



# PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN ASISTENCIAL A PACIENTES CRÓNICOS

**Félix Rubial Bernárdez**  
Director Médico  
Hospital Universitario Lucus Augusti  
Servizo Galego de Saúde

# PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN ASISTENCIAL A PACIENTES CRÓNICOS



- PARTICIPATIVA
- PERSONALIZADA
- PREVENTIVA
- PREDICTIVA



## Mi presentación:

- 1.- WHEN?
- 2.- WHERE?
- 3.- WHO?
- 4.- WHAT?
- 5.- WHY?
- 6.- HOW?



**Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta, con etiología múltiple y cuyo fin no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca. Son enfermedades que obligan a una modificación del modo de vida del paciente, y por lo general con una gran carga social y económica.**

**El patrón epidemiológico  
El paciente  
La tecnología  
El sistema sanitario**



## ¿ DE DÓNDE VENIMOS Y DÓNDE ESTAMOS ?

- 1900 - 1950: ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- 1950 – 2000: ENFERMEDADES AGUDAS
- 2000 - ENFERMEDADES CRÓNICAS





## Global status report on noncommunicable diseases 2010



### 10 DATOS SOBRE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

- 1.- Las ENT **representan el 63% de las causas de muerte a nivel mundial** (36 de 57 millones/año)
- 2.- El 80% de las ENT se diagnostican en países de ingresos bajos y medios.
- 3.- **Más de 9 millones de muertes** por ENT se producen **en menores de 60 años**.
- 4.- **No existen diferencias de género** en la prevalencia.
- 5.- Las **enfermedades no transmisibles son en gran medida prevenibles** mediante intervenciones eficaces que aborden los factores de riesgo.
- 6.- Las ENT no solo constituyen un problema sanitario sino también un desafío en materia de desarrollo.
- 7.- En 2008, 1500 millones de adultos (de 20 y más años) tenían sobrepeso.
- 8.- Alrededor de 43 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso en 2010.
- 9.- El tabaco se cobra cada año la vida de casi seis millones de personas.
- 10.- La **eliminación de los riesgos más importantes permitiría prevenir la mayoría de las ENT**.





## Spain

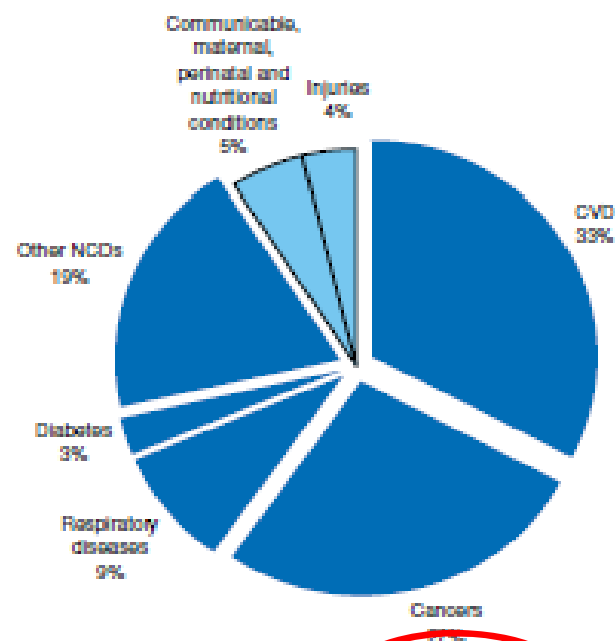
2010 total population: 46 076 989  
Income group: High

NCD mortality			
<i>2008 estimates</i>			
Total NCD deaths (000s)	<i>males</i>	<i>females</i>	
	176.2	167.3	
NCD deaths under age 60 (percent of all NCD deaths)	13.4	7.1	
<i>Age-standardized death rate per 100 000</i>			
All NCDs	429.0	235.1	
Cancers	168.2	78.2	
Chronic respiratory diseases	43.7	16.0	
Cardiovascular diseases and diabetes	139.7	86.3	

