



Osakidetza

**UN REFERENTE PARA LOS
SISTEMAS SANITARIOS**

Coordinador

Ignacio Para Rodríguez-Santana



OSAKIDETZA

**UN REFERENTE PARA
LOS SISTEMAS SANITARIOS**

OSAKIDETZA

UN REFERENTE PARA LOS SISTEMAS SANITARIOS



Ignacio Para Rodríguez-Santana

Coordinador

Reservados todos los derechos. Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, bajo las sanciones establecidas de las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento incluidos la reprografía y el tratamiento informático.

© 2018 OSAKIDETZA - Un referente para los sistemas sanitarios

© Fundación Bamberg

admon@fundacionbamberg.org

Fundación BAMBERG

www.fundacionbamberg.org

Tel: +34 915714248

Capitán Haya, 47, 3º

28020 Madrid

Preimpresión, impresión y encuadernación: Vision Net

C/ San Ildefonso, 17, 28012 Madrid

Tel: 0034 91 3117696 Web: www.visionlibros.es

ISBN: 978-84-09-05729-0

Depósito legal: M-33311-2018

Disponible en papel y ebook

www.vnetlibrerias.com

www.visionnet-libros.com

Pedidos a: pedidos@visionnet.es

ÍNDICE

PRÓLOGO	9
INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULOS	19
PRESENTE Y FUTURO DE LA SANIDAD EN EL PAÍS VASCO Jon Darpon	21
LOS PROFESIONALES. LA CLAVE DE UN SISTEMA SANITARIO M ^a Jesús Gemma Múgica Anduaga.....	41
ORIENTACIÓN AL ENVEJECIMIENTO Y LA CRONICIDAD: EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA Iñaki Berraondo.....	61
GESTIÓN DE LA MEDICINA NO PRESENCIAL Andoni Arcelay Salazar	71
INNOVACIÓN EN LA GESTIÓN-GESTIÓN AVANZADA EN LA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES Santiago Rabanal.....	87
LA GESTIÓN DE LA INTEGRACIÓN DE 2 HOSPITALES Y ATENCIÓN PRIMARIA: MODELO HUA Jesús Larrañaga Garitano.....	103

EL PAPEL CLAVE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA ORGANIZACIÓN INTEGRADA Amaya Echevarría Altuna.....	109
LA ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD EN EL MARCO DEL PCTI EUSKADI 2020 Y LA ESTRATEGIA RIS3 Jesús Peña Martínez.....	129
LA INCORPORACIÓN DE NUEVOS MEDICAMENTOS EN OSAKIDETZA José Manuel Ladrón de Guevara Portugal	151
GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN BÁSICA, CLÍNICA Y TRASLACIONAL Luis Castaño	161
PLAN ONCOLÓGICO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO Nekane Murga Eizagaechearría.....	171
IMPLANTACIÓN DE LA RECETA ELECTRÓNICA E-REZETA EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO Iñaki Betolaza San Miguel	189

PRÓLOGO

El pasado 18 de enero, tuvimos el placer de asistir en calidad de patrocinadores, a una sesión organizada por la Fundación Bamberg, en la que los responsables de la Consejería de Sanidad del País Vasco, liderados por su Consejero Jon Darpon, presentaron las líneas maestras de su proyecto en materia de salud y atención sanitaria para los próximos años.

Las brillantes exposiciones de los participantes, se recogen en este libro que espero sea un texto de referencia para seguir la evolución de la Sanidad en el País Vasco, tal y como describe el Consejero en su intervención inicial.

Porque en este recorrido por la Sanidad Vasca, no se ha omitido ninguno de los aspectos que integran en una organización como la Consejería y Osakidetza como responsable de la prestación de la atención sanitaria. Así, se ha considerado la situación de los profesionales sanitarios y su papel clave en un funcionamiento óptimo del sistema de salud, sus necesidades de formación y actualización permanente y su participación en la toma de decisiones. No debemos olvidar que estos profesionales son la cara del sistema ante el paciente que es, en definitiva, el destinatario último de la atención sanitaria y la mejora de su estado de salud, el objetivo que se pretende conseguir.

Se han abordado también aspectos de gestión, tan importante a la hora de asignar recursos y obtener resultados. La demografía actual, con una población cada vez más envejecida y con múltiples patologías crónicas, nece-

sita de nuevos modelos de gestión de la atención sanitaria, y es de justicia reconocer que la sanidad del País Vasco ha sido pionera a la hora de abordar esta nueva realidad.

La integración de la atención primaria y especializada como facilitadora de la atención integral a los pacientes se ha tratado en profundidad, con ejemplos concretos como el de Ezkerraldea Enkarterri Cruces y el Modelo HUA de integración de hospitales y atención primaria destacando, al mismo tiempo, la importancia que en este tipo de modelos tiene la atención primaria como primer contacto de los ciudadanos con el sistema sanitario.

