

ANEXO

Atención a los pacientes crónicos.
 Visión, bases y desarrollo estratégico.
 Cuidados de enfermería en pacientes crónicos y familiares: especial referencia al proceso integrado al paciente crónico pluripatológico complejo. Roles y competencias avanzadas de enfermería

1. LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y PLANES DE ACCIÓN 2013-2016

Actualmente son dos los condicionantes sobre los que deben desarrollarse las acciones a desplegar en el periodo 2013-2016: la crisis económica y el progresivo envejecimiento poblacional con un incremento paralelo de pacientes con pluripatología y dependencia.

Dentro de unos límites de tiempo preestablecidos, se lleva a cabo este Plan mediante un proceso participativo, que permita escuchar e incorporar la voz experimentada de aquellos que vienen ostentando algún tipo de responsabilidad en la gestión de los diferentes ámbitos de Osakidetza, así como de los profesionales, que en su quehacer cotidiano y práctico, conocen las necesidades del día a día.

Su **misión** es proveer servicios sanitarios públicos para contribuir a la mejora y protección de la salud de la población vasca bajo los principios de universalidad, solidaridad, equidad y calidad, a través de una gestión sostenible e innovadora, contando para ello con la alta cualificación e involucración de sus profesionales y buscando la colaboración del paciente y de los diferentes agentes de salud.

Como **visión**, pretende ser un referente entre los sistemas sanitarios de Europa que se distinga por liderar la innovación, mediante la aplicación de modelos y tecnologías, en áreas como la cronicidad, vejez, dependencia y seguridad. Para ello, plantea como acciones esenciales: la integración, la sostenibilidad y la calidad de servicio.

Osakidetza se identifica con un conjunto de **valores** en los que se apoya para construir su proyecto. Estos valores pertenecen en unos casos a su propia cultura, y en otros, estando presentes, deben fortalecerse:

- Personas que atendemos a personas.
- Trato personalizado.
- Vocación de servicio público.
- Solidaridad.
- Calidad contrastada.
- Profesionalidad.

1. Líneas Estratégicas y Planes de Acción 2013-2016
2. Transformando el Sistema de Salud
3. Evolución de los proyectos de la Estrategia de cronicidad

- Trabajo en equipo.
- Gestión eficiente.
- Ética social.
- Cultura participativa.
- Actitud crítica.
- Identificación con la organización

Así pues, el marco de actuación para 2013-2016 propone las siguientes líneas estratégicas:

- Las personas: eje central del sistema de salud.
- Respuesta integrada a la cronicidad, vejez y dependencia.
- Garantizar la sostenibilidad del sistema.
- Protagonismo e implicación profesional.
- Potenciar la investigación y la innovación.

1.1. Respuesta integrada a la cronicidad, vejez y dependencia

El envejecimiento de la población de Euskadi y el aumento de las enfermedades crónicas y de la dependencia exige una respuesta específica por parte del sistema de salud. Éstas son algunas de las acciones con las que se asumirá:

- Integración: la integración asistencial entre los diferentes niveles de atención es clave en la respuesta a la cronicidad.
- Sistemas de información clínica compartida: el despliegue total de Osabide Global –histórica clínica electrónica– aportará una visión integral de la información del paciente en todos los niveles asistenciales.
- Disponer de una información clínica y farmacéutica única y accesible es clave para el trabajo entre niveles asistenciales.
- Nuevos roles de enfermería: la enfermería debe asumir y adaptarse a nuevas funciones con las que adquirir un nuevo y mayor protagonismo en la asistencia sanitaria.
- Fortalecer en un caso y reorientar en otro las funciones de atención primaria y atención hospitalaria: la respuesta a la cronicidad, vejez y dependencia implica una reorganización de las funciones de la Atención Primaria y la atención hospitalaria.
- Empoderamiento del paciente: las iniciativas de empoderamiento contribuyen a formar un paciente más comprometido y menos dependiente en la mejora de su salud.
- Coordinación sociosanitaria: la atención integral a las necesidades de salud tiene que abordarse desde la colaboración sociosanitaria de todos los agentes implicados.
- Farmacia: la prestación farmacéutica es un elemento clave para conseguir mayor calidad y eficiencia en el Sistema Sanitario.

A. Objetivo 1

Impulsar la atención integrada para mejorar los resultados de salud y la eficiencia de las organizaciones sanitarias, extendiendo el modelo de Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs).

B. Objetivo 2

Avanzar en la implantación y consolidación del sistema de información clínica unificado, que tienda hacia una historia clínica única y bilingüe.

- Implementar herramientas de explotación de la información que permitan la toma de decisiones clínicas y de gestión, así como el desarrollo de indicadores válidos y fiables.

