imprescindible dentro de cualquier estrategia de desarrollo a largo plazo de un

servicio de salud, pero eso no significa que cualquier acción preventiva esté justificada a cualquier coste, sino que debemos introducir una evaluación económica y asistencial rigurosa en cada proyecto a implantar. Es igualmente importante tener en cuenta los beneficios en términos de eficiencia para el conjunto de la sociedad, y no sólo para el sistema sanitario. Un referente importante es la reducción de costes sociales por menores bajas laborales del ciudadano enfermo respecto del sano. Este es otro de los objetivos en términos de eficiencia.

Para conseguir estos objetivos, durante este pilotaje será necesario actuar sobre procesos clave en la organización:

- Implantar procesos de prevención secundaria en las patologías donde el balance de coste-efectividad sea más favorable.
- Introducir, dentro de las estrategias de atención al paciente crónico, programas de prevención terciaria en las patologías más relevantes.
- Fortalecer las estrategias de formación de pacientes con apoyo de las TIC.
- Introducir información sanitaria útil a efectos de prevención en la página web de los Servicios de Salud.
- Introducir programas que mejoren el seguimiento y el control adecuados de pacientes polimedicados, así como la adherencia terapéutica.
- Desarrollar estrategias de atención al paciente crónico que aprovechen los dispositivos de cuidados ya desarrollados en el ámbito social, como la teleasistencia o la ayuda a domicilio.
- Aprovechar aquellos avances de la medicina personalizada que sean coste-efectivos de cara a desarrollar estrategias de prevención focalizadas en pacientes especialmente propensos a contraer determinadas enfermedades.
- Participación activa del paciente en las decisiones clínicas que le afectan.
- Programas de prescripción de la actividad física adecuada a las necesidades de los pacientes.

Por otro lado, dentro de este pilotaje se plantean cambios estructurales que deben ser pilares organizativos con el fin de permitir el desarrollo de los objetivos planteados de cara a los procesos por definir:

- **Desarrollar los procesos de integración.** La prevención necesita el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios y sociales, y ésta debe verse favorecida por los procesos de integración, tanto de niveles asistenciales en el ámbito sanitario, como de coordinación con el ámbito social.
 - El abordaje de patologías crónicas y el énfasis en la prevención necesita de un esfuerzo organizativo importante en todo el sistema sanitario.
- **Reorientar el sistema sanitario** para favorecer la prevención supone reorientar el trabajo de los profesionales y aprovechar el potencial para aportar valor de las distintas profesiones sanitarias. El papel de la enfermera de Atención Primaria es fundamental para el desarrollo de las estrategias de prevención.
- Los **sistemas de retribución variable y de reconocimiento profesional** deben valorar adecuadamente las actuaciones, los conocimientos, los resultados asistenciales y la generación de conocimiento de los profesionales en el ámbito de la prevención.

- Las **TIC** han de ser un factor clave a la hora de apoyar las estrategias de prevención y de posibilitar su implantación y evaluación. En este sentido, es fundamental que los sistemas de información faciliten la integración de información clínica relevante y estructurada que permita el trabajo por procesos de los profesionales sanitarios de atención primaria y especializada.
- **Nuevos canales**, como las APPs para smartphones, deben de aportar herramientas personalizadas para favorecer hábitos saludables y el seguimiento personalizado del paciente.
- Los **sistemas de información** deben de permitir el seguimiento personalizado del paciente crónico para favorecer la implantación de estrategias de atención específicas.
- La **colaboración entre el sector público y el privado** debe orientarse a favorecer igualmente la implantación de las estrategias de prevención planteadas. Muchos proveedores privados de servicios pueden aportar valor sin incrementar el coste de forma significativa de cara al seguimiento a domicilio de pacientes crónicos.