No ha faltado tampoco el papel de las nuevas tecnologías y sus niveles de implantación en el Sistema, la receta electrónica y su implantación en el sistema sociosanitario o la gestión de la medicina no presencial han sido un buen ejemplo de ello.

También ha habido una exposición detallada del Plan Oncológico como estrategia integradora de aspectos relacionados con la prevención del cáncer, su diagnóstico precoz y su tratamiento, teniendo en cuenta la supervivencia cada vez mayor en esta patología y como la personalización de los tratamientos está contribuyendo a ello.

Y finalmente dos temas que nos son especialmente próximos: la incorporación de nuevos medicamentos en Osakidetza y la estrategia de investigación e innovación en salud.

El descubrimiento, desarrollo y fabricación de medicamentos innovadores es la misión y el objetivo de Lilly, y es un objetivo en el que venimos trabajando desde que se fundó la Compañía hace más de 140 años. Pero este obje-

tivo no se puede considerar cumplido hasta que nuestros medicamentos no llegan a los pacientes que los necesitan y a los médicos que los van a utilizar para conseguir mejorar la salud de sus pacientes.

En Lilly, y no somos una excepción, tenemos un firme compromiso de colaboración con las autoridades sanitarias en la mejora de la salud y la sostenibilidad del sistema sanitario. Es por ello que investigamos durante años para proporcionar datos que avalen la eficacia de nuestros fármacos y que ponemos a disposición de los profesionales y las autoridades sanitarias. El objetivo final es facilitar la toma de decisiones basada en informaciones objetivas y científicamente contrastadas, a la hora de incorporar los nuevos medicamentos a los sistemas de salud. Un buen ejemplo de ello es la evaluación que se plasma en los Informes de Posicionamiento Terapéutico que elaboran la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y las Comunidades Autónomas

Durante años la Comisión Corporativa de Farmacia de Osakidetza ha llevado a cabo esa tarea y desde Lilly hemos colaborado con ella en cuanto se nos ha requerido, y estamos convencidos de que vamos a seguir colaborando en el futuro. Estamos dispuestos a explorar nuevas modalidades de colaboración que permitan medir los resultados en salud asociados a la utilización de nuestros medicamentos. En la época de la información y el tratamiento de datos no podemos permanecer ajenos a esta realidad y, además, el País Vasco puede llevarlo a cabo desde su situación de implantación de historia clínica y receta electrónica.

Pero, además, y así cerramos el círculo, este tipo de investigación y medición de resultados en salud encaja per-

fectamente con el Plan de I+D+i del Departamento de Salud que incluye entre sus áreas de desarrollo el big data y la salud digital, apoyando los valores de eficiencia y sostenibilidad. También la investigación básica y clínica y su vertiente traslacional están entre las prioridades de este plan de I+D.

Para concluir quiero reiterar mi agradecimiento, en nombre de Lilly y en el mío propio, a la Fundación Bamberg y a la Consejería de Salud del País Vasco por compartir con todos nosotros sus proyectos y su visión de futuro. Conocer de primera mano esta realidad nos hará más fácil esa colaboración que ten beneficiosa es para todos.

Nabil Daoud,
presidente de Lilly España,
Portugal y Grecia

INTRODUCCIÓN

Desde hace ya catorce años, en la Fundación Bamberg siempre hemos trabajado para que los diferentes Servicios Autónomos de Salud pudieran conocerse unos a otros no solo a nivel político sino principalmente a nivel técnico y operativo. Creemos que antes de hacer algo nuevo es importante saber qué se está haciendo en otros sitios, cuál es el grado de beneficio que se pretende, que éxitos o resultados han habido y en qué medida nos podemos favorecer de esa experiencia ajena. También, el ver lo que se está haciendo o intentando hacer en otros sitios puede ser un medio para acometer proyectos colaborativos entre las diversas Comunidades Autónomas y aprovechar sinergias o economías de escala.

En esa línea ya propusimos hace tiempo al Ministerio de Sanidad reconvertir el inoperante Instituto de Gestión Sanitaria, INGESA, como lugar de encuentro, no político sino técnico, de gestión, entre los diferentes Servicios Autonómicos de Salud en el que se dieran a conocer estos aspectos de gestión (desarrollos tecnológicos, organizativos, de gestión de recursos humanos, etc.) entre los responsables de los Servicios y fueran fuente de colaboración en proyectos específicos.

Independientemente de ello, desde la Fundación Bamberg fomentamos la presentación, a través de nuestros actos públicos, reuniones de trabajo y libros editados como este, de los retos asumidos, los logros alcanzados y los problemas encontrados, resueltos o sin resolver, por los principales Servicios Autonómicos de Salud.

En este libro tenemos la oportunidad de contar con la participación del consejero de salud vasco, y de una par-

te muy importante de su equipo de directores y gerentes, quienes nos exponen en las páginas que siguen las innovaciones en materia de gestión que han convertido al Servicio Vasco de Salud, Osakidetza, en un referente para el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Y quiero reconocer y agradecer públicamente el esfuerzo que han hecho para compartir con los lectores sus experiencias.