C. Objetivo 3

Reorientar las funciones de los diferentes niveles y ámbitos asistenciales, para adecuar los servicios sanitarios a las necesidades de salud de la población.

D. Objetivo 4

Desplegar nuevos ámbitos competenciales de enfermería, reorientando a los profesionales, especialmente en los perfiles de enlace hospitalario y de práctica avanzada en Atención Primaria.

E. Objetivo 5

Ayudar a los pacientes para la autogestión de su enfermedad y a los profesionales sanitarios para posibilitar esa autogestión.

F. Objetivo 6

Racionalizar la prescripción farmacéutica, implantar la receta electrónica y considerar a las oficinas de farmacia como agentes de salud.

G. Objetivo 7

Potenciar la coordinación sociosanitaria con las áreas de bienestar social de las distintas entidades.

H. Objetivo 8

Potenciar la coordinación institucional para la mejora de la salud en todas sus fases.

2. TRANSFORMANDO EL SISTEMA DE SALUD

En el año 2009, en un contexto de crisis económica y con una demanda cada vez mayor de los recursos sanitarios, causada por la creciente evolución de enfermos crónicos, se inicia una

profunda transformación del Sistema Sanitario vasco; de la siguiente forma:

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

2.1. Hacia un nuevo modelo sanitario en el País Vasco

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

El nuevo modelo supone una profunda transformación del actual modelo asistencial y de gestión, que persiguen un modelo

centrado en el paciente en su conjunto y que pueda dar la continuidad de cuidados a nivel sanitario y social, facilitando nuevas estructuras, procesos y herramientas que permitan atender las necesidades de salud de los pacientes vascos de forma efectiva, más eficiente y más coordinada por parte de los profesionales sanitarios y sociales, con el potencial añadido de prevenir hospitalizaciones innecesarias y reducir costes.

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

2.2. Estrategia de crónicos como motor de transformación del Sistema de Salud

Se hace necesario fomentar la coordinación e integración en las organizaciones a nivel local, para lo que se precisan herramientas integradoras que permitan fusionar un sistema fragmentado, así se ha dotado al sistema de nuevas herramientas, nuevos procesos y figuras de los que el Sistema Sanitario actual no dispone.

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

En la actualidad, los 11 microsistemas disponen de nuevas capacidades y herramientas para poder avanzar en la transformación del modelo asistencial que se pretende:

- Cada microsistema ya dispone de la Historia Clínica Unificada (Osabide Global) que permite acceder desde cualquier organización de servicio a la historia clínica de un paciente y la receta electrónica en fase de implementación.
- Se ha desarrollado un nuevo modelo de atención a los pacientes, Osakidetza no presencial (Osarean), que permite atender a la población de cada microsistema sin necesidad de tener que acudir a la consulta del médico en el centro de salud.
- Los profesionales sanitarios en cada microsistema tienen a la población identificada en función de su riesgo o su morbilidad, lo que les permite registrar sus intervenciones y adoptar un papel proactivo en la prevención de multitud

de reingresos y enfermedades frente al rol reactivo de intervención sólo cuando los pacientes acceden al sistema.

- Se han desarrollado experiencias de integración de resultado positivo en diversos microsistemas, tanto en aquellos caracterizados por la integración en una organización única (OSI) como en microsistemas que no son una organización única.
- Actualmente se encuentran en fase de desarrollo los nuevos modelos de atención en hospitales de subagudos y en modelos de coordinación sociosanitaria.
- Se han puesto en marcha proyectos de investigación:
 - Para definir los roles de enfermería que necesita este nuevo modelo sanitario, surgiendo tres figuras con funciones diferenciadas y que persiguen un mayor control del paciente crónico, mayor proactividad y mayor capacidad de empoderar a los pacientes. Dichos roles se están extendiendo ya dentro del Sistema Sanitario vasco.
 - Para desarrollar experiencias de empoderamiento del paciente, así se ha desarrollado paciente activo que es un programa que aborda la parte clínica y emocional de la patología apoyándose en formaciones impartidas por pacientes expertos que tras una formación y apoyo del profesional sanitario enseñan a aceptar, convivir y autogestionar su patología.
 - Para fomentar la prevención y promoción, desde la puesta en marcha de estudios clínicos para evaluar el impacto de la intervención como es el proyecto DEPLAN (detección de pacientes con riesgo de padecer diabetes e intervención educativa para cambio de hábitos).
- Se han llevado a cabo más de 140 proyectos de innovación por parte de los clínicos abordando diferentes estudios y proyectos en torno a la integración asistencial para mejorar la salud y la atención en diversas tipologías de pacientes, experiencias de autogestión y experiencias de abordaje a través de la telemedicina, entre otros.