El proceso de implantación del mapa estratégico, siguiendo la metodología del Balanced Scorecard⁹⁹ (en castellano, Cuadro de Mando Integral), supondría desarrollar, a partir de los grandes objetivos del mapa, las siguientes acciones:

- **Desarrollar indicadores** para los objetivos, e identificar relaciones de causa-efecto relevantes.
- **Formular metas anuales** para cada uno de los objetivos.
- **Desarrollar planes de acción** específicos para cada uno de los objetivos.
- **Implementar un sistema de información** que nos permita el seguimiento de los indicadores de los objetivos, las desviaciones respecto a las metas y respecto a los hitos de los planes de acción.
- **Introducir una sistemática de evaluación** que permita analizar las desviaciones y reformular los objetivos en función de los resultados obtenidos y de la experiencia en el proceso de implantación de la estrategia.

El proceso de pilotaje de la estrategia de prevención en el SESCOAM 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.

99. Kaplan, R y Norton, D. The Balanced Scorecard: Translating Strategy Into Action (1996). Harvard Business Press Books [Consulta marzo 2013].

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.

En definitiva, los principales beneficios que se persiguen con la aplicación del conjunto de recomendaciones contenidas en este informe son, principalmente, mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, en general, y mejorar el grado de satisfacción de los pacientes.

Y, en tanto en cuanto la misión de la Sanidad es velar por mantener esa calidad de vida de la población, este informe también pretende conseguir que el sistema sanitario obtenga un mayor ratio de salud para los ciudadanos por cada euro que éstos invierten en el sistema a través de sus impuestos.

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, tomando en consideración las acciones de cambio apuntadas con el fin de que puedan ser adaptadas y desarrolladas con la profundidad que requieran en cada caso, por los respectivos especialistas de cada área. La envergadura de esta transformación no ha de suponer un freno, sino un estímulo para trabajar desde múltiples vertientes y a diferentes escalas.

Hay que empezar a caminar juntos ahora para lograr alcanzar una gran meta común: mejorar la salud global de la población de este país.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Autocuidado: literalmente forma propia de cuidarse a uno mismo. En la salud es acuñado en 1991 por la teórica Dorothea Orem, definiéndolo como la “capacidad de las personas de asumir de forma voluntaria el cuidado y el mantenimiento de su salud así como de prevenir enfermedades mediante el conocimiento y prácticas que les permitan vivir activos y saludables”.

AVAC (años de vida ajustados por calidad): ver QALYs.

DALY (Disability-Adjusted Life Year): es un indicador que sirve para mostrar cuáles son las enfermedades que producen muerte de manera más prematura. Se expresa como la suma algebraica de los años que habrían vivido los individuos si hubiesen cumplido con la esperanza de vida según región y sexo y los años de vida potencialmente discapacitados.

Deterioro Funcional: pérdida de autonomía para al menos una de las actividades básicas de la vida diaria, con respecto a la situación previa.

Diagnóstico Precoz: programa epidemiológico de salud pública, de aplicación sistemática o universal, para detectar en una población determinada y asintomática, una enfermedad grave, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad asociada.

Gestión de Casos: proceso que desarrolla el enfermero gestor de casos administrando y coordinando todos los recursos disponibles y necesarios para ayudar al paciente durante todo el proceso de su enfermedad.

Hospital de día: estructura sanitaria asistencial en la que el paciente recibe las técnicas terapéuticas que requiere sin necesidad de abandonar su entorno familiar. El paciente es internado durante unas horas para diagnóstico, investigaciones clínicas o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en el hospital.

Hospital de Media y Larga Estancia: hospitales destinados a la atención de pacientes que precisan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, pero que no pueden proporcionarse en su domicilio y requieren un periodo prolongado de internamiento.

Integración Laboral: empleo integrado en empresas normalizadas, es decir, empleo exactamente igual y en las mismas condiciones de tareas, sueldos y horarios que el de cualquier otro trabajador sin discapacidad, en empresas donde la proporción mayoritaria de empleados no tenga discapacidad alguna.