Esto mismo queremos hacer con otros Servicios de Salud de aquellas Comunidades Autónomas que se han distinguido por su esfuerzo, ingenio y compromiso con la calidad, la eficiencia y la efectividad de sus acciones en pro del mantenimiento y la mejora de la salud y el bienestar de su población, y así ir divulgando sus experiencias como ahora lo hacemos con el Servicio Vasco de Salud y el Departamento del Gobierno Vasco del que depende.

He de acabar esta introducción agradeciendo a Lilly, a su hasta este año presidente, Javier Ellena y a su responsable de asuntos corporativos, Teresa Millán, el apoyo y el cariño mostrado hacia la Fundación, posibilitando el desarrollo de acciones como esta, y deseando que su nuevo presidente en España, Nabil Daoud, tenga un desarrollo muy exitoso y feliz aportando valor a la sanidad española y, en definitiva, a sus ciudadanos y pacientes.

Gracias también a todas aquellas instituciones que forman parte de nuestro Comité Institucional, gracias a aquellas empresas sanitarias que patrocinan nuestras actividades, y gracias a los miembros de nuestros Consejos Científico y Asesor por su apoyo constante al Patronato que presido. Gracias a todos.

Ignacio Para Rodríguez-Santana
Presidente de la Fundación **Bamberg**

CAPÍTULOS

PRESENTE Y FUTURO DE LA SANIDAD EN EL PAÍS VASCO

Jon Darpon,
Consejero de Salud

Introducción

En primer lugar, quisiera **agradecer a la Fundación Bamberg** la oportunidad que me brinda, como Consejero de Salud del Gobierno vasco de presentar junto a buena parte del equipo del Departamento de Salud y de Osakidetza, el trabajo y las políticas sanitarias que venimos desarrollando en Euskadi, en el ámbito actuaciones del **“Ciclo Innovación en los Servicios de Salud”**. Desarrollado por la Fundación Bamberg y felicitar a la Fundación Bamberg, por la organización de esta iniciativa que permite compartir ideas y experiencias contribuyendo a la mejora continua de los sistemas sanitarios de las CC.AA.

Para nosotros supone una magnífica oportunidad para dar a conocer el Sistema sanitario de Euskadi. Un sistema basado en una premisa fundamental, **la consideración de las personas como eje central de la acción y las políticas de salud**.

Nuestro Sistema sanitario, como todos los inspirados en el **modelo de Beveridge**, juega un papel fundamental en la cohesión y redistribución de riqueza de la sociedad. Sus **principios rectores**, definidos por la Ley 8/1997, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, son **universalidad, equidad, solidaridad, calidad y participación**. A los que posteriormente hemos añadido **sostenibilidad y transparencia**.

Fortalezas del sistema sanitario vasco

Basándonos en dichos **principios rectores** y en la contribución de **unos magníficos profesionales**, podemos afirmar que contamos con un sistema sanitario sólido, de calidad y prestigio. Prestigio otorgado fundamentalmente por la propia sociedad vasca, pero también a menudo reconocido externamente. De hecho, a menudo, es ejemplo y modelo de referencia para otras CC.AA. y regiones europeas.

Por citar algunos ejemplos, Osakidetza desde hace años presenta una buena tendencia en el **Barómetro Sanitario del M.S.S.S.I.**, y en los **informes de evaluación de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública**; es también el servicio público mejor valorado por la sociedad vasca, según el **Deustobarómetro Social de la Universidad de Deusto**. Si bien soy plenamente consciente del importante margen de mejora que tenemos.

Pero más allá de evaluaciones más o menos objetivas, los principales indicadores de salud también avalan los resultados del sistema. Así, nuestra **esperanza de vida** ha crecido de manera constante en las últimas décadas, hasta alcanzar los 83,2 años (2015), por encima de la de cualquier otro ciudadano europeo.

La **esperanza de vida libre de discapacidad** es superior a la media europea. Y también, la **proporción de personas que perciben su salud como buena o muy buena** ha aumentado, situándose cerca del 80%.

La **tasa de mortalidad infantil** (2,7 por 1.000) está entre las menores de la UE-27 (media 3,7 por 1.000); y

de forma parecida **las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares o por cáncer**. Resultados que no sólo se deben al Sistema sanitario, pero es evidente su contribución a los mismos.

Osakidetza fue creada por ley en 1983, con los recursos sanitarios de Diputaciones y Ayuntamientos del País Vasco, pero preparando la transferencia de los recursos del INSALUD que se ejecutó en 1988. Entre **sus principales fortalezas** destacan:

En primer lugar, es **un sistema sólido, que ha mantenido una planificación continuada a lo largo de más de tres décadas**, adaptándose a los cambios y necesidades de las personas, con **un objetivo claro “mejorar la salud y el bienestar de las vascas y los vascos”**.