Behavioural risk factors			
<i>2008 estimated prevalence (%)</i>			
Current daily tobacco smoking	<i>males</i>	<i>females</i>	<i>total</i>
	30.5	21.6	25.9
Physical inactivity	47.7	56.3	52.1

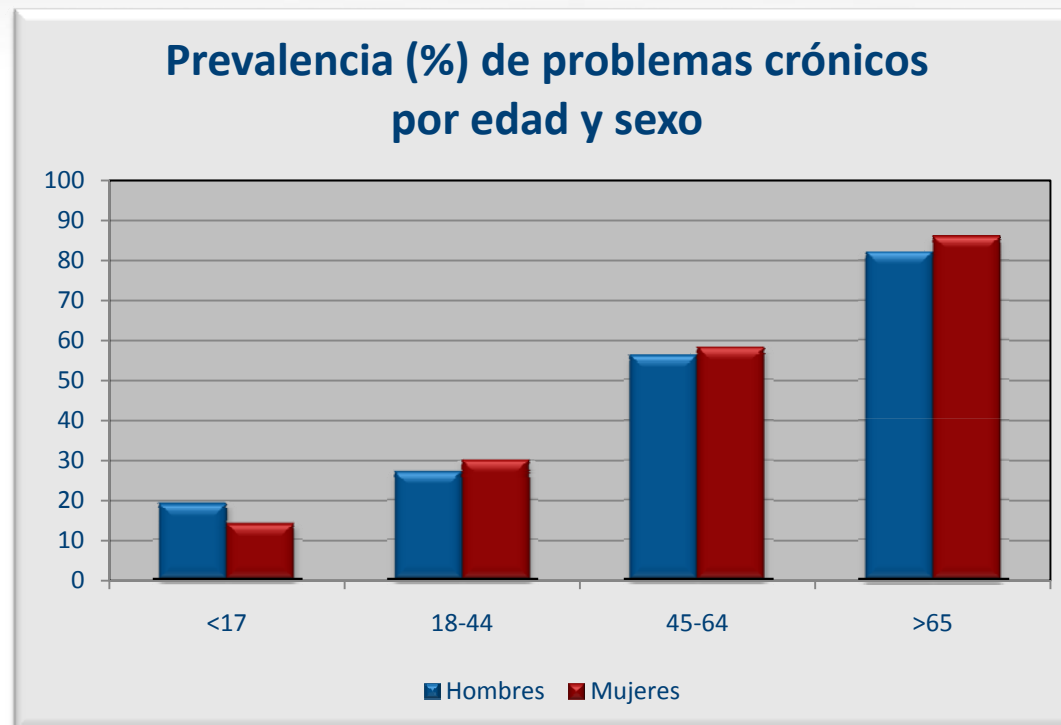
Metabolic risk factors			
<i>2008 estimated prevalence (%)</i>			
Raised blood pressure	<i>males</i>	<i>females</i>	<i>total</i>
	44.5	39.0	41.7
Raised blood glucose	12.0	10.6	11.3
Overweight	67.7	56.6	62.0
Obesity	26.5	26.7	26.6
Raised cholesterol	59.4	56.0	57.6

Proportional mortality (% of total deaths, all ages)



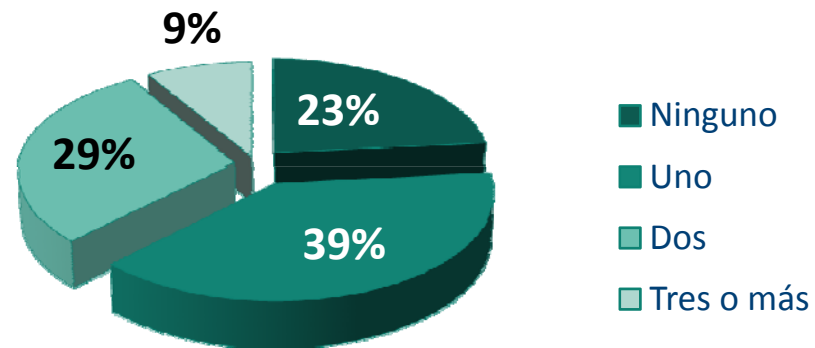
NCDs are estimated to account for 91% of all deaths.