KPI (Key Performance Indicator): un indicador seleccionado considerado indispensable para monitorear el desempeño de un objetivo estratégico, el resultado general o el resultado de un área clave para el éxito de una actividad y el crecimiento de la organización en su conjunto.

Medicina Personalizada: productos y servicios que permiten aplicar, de manera directa o indirecta, los conocimientos derivados de los avances en genómica y proteómica y el diseño de estrategias a medida en términos de prevención y tratamiento.

Open Data: “Datos abiertos” (open data en inglés) es una filosofía y práctica que persigue que determinados datos estén disponibles de forma libre para todo el mundo, sin restricciones de copyright, patentes u otros mecanismos de control.

Paciente Crónico: paciente con varias patologías crónicas, merma en su autonomía, discapacidad y fragilidad clínica.

Paciente Pluripatológico: no hay una definición universalmente aceptada. El término se maneja para referirse a un perfil de paciente con determinadas características, como: paciente con más de una enfermedad crónica, siguiendo tratamientos complejos, con síntomas continuos o frecuentes agudizaciones y hospitalizaciones, con autonomía disminuida y deterioro funcional, y con frecuente fragilidad psicosocial.

Prevención: preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo.

Prevención Secundaria: detectar y aplicar tratamiento para las enfermedades en estadios muy tempranos; han de existir factores de riesgo o signos de la presencia de una enfermedad. La intervención tiene lugar al principio de la enfermedad, siendo su objetivo principal impedir o retrasar el desarrollo de la misma.

Prevención Terciaria: intervención que se realiza cuando ya se ha instaurado la enfermedad y se intenta evitar que empeore y que se produzcan complicaciones, siendo su objetivo principal eliminar o reducir las consecuencias del desarrollo de la misma.

QALYs (Quality Adjusted Life Years): unidad de medida de la calidad de vida percibida de los individuos producida mediante una intervención sanitaria, combinada con los años ganados gracias a esta intervención (AVAC en castellano).

Responsabilidad Social Corporativa (RSC): contribución activa y voluntaria al mejoramiento social, económico y ambiental por parte de las empresas, generalmente con el objetivo de mejorar su situación competitiva, valorativa y su valor añadido.

BIBLIOGRAFÍA

- Abásolo, L. et al. (2005). A Health System Program To Reduce Work Disability Related to Musculoskeletal Disorders. *Annals of Internal Medicine*, 2005; 143(6):404-414.
- Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Departamento de Sanidad y Consumo de Sanidad y Consumo. País Vasco: transformando el Sistema de Salud 2009 - 2012 Gasteiz: Autor [Consulta febrero 2014]
— Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-skprin01/es/contenidos/informacion/principios_programaticos/es_sanidad/adjuntos/transformando_sistema_salud.pdf
- 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
- Anguita-Guimet, A. et al (2011). Nuevo modelo de autogestión profesional en atención primaria. *Semergen*. 2012;38(2):79-86 [Consulta febrero 2014]
— Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen-medicina-familia-40/articulo/nuevo-modelo-autogestion-profesional-atencion-90108500>
- Antón Rodríguez, C. (2011). Planes de Salud de las Comunidades Autónomas: homogeneidad y divergencias. (Tesis doctoral inédita). Facultad de Económicas. Universidad Carlos III.
- Bindman, A. B.; Blum, J.D. y Kronick, R. (2013). Medicare's Transitional Care Payment. A Step toward the Medical Home. *The New England Journal of Medicine*, 2013; 368:692-694. [Consulta febrero 2014].
— Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1214122>
- Björnberg, A. Health Consumer Powerhouse Euro Health Consumer Index 2012 Report. [en línea] 2012 [Consulta julio 2013]
— Disponible en: <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>
- Bohmer, R. M. J. (2010). Fixing Health Care on the Front Lines. *Harvard Business Review* [en línea] 2010. [Consulta febrero 2014].
— Disponible mediante suscripción en: <http://hbr.org/2010/04/fixing-health-care-on-the-front-lines/ar/1>
- 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/>
- Blumenthal, D. y Tavenner, M. (2010). The "Meaningful Use" Regulation for Electronic Health Records. *The New England Journal of Medicine*, 2010; 363:501-504. [Consulta febrero 2014].
— Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1006114>