3. EVOLUCIÓN DE LOS PROYECTOS DE LA ESTRATEGIA DE CRONICIDAD

Para desarrollar la Estrategia de cronicidad de Euskadi se han definido y puesto en marcha 14 intervenciones o proyectos que de manera conjunta puedan suponer un avance significativo en el abordaje proactivo de atención al paciente crónico. Para la adecuada coordinación de dichos proyectos se ha creado la Oficina para la Estrategia de la Cronicidad que tiene como misión facilitar y dinamizar la estrategia de crónicos del

Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco llevando a cabo una labor de integración entre los proyectos que conforman la citada estrategia y las diferentes Organizaciones Sanitarias.

Sus objetivos son los siguientes:

- Impulsar el desarrollo de la estrategia de crónicos con objeto de dar cohesión y visión de conjunto a la misma.
- Propiciar la coordinación e integración entre los proyectos y las organizaciones.
- Constatar el avance de los proyectos desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo.
- Recabar información sobre los proyectos para:
 - Diseñar y desarrollar una estrategia de comunicación a los profesionales sanitarios.
 - Contribuir a la estrategia de comunicación a la ciudadanía.
 - La toma de decisiones por parte de las autoridades sanitarias.
 - Participar en la implantación/extensión de aquellos proyectos que se demuestren coste-efectivos.

3.1. Roles y competencias avanzadas de enfermería

Este **proyecto pretende desarrollar y desplegar, en la práctica, nuevos roles de enfermería enfocados hacia la atención a la cronicidad**. El impacto esperado del mismo está relacionado con los siguientes aspectos:

- **Desde el punto de vista del paciente/cuidador:** atención continua ante la complejidad, calidad de vida y satisfacción.
- **Desde el punto de vista de los profesionales:** coordinación y satisfacción.
- **Desde el punto de vista del sistema sanitario:** disminución de ingresos y movilización de recursos...

La **estructura organizativa y de recursos** es la siguiente:

- Un responsable del proyecto.
- Equipo del proyecto (3 personas). Ejerce el liderazgo y gestión del proyecto global, además de elaborar propuestas de trabajo y enfoque metodológico.
- Equipo de formación (4 personas). Apoya, coordina y supervisa la formación.
- Equipo de apoyo metodológico (3 personas). Diseña, apoya, coordina y supervisa el pilotaje.
- Grupo de trabajo multidisciplinar de profesionales de ámbitos diversos o grupo de expertos (25 personas). Participan en la elaboración y validación de los documentos base de trabajo.

Para avanzar en las funciones que debe desarrollar la enfer-

mería en el nuevo modelo asistencial, se puso en marcha un estudio focalizándose en el papel de la enfermería en la gestión del caso; así tras un *benchmarking* nacional e internacional de experiencias relacionadas en esta área y con el apoyo y dirección de un grupo de trabajo interdisciplinar se ha elaborado un **Marco Competencial Ampliado** que recoge los perfiles/roles resultantes a pilotar: **Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario** (EGEH; actúa en las Comarcas Sanitarias), **Enfermera Gestora de la Continuidad** (EGC; actúa en las Comarcas Sanitarias) y **Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas** (EGCA; actúa en los hospitales).

Estos tres nuevos roles de enfermería han sido desarrollados en ocho experiencias piloto que han permitido evaluar nuevas competencias interviniendo sobre un total de **900 pacientes pluripatológicos**, y aplicando los procesos adecuados de gestión del caso (con el apoyo de Osarean a nivel operativo para el seguimiento a distancia de los pacientes con patologías crónicas). Sus resultados clínicos han sido muy positivos, por lo que se han

reducido el número de visitas a urgencias y de desplazamientos para consultas y/o pruebas, y se ha agilizado el alta hospitalaria y la vuelta al domicilio en las mejores condiciones posibles.

A lo largo del año 2012, se ha avanzado en el **despliegue gradual de estos nuevos roles de enfermería en todo el sistema sanitario**, de manera que en la actualidad la mayoría de las organizaciones ha incorporado algunas de las figuras pilotadas (EGEF, EFCA, EGC) y todos los microsistemas han reorganizado sus recursos para asumir alguno de los nuevos roles o competencias y tienen planes de actuación y circuitos para la continuidad asistencial del paciente pluripatológico, que varían en función del grado de desarrollo de las nuevas competencias.

Así pues, en los Planes de Intervención Poblacional de cada microsistema para 2012 se identifican las enfermeras que se van a formar y transformar para adquirir estos nuevos roles, con un objetivo de despliegue a 74 enfermeras, que deben atender o dar cobertura a alrededor de 100 pacientes cada una.