*Encuesta de Salud de Euskadi - 2007*

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



*Encuesta de Salud de Euskadi - 2007*

# PATRÓN EPIDEMIOLÓGICO



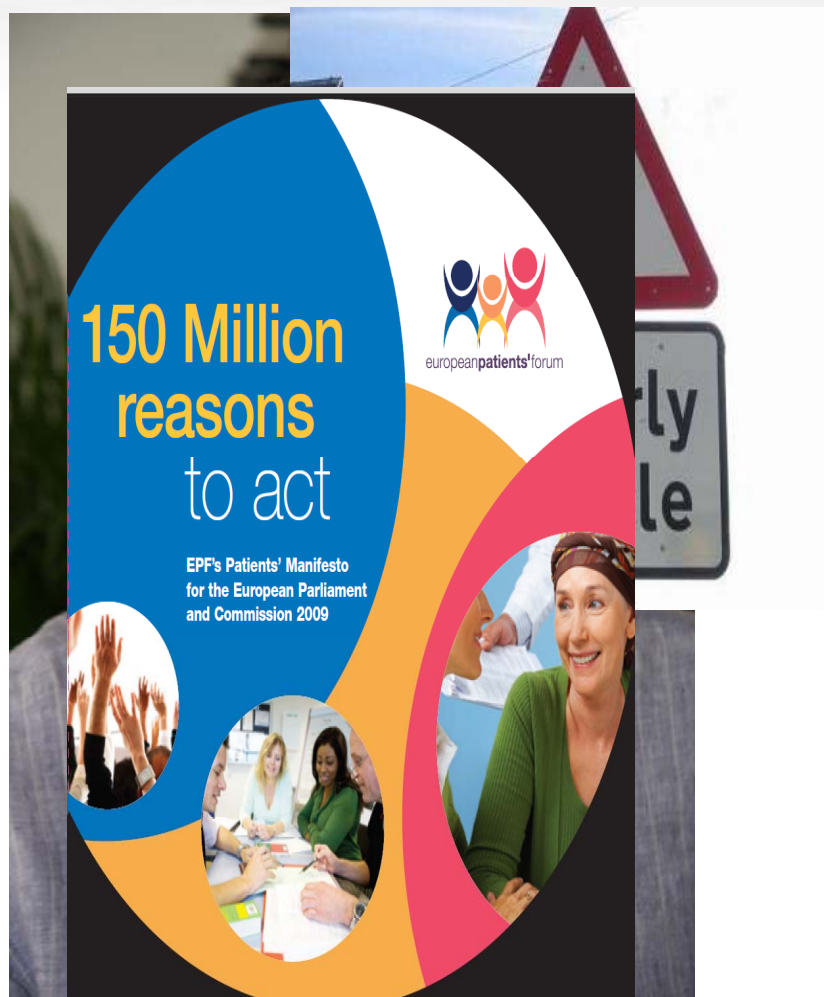
## A RESALTAR:

- Caída de la mortalidad prematura por cáncer y enfermedades del aparato circulatorio (aun siendo las causas de mortalidad más frecuentes)
- Aumento de la prevalencia de diabetes mellitus, enfermedades mentales, artritis, EPOC, artrosis, insuficiencia cardíaca, etc.
- Aumento de la prevalencia de determinados factores de riesgo, especialmente sobrepeso/obesidad/sedentarismo.
- 26% tabaquismo.