- Centros de Atención Primaria de Les Corts, Comte Borrelly Casanova (página web) [Consulta febrero 2014].
— Disponible en: http://www.capcasanova.cat/es_noticies/102/el-proyecto-gapi-obtiene-el-premio-a-mejor-capsula-de-innovacion-en-el-mihealth-forum
- Comisión Europea. (2012). La aportación de la Unión Europea al envejecimiento activo y a la solidaridad entre generaciones. Bélgica: Autor [en línea] 2012 [Consulta junio 2013]
— Disponible en: <http://bookshop.europa.eu/es/la-aportaci-n-de-la-ue-al-envejecimiento-activo-y-a-la-solidaridad-entre-las-generaciones-pbKE3212224/>
- Committee on Patient Safety and Health Information Technology; Board on Health Care Services; Institute of Medicine. (2011). Health IT and Patient Safety: Building Safer Systems for Better Care. Washington, DC: The National Academies Press, 2012. [Consulta febrero 2014].
— Disponible mediante suscripción en: <http://www.iom.edu/Reports/2011/Health-IT-and-Patient-Safety-Building-Safer-Systems-for-Better-Care.aspx>
- Comunidad de Madrid. (2014, 31 de Enero). Siete hospitales se incorporan al sistema de la Historia Clínica Electrónica. Madrid: Autor [en línea] 2014 [Consulta febrero 2014].
— Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Actualidad_FA&cid=1354303940971&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura
- CSIC (2010). Lychnos. Cuadernos de la Fundación General CSIC. N°2 de Septiembre de 2010. Madrid: Autor [en línea] 2010 [Consulta junio 2013]
— Disponible en: http://www.fgcsic.es/lychnos/upload/publicacion.6.ficPDF_castellano.Lychnos_02_esp.pdf
- 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>
- España. Congreso de los Diputados. Proposición no de Ley para la constitución de una Comisión para el análisis, evaluación y propuestas de mejoras del Sistema Nacional de Salud (1990, 25 enero). Madrid: Autor [en línea] 1990 [Consulta julio 2013]
— Disponible en: <http://www.consorcio.org/accesos-directes/patronal/documents-i-publicacions/articles-i-publicacions-d2019interes/resumen%20informe%20abril.pdf>
- 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>
- España. Ministerio de Economía y Competitividad. Instituto Nacional de Estadística. España en cifras [en línea] 2013 [Consulta mayo 2013]
— Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924856416&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGratis
- España. Ministerio de Economía y Competitividad. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de Vida al Nacimiento [en línea] 2012 [Consulta mayo 2013]
— Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?per=12&type=db&divi=IDB&idtab=43>