En segundo lugar, destacaría **el prestigio y la confianza** que ha logrado en la sociedad vasca, fruto de su eficacia y de **la enorme aceptación social y vigencia de sus principios rectores**.

En tercer lugar, subrayaría **la inversión mantenida a lo largo del tiempo** por los sucesivos ejecutivos como una prioridad de País. No es casualidad que Euskadi sea la CC.AA. que más se acerca a la media de gasto público en salud de la UE 27, con un presupuesto de 1.673 € por persona este año.

Y en último lugar, pero no por ello menos importante, destacaría a **los profesionales sanitarios, y especialmente su compromiso, cualificación, trabajo y trato**. Sin duda alguna, una de nuestras principales fortalezas.

El Gobierno vasco aprobó la pasada legislatura **el Plan de Salud de Euskadi 2013-2020**. Constituye nuestra

hoja de ruta actual, y apuesta por la transversalidad desde el enfoque de “**Salud en todas las políticas**”. Porque es de sobra conocido que la salud de la población no concierne únicamente al sistema sanitario.

Líneas generales de la XI legislatura

El principal objetivo del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, en esta legislatura, es **mantener y actualizar nuestro Sistema Sanitario**, en su condición de servicio público, velando para que la mejora de la salud de vascos y vascas, se exprese tanto en términos de resultados como en el coste de los mismos, contribuyendo así a garantizar la sostenibilidad futura del sistema.

Para alcanzar dicho objetivo, **las líneas generales de trabajo** están basadas en:

- **la consideración de las personas como eje central de la acción,**
- **la prevención y la promoción de la salud,**
- **el abordaje del envejecimiento, la cronicidad y la dependencia,**
- **la sostenibilidad y la modernización del sistema sanitario,**
- **los profesionales sanitarios y,**
- **la apuesta por la investigación y la innovación.**

Líneas que, por lógica y coherencia, tienen continuidad con el trabajo realizado en las legislaturas precedentes, porque los pilares de un proyecto sólido no pueden sufrir grandes variaciones en períodos breves de tiempo.

Pero dado que en las posteriores ponencias se explicarán con mayor nivel de detalle muchos de los aspectos mencionados centraré mi intervención en **los principales retos que observamos y el modo en que pretendemos abordarlos.**

1. El envejecimiento y el incremento de enfermedades crónicas

Sin duda alguna, uno de los principales retos de los sistemas sanitarios europeos es la forma de abordar **el envejecimiento y el incremento consecuente de enfermedades crónicas.**

Como reflejo del mismo, a día de hoy, en Osakidetza, más de la mitad de los pacientes hospitalizados es mayor de 65 años, y casi una cuarta parte tiene más de 80 años. La actividad sanitaria en la última década, ha crecido de manera relevante, tanto en las consultas con un incremento del 7% en atención primaria y del 9,5% en las hospitalarias, como en las intervenciones quirúrgicas que se han incrementado un 16%.

Para afrontar este cambio sociológico y epidemiológico, Osakidetza está afrontando un proceso de reforma de la configuración y organización de sus servicios sanitarios, desde el concepto de “Atención Integrada”.

Una reforma para superar la tradicional división entre la atención primaria y los hospitales. Una división que tiene su origen en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y que ha generado visiones contrapuestas, y no ha facilitado la coordinación entre los dos niveles de atención sanitaria. Donde los hospitales apoyándose en la especiali-

zación, la tecnología, la investigación y la responsabilidad sobre la formación universitaria y MIR, se han desarrollado difuminando a la atención primaria.

En Euskadi, estamos convencidos de la necesidad de superar dicha división, en beneficio de la salud de las personas y de la sostenibilidad del sistema sanitario, profundizando en el “**modelo de atención integrada**”.

Desde esta perspectiva, se han constituido las **Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs)**, agregando estructuralmente por ámbitos geográficos los centros de salud y su hospital de referencia, con el objetivo de ofrecer una respuesta más global al proceso asistencial de los pacientes, e intentar centrar la atención en el ámbito comunitario.

Para conseguirlo debemos **fortalecer la atención primaria**. Apostando por una atención más integral, desde una visión holística, que anticipe mejor las necesidades de salud de las personas. Para lo que resulta indispensable, reforzar sus recursos, y desplegar una estrategia específica.

Estrategia en la que estamos trabajando y que contemplará entre **otras acciones**:

- **reforzar el papel de la enfermería**, sustituyendo el modelo de trabajo por tareas, por un modelo de cuidados con asignación de población, en coordinación con el médico de familia; incorporando las especialidades de enfermería relacionadas enfermería familiar y comunitaria y enfermería pediátrica, consultas de para procesos agudos leves y tareas de intervención comunitaria,
- **continuar implementando la medicina no presencial**, a través del despliegue de TICs en el proce-

so asistencial, a lo que me referiré más en profundidad posteriormente,

- **centrar los servicios hospitalarios en los pacientes más complejos**, a la vez que avanzamos en unidades multidisciplinarias más específicas, y en mejorar la coordinación entre los niveles de atención sanitaria,
- **y coordinar mejor el sistema sanitario**, especialmente la atención primaria, **con los servicios sociales**, para dar una respuesta adecuada y eficiente a las necesidades de las personas.