## IMPACTO ASISTENCIAL

- **80% DE LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA**
- **60% DE LOS EPISODIOS DE INGRESO HOSPITALARIO**
- **70% DEL GASTO SANITARIO**

*Fuente: Bengoa-Nuño*

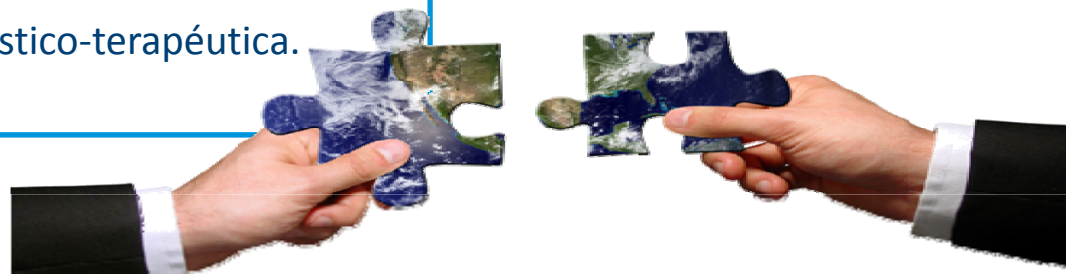
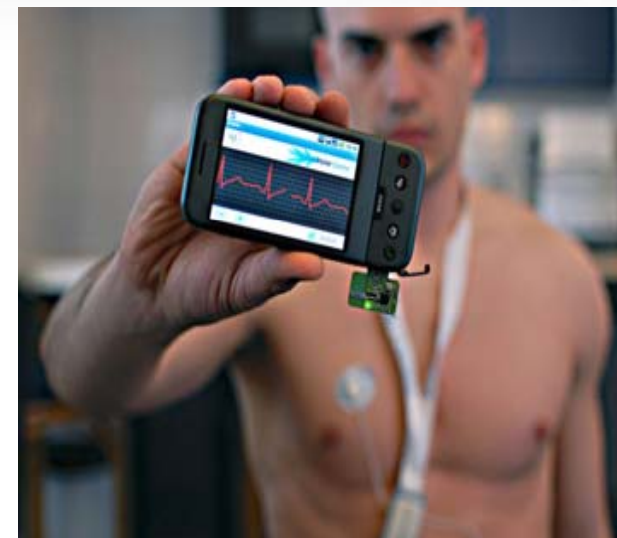


## EL PACIENTE

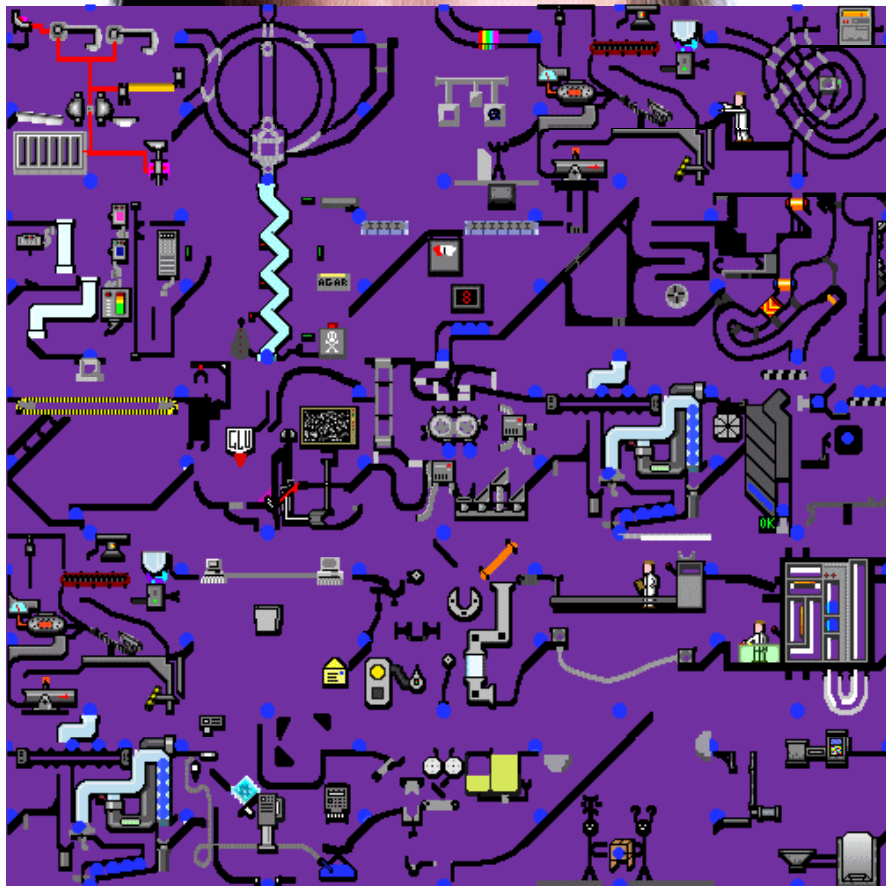
- 1.- Paciente más informado y mejor formado.
- 2.- Mayores expectativas y mayores exigencias: espera cuidados y una buena gestión de su enfermedad, coordinación, continuidad...
- 3.- Envejecimiento poblacional. (16.1% en 2000 a 27.5% en 2050)
- 4.- Alta prevalencia de pluripatología y polimedicación.
- 5.- El paciente se asocia.