- España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. INE 2013, Presentación de la encuesta nacional de salud: ENSE 2011-2013 [en línea] 2013 [Consulta julio 2013]
— Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/PresentacionENSE2012.pdf>
- Financial Times (2013). Reports. FT Health. Sustainable Healthcare. Thursday June 20 2013. London: Author [en línea] 2012 [Consulta julio 2013]
— Disponible en: <http://im.ft-static.com/content/images/4ca1eaf4-d7a8-11e2-8279-00144feab7de.pdf>
- García-Altés, Anna. Los AVAC: definición, limitaciones y aplicaciones. Agencia de Salud Pública de Barcelona. Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Publicado en el Informatiu AATRM, n. 38, enero de 2006 [Consulta enero 2014].
— Disponible en <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/html/es/dir384/doc10291.html>.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Salut. Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana 2012. Valencia: Autor [Consulta marzo 2014]
— Disponible en: <http://iv.congresocronicos.org/documentos/plan-de-atencion-pacientes-cronicos-valencia.pdf>
- Grossman, M. (1972) The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation, National Bureau of Economic Research, Inc (páginas 39-54)
- Grupo de Atención Temprana (2005). Libro Blanco De La Atención Temprana. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. [en línea] 2005 [Consulta julio 2013]
— Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/doc/LibroBlancoAtenci%C2%A6nTemprana.pdf>
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). “DOCUMENTO DE CONSENSO ATENCIÓN AL PACIENTE CON ENFERMEDADES CRÓNICAS” Sevilla (2011) [Consulta febrero 2014]
— Disponible en: http://www.opimec.org/media/files/Enfermedades_Crnicas_V02.pdf
- Hawkes, N. (2013) BMJ 2013;347:f5479. [Consulta febrero 2014].
— Disponible mediante suscripción en: <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f5479>
- 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/healthatglanceeurop.htm>
- Hood, L.; Galas, d (2009). “Systems biology and emerging technologies will catalyze the transition from reactive medicine to predictive, personalized, preventive and participatory (P4) medicine”. IBC, 1(2), pág. 6, 1-4. [en línea] 2009 [Consulta julio 2013]
— Disponible en: http://www.ibr7.org/article/journal_v.php?sid=43
- Informe Bernat Soria. 2011. [Consulta septiembre 2013]
— Disponible en: http://www.abbott.es/sala_prensa/bernatsoria/informe_bernatsoria.pdf
- Instituto Nacional de Estadística (2013). Encuesta Europea de Salud en España 2009. Estados de salud: Cifras absolutas. Madrid: autor [en línea] 2013 [Consulta julio 2013]
— Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do;jsessionid=A9E43A488642FC7B60D3542966AFE9F7.jaxi03?type=pcaxis&path=/t15/p420&file=inebase&L=0>

- Isetta, V. et al (2014). Telemedicine-based approach for obstructive sleep apnea management: building evidence. *Interact J Med Res.* 2014 Feb 19;3(1):e6. [Consulta febrero 2014]
— Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24554392>
- Jover Jover, J.A. (2013). Intervención inmediata: Análisis y resultados de los programas de intervención temprana en patología osteomioarticular implantados. II Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social. Madrid, 7 y 8 de noviembre. [Consulta febrero 2014]. (Paper).
- Kaplan, R y Norton, D. *The Balanced Scorecard: Translating Strategy Into Action* (1996). Harvard Business Press Books [Consulta marzo 2013]
- Lee, T.H. (2012). Care Redesign. A path Forward for Providers. *The New England Journal of Medicine*, 2012; 367:466-472. [Consulta febrero 2014].
— Disponible en: http://www.acponline.org/about_acp/chapters/vt/careredesignarticle_aug12.pdf
- Legido-Quigley, H. et al. (2013). *BMJ* 2013;346:f2363 [consulta febrero 2014].
— Disponible mediante suscripción en: <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f2363>
- Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre BOE Núm. 289 Martes 3 de diciembre de 2013 Sec. I. Pág. 95635 [Consulta enero 2014]
— Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2013/12/03/pdfs/BOE-A-2013-12632.pdf>
- Ley orgánica 6/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, BOE núm. 102 (1986) [Consulta julio 2013]
— Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
- Mandl, K.D. y Kohane, I.S. (2009). No Small Challenge for The Health Information Economy. *The New England Journal of Medicine*, 2009; 360:1278-1281. [Consulta febrero 2014].
— Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0900411#t=article>
- Mayol, Julio (14 de octubre de 2012) Adiós ePaciente. Bienvenido Appaciente [Consulta marzo 2014]
— Disponible en: <http://medicablogs.diariomedico.com/juliomayolmd/2012/10/14/adios-epaciente-bienvenido-appaciente/>
- Ministerio de Economía y Sostenibilidad (2013). *Horizonte 2020*. Madrid: Autor. [en línea] 2013 [Consulta octubre 2013]
— Disponible en: <http://eshorizonte2020.es/que-es-horizonte-2020/horizonte-2020-en-espana>
- 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.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf
- 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>