El Consejo de Atención Socio-Sanitaria de Euzkadi, con representación de Gobierno vasco, Diputaciones forales y Ayuntamientos, ha aprobado **la nueva estrategia socio-sanitaria 2017-2020**, con el objetivo de **dar una respuesta eficaz a las personas con necesidades sanitarias y sociales**, centrándose en los colectivos más vulnerables, especialmente en las personas mayores en situación de dependencia.

Entre los principales avances en esta materia están los acuerdos de financiación de camas socio-sanitarias entre Gobierno y Diputaciones, la implantación de la historia clínica y la receta electrónica en las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, y los avances en el modelo de atención temprana.

2. La equidad en las prestaciones y en el acceso a los servicios

A pesar de que uno de los principales factores de éxito de nuestro sistema público de salud, además de la eficacia,

ha sido su aceptación social y el prestigio conseguido. **La equidad** uno de sus principios rectores, continúa siendo también uno de sus retos. Por ello, mantenemos el compromiso de continuar trabajando para **disminuir las desigualdades en salud**, especialmente las causadas por género, por diversidad funcional y por nivel socioeconómico.

Continúa siendo necesario trabajar, de manera coordinada, interinstitucional y multisectorial, con el objetivo de **actuar sobre los principales determinantes sociales de la salud**: el tabaco, el alcohol, la actividad física, la dieta y la pobreza.

En este contexto, mantenemos líneas de acción y recursos para **la promoción de la salud y la prevención de enfermedades**:

- Seguimos extendiendo las denominadas **redes locales de salud**, estructuras de colaboración entre los servicios de atención primaria, salud pública, ayuntamientos y sectores y asociaciones de ámbito local;
- Estamos desarrollado **la Ley vasca 1/2016, integral de Adicciones y Drogodependencias**, con novedosas medidas en relación al tabaco, el alcohol y otros, y estamos desplegando **el VII Plan de Adicciones de Euskadi**;
- y también, hemos puesto en marcha una estrategia con **Iniciativas para una Alimentación saludable**.

Nuestros **programas de cribado de cáncer de mama y de cáncer de colorrectal**, dos de los tumores más frecuentes, se encuentran entre los de mayor cobertura, participación y resultados del Estado. Este año, **el programa de cribado de cáncer de cérvix** dejara de ser un cribado

oportunista para pasar a un cribado poblacional sistematizado, evitando desigualdades en el acceso a la citología de cérvix.

Otro aspecto crucial al referirnos a la equidad son **las listas de espera y las demoras de atención sanitaria**. Sin duda alguna, uno de los principales retos de los servicios de salud de las CC.AA. No podemos obviar, que las listas de espera están muy condicionadas por la mayor demanda, consecuencia del envejecimiento y de la innovación tecnológica, así como por la exigencia creciente de nuestra sociedad.

Osakidetza tiene el compromiso de que **la cirugía oncológica no supere los 30 días, y que el resto de pacientes quirúrgicos se mantenga por debajo de los 6 meses de espera**. Para conseguirlo, año a año, se han mejorado los recursos e incrementado la actividad, lo que nos ha permitido mantener **los tiempos de espera entre los más reducidos del Estado**.

No obstante, es un ámbito de actuación que requiere atención continua, motivo por el que recientemente hemos presentado **un Plan de actuación**, conjugando la inversión en profesionales, instalaciones y tecnología, con mejoras en la gestión y la eficiencia de los procesos, para reducir y mantener las demoras por debajo de los ratios establecidos.

Otro de los compromisos que tenemos es la presentación y despliegue este año de **un Plan Oncológico Integral**. El cáncer supone una patología de gran impacto en términos de morbilidad y mortalidad, a las que cada vez mayores posibilidades de diagnóstico precoz y tratamien-

to eficaz, han convertido en muchas ocasiones en una enfermedad crónica. En nuestra sociedad, hoy, se estima que cerca de un 40% de las personas recibirán un diagnóstico de cáncer en algún momento de sus vidas.

El Plan Oncológico Integral de Euskadi se basa en tres premisas:

- **Un modelo asistencial orientado a la atención multidisciplinar**, centrado por un lado en la promoción de la salud y la prevención y, por otro lado en la mejor atención sanitaria del proceso oncológico, en todas sus fases,
- **Un sistema de información**, que contemple tanto las necesidades de los pacientes con cáncer como los resultados del tratamiento y su coste,
- Y en tercer lugar, el abordaje de **la medicina personalizada o de precisión**, que paulatinamente irá ganando terreno en este campo.

3. El abordaje de la innovación tecnológica y farmacéutica

Otro de los principales retos que observamos, es **el abordaje de la innovación tecnológica y farmacéutica**.