## LA TECNOLOGÍA

- 1.- Tecnologías de la Información y de la Comunicación: telefonía, internet...
  - comunidades virtuales, redes sociales.
  - formación on line.
  - e-salud.
  - Historia Clínica Electrónica.
- 2.- Era de la Información y de la Conectividad: telemonitorización, teleasistencia, telemedicina.
- 3.- Tecnología diagnóstico-terapéutica.



# EL DESAFÍO: TRANSFORMAR EL SISTEMA SANITARIO



## EL SISTEMA SANITARIO

- 1.- Anclado en la medicina de agudos: *medicina basada en el fracaso (2/3 de los ingresos hospitalarios son no programados)*
- 2.- Orientado a curar pero no a cuidar.
- 3.- Fragmentado: No garantiza la continuidad.
- 4.- Insuficientemente proactivo.
- 5.- Deficiente orientación preventiva.
- 6.- Escasamente dotado para la multidisciplinaridad.

## ESPAÑA

EL RETO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO ES UN PROBLEMA ÚNICAMENTE DE ESPAÑA. ES UN PROBLEMA UNIVERSAL. LA DIFERENCIA DE **ESPAÑA** CON OTROS PAÍSES ES QUE **DISPONE DE MUCHOS ELEMENTOS FAVORECEDORES PARA ESTE CAMBIO**, Y DEBE APROVECHAR ESTA CIRCUNSTANCIA.



### LAS 10 CARACTERÍSTICAS DE LOS MODELOS DE ATENCION A PACIENTES CRÓNICOS DE ALTO RENDIMIENTO

- 1.- **Cobertura universal.**
- 2.- **Prestación gratuita para el paciente.**
- 3.- Provisión orientada a la prevención.
- 4.- Incorporación de estrategia de fomento del autocuidado.
- 5.- **Priorización del desarrollo de la Atención Primaria.**
- 6.- Enfatización del enfoque poblacional: estratificación y atención proactiva.
- 7.- Desarrollo de un “**modelo de atención integrada**” territorial.
- 8.- **Impulso de las TIC.**
- 9.- Coordinación efectiva de los cuidados.
- 10.- Estas estrategias deben estar imbricadas en un todo coherente (estrategia multipalanca).

*Fuente: Ham Chris, “The Ten Characteristics of the High Performing Chronic Care System”. Health Economics, Policy and Law; 5: 71-90. 2010*

## ESTRATEGIAS PARA EL CAMBIO

### OBJETIVO ESTRATÉGICO: PACIENTE ACTIVO Y CONECTADO CON EL SISTEMA DE SALUD

#### MODELOS ORGANIZATIVOS

- Chronic Care Model  
Ed Wagner et al – McColl Institute – Seattle
- Pirámide de riesgo  
Kaiser Permanente

## Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas (Chronic Care Model)

6 áreas clave:

- 1.- comunidad
- 2.- apoyo al autocuidado
- 3.- sistema sanitario
- 4.- diseño de la provisión de servicios
- 5.- apoyo a la toma de decisiones
- 6.- sistemas de información clínica.