- 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>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. [en línea] 2012 [Consulta julio 2013]
— Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto de información sanitaria (2011.) BARÓMETRO SANITARIO, 2011. [en línea] 2011 [Consulta julio 2013]
— Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2011_total_marginales.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística (2013). Presentación de la encuesta nacional de salud: ENSE 2011-2012. Madrid: Autor. [en línea] 2013 [Consulta octubre 2013]
— Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/PresentacionENSE2012.pdf>
- Mountford, J.; Davie, C. (2010). JAMA. 2010;304(21):2407-2408. [Consulta febrero 2014].
— Disponible mediante suscripción en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=186977>
- Murray, C.J.L. et al. GBD 2010: design, definitions, and metrics The Lancet, Volume 380, Issue 9859, Pages 2063-2066, 15 December 2012 [Disponible mediante suscripción]
Para consultar los datos: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns> (Consulta realizada en febrero 2014)
- Naciones Unidas (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. [en línea] 2006 [Consulta julio 2013]
— Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcccconvs.pdf>
- National Research Council. Core Measurement Needs for Better Care, Better Health, and Lower Costs: Counting What Counts: Workshop Summary. Washington, DC: The National Academies Press, 2013 [Consulta enero 2014]
— Disponible en: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=18333
- OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. [Consulta febrero 2014].
— Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
- Orden SSI/1833/2013, de 2 de octubre, por la que se crea y regula el Consejo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud BOE Núm. 244 Viernes 11 de octubre de 2013 Sec. I. Pág. 83136v [Consulta enero 2014]
— Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2013/10/11/pdfs/BOE-A-2013-10581.pdf>
- Orem, D.E.; Taylor, S.G. y McLaughlin Renpenning, K. (2001). Nursing: Concepts of practice. 4ª Edición (1991) St. Louis, MO: Mosby-Year Book Inc.

- Organización Mundial de la Salud (OMS, 1997) Políticas de Salud para todos para el siglo XXI Consejo Ejecutivo, 101ª reunión, 16 noviembre de 1997 [en línea] 1997 [Consulta mayo 2013]
— Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB101/pdfspa/spa9.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000). The World health Report 2000. Ginebra, Suiza: Autor [en línea] 2012 [Consulta julio 2013]
— Disponible en: <http://www.who.int/whr/2000/en/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Adelaida 2010. [en línea] 2013 [Consulta octubre 2013]
— Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf
- Piqué Badia, J.M. (2012). ¿Dónde está y hacia dónde va nuestro sistema sanitario? Medicina Clínica, Volume 140, Issue 11, Pages 514-519. [Consulta febrero 2014].
— Disponible mediante suscripción en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775312009025>
- Porter, M. E. (2010). What Is Value in Health Care? The New England Journal of Medicine, 2010; 363:2477-2481. [Consulta febrero 2014].
— Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1011024#t=article>
- 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>
- Pujol Rodríguez, R. y Abellán García, A. (2013). Esperanza de Vida Libre de Discapacidad en los mayores. Madrid: Informes Envejecimiento en red nº 5. [Fecha de publicación: 13/11/2013].
— Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-esperanza-libredisca-01.pdf>
- Real Decreto 1886/2011, de 30 de diciembre, por el que se establecen las Comisiones Delegadas del Gobierno BOE Núm. 315 Sábado 31 de diciembre de 2011 Sec. I. Pág. 146651 [Consulta enero 2014]
— Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/12/31/pdfs/BOE-A-2011-20640.pdf>
- Rodríguez Blas, M.C. y Fernández de Cuevas, J.M (2013). Principales resultados. Sistema de cuentas en salud del año 2011. Madrid: Ministerio de Salud [en línea] 2013 [Consulta septiembre 2013]
— Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSprincipalesResultados.pdf>
- RSE-D (2013). Guía de RSE-D Responsabilidad social empresarial y discapacidad. Madrid: Fondo social europeo. [en línea] 2012 [Consulta julio 2013]
— Disponible en: <http://rsed.fundaciononce.es/>
- Saltman, R.B. y Cahn, Z. (2013). Restructuring health systems for an era of prolonged austerity: an essay by Richard B Saltman and Zachary Cahn. BMJ 2013;346:f3972. [Consulta febrero 2014].
— Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f3972>
- 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.congresopacientesronicos.com/docs/programa.pdf>