Es habitual escuchar referencias cuestionando la sostenibilidad de los sistemas sanitarios por causa del envejecimiento. Y es evidente su relación con el gasto sanitario, pero frecuentemente se olvida que el **mayor determinante del gasto sanitario es el desarrollo tecnológico**; y por lo tanto, las fórmulas para abordar la innovación constituyen una de las claves de la sostenibilidad de los servicios de salud.

Es indispensable, **una evaluación rigurosa de los fármacos y tecnologías antes de su incorporación al sistema sanitario público**, para asegurar que los beneficios esperados se confirman en la práctica, y que se mejora el coste-efectividad de lo utilizado hasta ese momento. En esta línea, el trabajo de las agencias de evaluación tecnológica es fundamental, y debe incluir también **criterios de desinversión** sobre tecnologías superadas o de menor coste efectividad.

El gasto farmacéutico es otro reto de gran complejidad. En 2017, en Euskadi, ha supuesto alrededor de 810 millones de euros, algo más del 22% del presupuesto global del Departamento de Salud. Su crecimiento, especialmente en el ámbito hospitalario, a expensas de la oncología, los fármacos biológicos, la hepatitis C, o las enfermedades raras, entre otros, tensionan los presupuestos de manera importante.

Es necesario por tanto, un marco de mayor corresponsabilidad entre el sistema sanitario y la industria farmacéutica, con mejores acuerdos de financiación de los nuevos medicamentos, en la línea de **pagar por resultados en salud**, para asegurar que invertimos en verdadero valor para el paciente. En este sentido, estamos trabajando para extender **fórmulas de riesgo compartido**.

Respecto a la farmacia extrahospitalarias, seguimos apoyando el **actual modelo de farmacia comunitaria**, como un agente de salud más. Apostando por mejorar su coordinación con el sistema sanitario, e implementando programas de atención farmacéutica.

En Euskadi, **la receta electrónica** es una realidad desde 2013, se desplegó en los centros socio-sanitarios y en

las residencias de 3ª edad el año pasado; y desde la semana pasada es interoperable con el resto de CC.AA. en el Estado.

4. La transformación digital de las organizaciones sanitarias

En el importante ámbito de **la transformación digital**, Osakidetza tiene digitalizadas herramientas de soporte como la historia clínica, la receta, la cita online, etc. Se trata sin duda de aspectos relevantes, que permiten mejorar la calidad del servicio sanitario. Ahora bien, nuestro objetivo, como el de los sectores más dinámicos, es **ofrecer servicios digitales al cliente incorporando las TICs a la propia actividad sanitaria**, para transformar la práctica asistencia tradicional.

En este sentido, Osakidetza ha avanzado con la implantación de **consultas e interconsultas no presenciales**, con un buen grado de aceptación. Solo en atención primaria, el pasado año, el 23% del total de las consultas en medicina de familia y el 17% en pediatría eran telefónicas.

Otras prácticas relevantes han sido:

- **El consejo sanitario telefónico**, un servicio atendido por enfermería, que funciona las 24 horas del día;
- **La carpeta de salud**, que facilita el acceso on-line a múltiples servicios como citas, consultas del historial clínico (informes médicos, de altas, de pruebas radiológicas, de análisis, etc.), el historial de vacunación, el seguimiento del embarazo, los tratamientos farmacológicos activos, la lista de espera quirúrgica,

programas de auto-seguimiento clínico (presión arterial, peso, consumo de tabaco, de alcohol, etc.), comunicación con los profesionales sanitarios, elección del idioma de atención, etc.

- **Los programas de telemedicina domiciliaria** EPOC, insuficiencia cardiaca, diabetes, control de TAO y de marcapasos y desfibriladores;
- **y el servicio de tele asistencia** (Beti-on) que desde el Departamento de Empleo y Políticas sociales interacciona con el sistema sanitario.

5. La temporalidad y el relevo generacional de los profesionales

Como he comentado al inicio, un factor clave del éxito y la eficacia de los servicios de salud son **los profesionales**.

En este sentido, **el exceso de temporalidad y el relevo generacional**, que en este momento se está produciendo en los servicios de salud de las CC.AA., es un problema importante, y afrontarlo con éxito supone un reto de envergadura.

La edad media de la plantilla actual de Osakidetza está alrededor de los 52 años. Fruto de la expansión del INSALUD en los años ochenta, durante los próximos 8 años afrontaremos **numerosas jubilaciones**.

Por ello, y en consonancia con la apuesta por el empleo del Gobierno del Lehendakari Urkullu, hemos asumido **el compromiso de reducir la temporalidad y aumentar la calidad del empleo en Osakidetza**. Para lo que se están tomando diferentes medidas, entre las que destacaría:

- **la ampliación de la plantilla estructural** con 700 nuevas plazas (2,7% del total), aprobada por el Gobierno Vasco en 2016,
- **la priorización en la contratación temporal de contratos estables** a través de interinidades,
- **la convocatoria de OPEs con carácter bienal.** Este mes concluyen los procesos de la OPE 2015, con 1.014 plazas. Se ha puesto en marcha la OPE 2017, con 3.335 plazas, y antes de finalizar la legislatura está prevista una OPE con las vacantes que se puedan generar en 2018 y 2019,
- tenemos también en marcha **un concurso de traslados con 3.004 plazas, y el retraso de la edad de jubilación obligatoria** de manera excepcional para médicos a los 68 años.