# MODELOS



# MODELOS



**PIRÁMIDE DE RIESGO (Kaiser Permanente – King's Fund)**

Putting **People First**  
Transforming Adult Social Care

## Improving the health of people with long term conditions

World class services for people with long term conditions  
Information tool for commissioners



## Chronic Care: Making the Case for Ongoing Care



- 1.- **Estratificación** de la población.
- 2.- Intervenciones de prevención y promoción sobre los principales factores de riesgo.
- 3.- **Autocuidado** y educación al paciente
- 4.- Creación de la Red de Pacientes Activados y Conectados a través de la adopción de nuevas tecnologías Web 2.0 por las Asociaciones de Pacientes Crónicos.
- 5.- **Historia Clínica Unificada.** (Osabide global)
- 6.- Atención Clínica Integrada.
- 7.- Desarrollo de **hospitales de subagudos.**
- 8.- Definición e implementación de competencias avanzadas de **enfermería.**
- 9.- Colaboración **sociosanitaria**
- 10.- Financiación y contratación.
- 11.- Centro de Servicios de Salud Multicanal (Osarean).
- 12.- **Desarrollo de la Farmacia y la receta electrónica.**
- 13.- Creación del Centro de Investigación en Cronicidad.
- 14.- Innovación desde los profesionales clínicos.



## ESTRATEGIA SERGAS 2014

LA SANIDAD PÚBLICA al SERVICIO del PACIENTE



1.- Enfoque específico para cada grupo de pacientes con enf. crónica, prestando especial atención a los **pacientes pluripatológicos y a los pacientes con cáncer.**

2.- Programas de intervención en base a una **estratificación:**

- autogestión de la enfermedad.
- gestión de patologías.
- gestión de casos.

3.- El desarrollo de un modelo de gestión de enfermedades crónicas implica:

- **paquete integral de cuidados para el paciente.**
- actuaciones a distintos niveles.
- definición de procesos asistenciales específicos.
- adaptación de los **sistemas de información.**
- redefinición de roles de los profesionales: papel de la **enfermería.**
- utilización de **dispositivos innovadores.**
- identificación de las mejores prácticas.

# ESTRATEGIAS



## I CONGRESO NACIONAL DE ATENCIÓN SANITARIA AL PACIENTE CRÓNICO

Ven a construir el nuevo modelo de atención a pacientes crónico  
Toledo, 13 - 14 Noviembre 2008

Organizati: Consellería de Sanidade de Galicia  
Observatorio de crónicos: KRONIKER

Patrocinam: Fiacam  
Mark Shop & Dairew de Espes

Secretaría Técnica: [atenta@congreso.org](mailto:atenta@congreso.org), Avenida Los Morales 107 - 41007 Sevilla, Tel: 954 581 103 - E-mail: [congreso2008@congreso.org](mailto:congreso2008@congreso.org)  
<http://congreso.toledo2008.congreso.org>

## II CONGRESO NACIONAL DE ATENCIÓN SANITARIA AL PACIENTE CRÓNICO

Caminando juntos para los cuidados del paciente  
Un reto pendiente del Sistema Nacional de Salud

Santiago de Compostela  
25 -26 Febrero 2010  
Palacio de Congresos y Exposiciones

## III Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico

Creando capacidad para avanzar:  
El papel de los clínicos

Actualización diaria en:  
[www.osakidetza.euskadi.net](http://www.osakidetza.euskadi.net)  
<http://cronicidad.euskadi.net>

Donostia-San Sebastián  
Centro Kursaal  
19 y 20 | mayo | 2011

Talleres Precongreso  
18 | mayo | 2011

17 de marzo | Ampliación de plazo para la presentación de comunicaciones

Osakidetza | kronikoen programa | o+berri | Instituto vasco de innovación sanitaria | SERVICIO GALEGO de SAÚDE

Avance de Programa



## CONFERENCIA NACIONAL PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Sevilla, 20 de enero de 2011

DOCUMENTO DE CONSENSO



Ciudadanos, Profesionales y Administraciones  
Una alianza para el paciente crónico

“Expresión de la **alianza de los profesionales con las administraciones sanitarias y las asociaciones de pacientes** con el fin de afrontar los cambios necesarios de la organización del Sistema Nacional de Salud para adecuarlo a las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas”