- Sixtina Consulting Group. Los 25 indicadores (KPI) más usados en el sector de la salud en 2012 [en línea] 2012 [Consulta enero 2014]
— Disponible en: <http://www.sixtinagroup.com/herramientas-y-recursos/biblioteca-de-indicadores/los-25-indicadores-kpi-mas-usados-en-el-sector-de-la-salud-en-2012/>
- Smith, P.C. (2009). *Measuring value for money in healthcare; concepts and tools*. London: The Health Foundation, 2009 [Consulta febrero 2014]
— Disponible en: <http://www.health.org.uk/publications/measuring-value-for-money-in-healthcare-concepts-and-tools/>
- 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>
- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) Informe SESPAS 2012: Atención Primaria: Evidencias, experiencias y tendencias en clínica, gestión y política sanitaria. Editores: Francisco Hernansanz, Ana Clavería, Juan Gérvas [Consulta julio 2013]
— Disponible mediante suscripción en <http://www.gacetasanitaria.org>
- Speicher, M.R.; Geigl, J.B. y Tomlinson, I.P. (2010) Effect of genome-wide association studies, direct-to-consumer genetic testing, and high-speed sequencing technologies on predictive genetic counselling for cancer risk. *Lancet Oncol*. 2010 Sep;11(9):890-8. [Consulta febrero 2014]
— Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20537948>
- 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]
— Disponible en: <http://www.jvei.nl/wp-content/uploads/A-Guide-to-Measuring-the-Triple-Aim.pdf>
- The Economist Intelligence Unit -Sponsored by Abbot (2012). *Never too early. Tackling chronic disease to extend healthy life years*. London: Autor.[en línea] 2012 [Consulta abril 2013]
— Disponible en: <http://digitalresearch.eiu.com/extending-healthy-life-years/report>
- Toledo, P de. et al (2006). *Telemedicine experience for chronic care in COPD*. *IEEE Trans Inf Technol Biomed*. 2006 Jul;10(3):567-73. [Consulta febrero 2014]
— Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16871726>
- 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
- Weinstein, M.C. y Skinner, J.A. (2010) *Comparative Effectiveness and Health Care Spending — Implications for Reform*. *The New England Journal of Medicine*, 2010; 362:460-465 [Consulta febrero 2014]
— Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsb0911104#t=article>
- WONCA (World Conference of Family Doctors) (2005). *Diccionario de Medicina General y Familiar ed 1998*. Oxford University Press

- Woolf, S.H. et al (2009). The Economic Argument for Disease Prevention: Distinguishing Between Value and Savings. Partnership for Prevention, 2009 [Consulta febrero 2014]
— Disponible en: <http://www.prevent.org/data/files/initiatives/economicargumentfordiseaseprevention.pdf>
- World Economic Forum Sustainable Health Systems Visions, Strategies, Critical Uncertainties and Scenarios. Prepared in collaboration with McKinsey & Company [en línea] 2013 [Consulta junio 2013]
— Disponible en: http://www3.weforum.org/docs/WEF_SustainableHealthSystems_Report_2013.pdf
- Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade “Estrategia Sergas 2014” Santiago de Compostela: Autor. [Consulta febrero 2014]
— Disponible en: http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf

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