Lo que no es óbice, para que sigamos reclamando al Ministerio de Economía y Hacienda **la supresión de la tasa de reposición de efectivos para las administraciones públicas**, especialmente en los servicios de salud, una cuestión indispensable con el objeto de poder convocar todas las plazas disponibles.

De cara a **la reposición de médicos**, hemos requerido a la Universidad del País Vasco el incremento de plazas para egresados en medicina y, estamos utilizando toda nuestra capacidad de formación MIR. Hemos solicitado al Ministerio (M.S.S.S.I.) la acreditación de nuevas plazas de MIR, especialmente en Medicina Familiar y Comunitaria y, la competencia para las CC.AA. de acreditación propia de las plazas, siquiera provisionalmente, de acuerdo a los requisitos actualmente exigidos.

Osakidetza apuntala así el compromiso del Gobierno Vasco con el empleo de calidad y con el futuro de nuestro sistema sanitario.

6. Estrategia Innovación e Investigación

Para mejorar el sistema sanitario y contribuir al desarrollo económico y social de Euskadi, **potenciar la innovación y la investigación en biociencias constituyen un reto de país**, basado en la transferencia de conocimiento desde el Sistema sanitario al tejido industrial, generando valor en términos de salud y riqueza.

La pasada legislatura definimos, y estamos desplegando **la Estrategia de Investigación e Innovación en Salud 2020**, con el objetivo de incardinar estructuradamente las actividades de I+D+i en el sistema sanitario, en coordinación con las universidades y con la industria biosanitaria, como una de las tres áreas prioritarias de la actual estrategia RIS3, en el contexto del Plan de Ciencia Tecnología e innovación del Gobierno Vasco.

Potenciar los actuales **Institutos de investigación sanitaria Biodonostia, Biocruces y Bioaraba**, mejorando sus recursos, su financiación, y abriendo la participación de sus órganos de gobierno a universidades, empresas biotecnológicas, entidades financieras con interés en mecenazgo y a las Diputaciones Forales. Para este ejercicio 2018, el presupuesto aprobado contempla un incremento del 34%.

También desde Osakidetza y desde el Departamento de Salud estamos trabajando para promover y consolidar **Compra Pública Innovadora**, como un instrumento

para traccionar de la innovación en sectores estratégicos desde las administraciones públicas.

7. La sostenibilidad del sistema sanitario

Como he comentado previamente **el Gobierno Vasco siempre ha priorizado entre sus políticas el gasto en salud**, que se ha mantenido incluso durante la crisis económica.

El presupuesto del Departamento de Salud aprobado para el ejercicio 2018, asciende a **3.677 millones de euros, un 32% del presupuesto total del gobierno**.

Los gestores, los profesionales y también la ciudadanía debemos ser conscientes del esfuerzo que esto supone, y estamos obligados a buscar la mayor eficiencia de esta inversión en salud, asegurando las necesidades del presente, sin poner en riesgo las del futuro.

De entre **las principales medidas para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario** destacaría:

- Mantener las políticas de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades, actuando sobre los determinantes sociales de la salud,
- La integración entre los niveles asistenciales y mejorar la coordinación con los servicios sociales,
- La incorporación de las tics al proceso asistencial,
- Las estrategias para estandarizar e incrementar la seguridad del paciente,
- La evaluación sistemática de las nuevas tecnologías y medicamentos,

- La renovación de instalaciones y tecnología,
- Y, medidas para implicar a profesionales y pacientes, de manera responsable en la gestión y uso del sistema sanitario.

8. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

No quisiera finalizar sin realizar una breve reflexión sobre **la posición del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con respecto al SNS.**

En este sentido, **el Consejo Interterritorial del SNS** debe esforzarse en jugar el papel que la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS le atribuye respecto a la coordinación y cooperación de los servicios de salud entre sí y con la Administración del Estado. Desde el Gobierno Vasco, siempre hemos colaborado en beneficio del conjunto del SNS; desde el respeto a nuestras competencias estatutarias.

Vamos a seguir exigiendo **la derogación o modificación del Real Decreto 16/2012** (de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones), para retornar a un sistema nacional de salud, universal, financiado por impuestos, y que no incremente los copagos, especialmente en los colectivos más frágiles como los pensionistas.

Conclusiones

Concluyo ya, subrayando algunas ideas. El Gobierno Vasco ha trabajado durante más de tres décadas, para ga-

rantizar un sistema de salud universal, público y de calidad. Un logro del conjunto de la sociedad vasca.