# ESTRATEGIAS



## CONFERENCIA NACIONAL PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Sevilla, 20 de enero de 2011

### DOCUMENTO DE CONSENSO



Ciudadanos, Profesionales y Administraciones  
Una alianza para el paciente crónico



XUNTA DE GALICIA  
CONSELLERÍA DE SANIDADE



### 1.- EL PACIENTE Y LA COMUNIDAD.

- acción política explícita
- estratificación poblacional
- prevención y promoción de la salud
- participación de la comunidad
- apoyo al autocuidado

### 2.- ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN.

- Atención Primaria como eje coordinador
- papel del médico y de la enfermera de familia
- marco de atención compartida
- identificar pacientes pluripatológicos, frágiles o con enfermedad avanzada.
- alianza AP-AE (Medicina Interna)
- protagonismo de los profesionales

### 3.- LA INFORMACIÓN CLÍNICA Y LA TOMA DE DECISIONES.

- historia clínica electrónica única
- indicadores de evaluación eminentemente clínicos
- uso de TIC para desarrollar estrategias de relación entre profesionales y pacientes



XUNTA DE GALICIA  
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO  
GALEGO  
de SAÚDE

Dirección de Asistencia Sanitaria



SERVIZO  
GALEGO  
de SAÚDE

## “Mellora da Calidade na atención a Pacientes Crónicos e Polimedicados en Galicia”



### POLIMEDICACIÓN Datos Galicia 2011

Más de 6 medicamentos

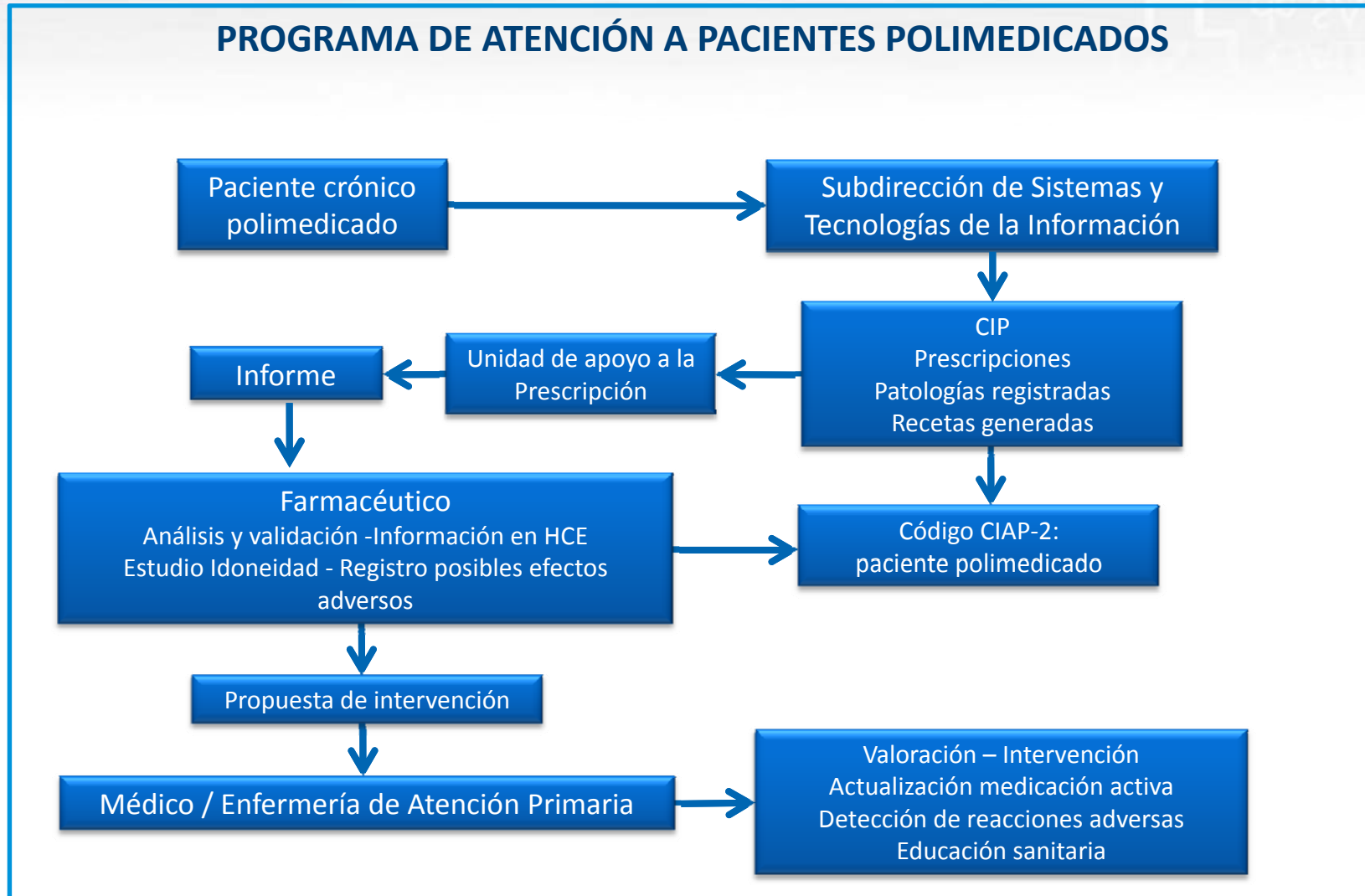
110.000 pacientes

Más de 15 medicamentos


15.000 pacientes



PROGRAMA DE ATENCIÓN A PACIENTES POLIMEDICADOS






 Sociedad Española de  
Farmacia Hospitalaria

## EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO

- Sistematización de la revisión de tratamientos a partir de fuentes informatizadas.
- Mejora la adherencia
- Conciliación de tratamientos en la transferencia de pacientes interniveles
- Asesoría al profesional sobre interacciones y adecuación de tratamientos

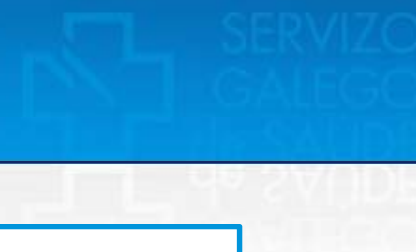


 Sociedad Española de  
Farmacia Hospitalaria

## EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO

- ORIENTAR LA FARMACIA HOSPITALARIA HACIA EL **PACIENTE EXTERNO**.
  - Formación/Información.
  - Facilitación de la adherencia.
- INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA AL ALTA HOSPITALARIA.
- **INTEGRACIÓN EN LA MULTIDISCIPLINARIDAD DE LOS EQUIPOS ASISTENCIALES.**

## DECÁLOGO DE CONCLUSIONES



- 1.- PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.
- 2.- ENFOQUE POBLACIONAL: ESTRATIFICACIÓN POR RIESGO.
- 3.- PAPEL NUCLEAR DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.
- 4.- ABORDAJE PROACTIVO: PREDICCIÓN, PREVENCIÓN, PROMOCIÓN.
- 5.- FOMENTO DEL AUTOCUIDADO.
- 6.- INTEGRACIÓN ASISTENCIAL.
- 7.- LIDERAZGO CLÍNICO.
- 8.- NUEVOS ROLES: ENFERMERÍA/**FARMACÉUTIC@**.
- 9.- EL PAPEL DE LAS TIC: LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA ÚNICA COMO ESQUELETO DE TODO EL PROCESO ASISTENCIAL / e-SALUD.
- 10.- ESTRATEGIA MULTIPALANCA: No existen soluciones unifactoriales.



Organización  
Mundial de la Salud



**Muchas gracias!**  
**Estado de completo bienestar físico,  
Sano es todo paciente que sabe convivir  
mental y social y no solamente la  
adecuadamente con sus dolencias de salud  
ausencia de enfermedad**  
*Valentín Fuster  
O.M.S. - 1946*