Es nuestra responsabilidad seguir trabajando, para hacer frente a **la actual realidad de envejecimiento, incremento de enfermedades crónicas y, de un paciente cada vez más informado y exigente** con respecto a su salud y al funcionamiento de los servicios públicos.

Fortalecer la integración de niveles sanitarios, la coordinación socio-sanitaria, y una atención hospitalaria más multidisciplinar y eficiente.

Un modelo sanitario acorde con las capacidades que permite hoy la tecnología, pero **basado en profesionales capacitados y comprometidos.**

Un modelo sanitario donde **la formación, la investigación y la innovación** formen parte de la práctica diaria, y puedan contribuir al desarrollo económico del País.

Como decía el ex-consejero de sanidad y posterior alcalde de Bilbao Iñaki Azkuna **“consolidar una buena sanidad general. Sin ser extraordinarios, conseguir la mejor normalidad”**.

**LOS PROFESIONALES.
LA CLAVE DE UN SISTEMA
SANITARIO**

M^a Jesús Gemma Múgica Anduaga,
Directora General del ente público Osakidetza.
Servicio Vasco de Salud

Agradezco la oportunidad que dan para exponer y compartir nuestra visión de los y las profesionales como clave de nuestro sistema sanitario vasco que ya les adelanto para nosotros los y las profesionales juegan un papel muy importante como garantía del éxito.

Voy a empezar contextualizándoles brevemente qué es y qué representa Osakidetza.

Osakidetza-Servicio Vasco de Salud se creó bajo la naturaleza jurídica de ente público de Derecho privado adscrito al Departamento de Salud mediante la Ley 8/1997 de 26 de junio, es decir, ya ha cumplido su mayoría de edad, tiene 20 años.

¿Cuál ha sido una de las principales modificaciones? Pues que éramos un organismo autónomo y pasamos a ser un ente de derecho privado.

La principal es que estamos sometidos al Derecho privado en cuanto al régimen económico-financiero. Es decir, estamos sujetos al sistema de contabilidad general, en lugar de contabilidad presupuestaria.

No tenemos Intervención Previa, estamos sujetos al sistema de auditoria general de cuentas anuales y también al control por el Tribunal de cuentas.

Esto, en una organización como la sanitaria, donde el peso de la gestión y la necesidad de dar respuesta rápida y ágil ha sido uno de los elementos que más ha mejorado nuestra organización. Hoy nadie se imaginaría el funcio-

namiento que teníamos hace 20 años de contabilidad presupuestaria.

Estructura organizativa

Por lo que respecta a nuestro **modelo organizativo**, en Osakidetza se ha apostado por el **modelo de Organizaciones Sanitarias Integradas** (modelo OSIS), agrupaciones de centros de atención primaria y un hospital de referencia en una demarcación geográfica definida.

Contamos con una estructura de trece organizaciones sanitarias integradas, dos hospitales de larga estancia, tres redes de salud mental, un Centro de Transfusiones y Tejidos Humanos, una sociedad anónima pública para la resonancia, OSATEK, el servicio de Emergencias y una Dirección General.



Plantilla estructural

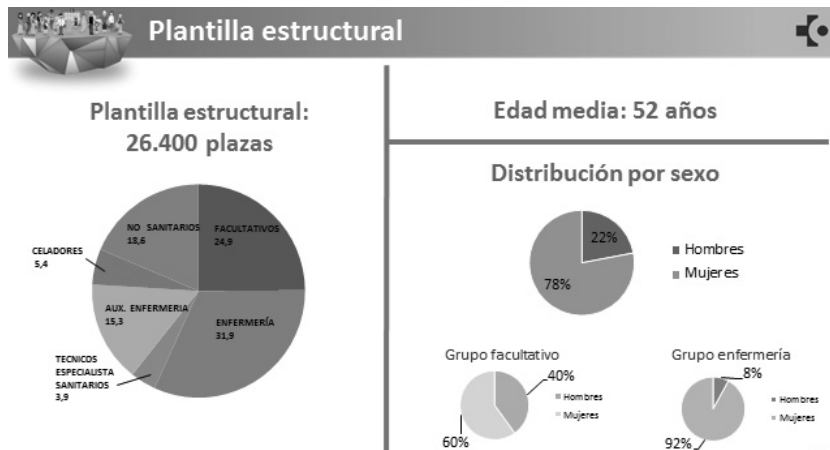
Para que conozcan un poco mejor nuestra estructura, les presento unos cuantos datos relativos a nuestra plantilla estructural:

La plantilla estructural de Osakidetza es de 26.400 plazas. **Representa la mayor empresa pública de Euskadi y el mayor empleador del País Vasco.**

Si hablamos de cómo se distribuye nuestra estructura por grupos profesionales es la siguiente:

- 25% el personal facultativo,
- 32 % personal de enfermería
- 4% los técnicos especialistas sanitarios
- 15% el personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería
- 5,4% el personal celador
- 18,6% el personal no sanitario

Además de los efectivos de plantilla estructural, contamos con personal temporal para atender necesidades coyunturales por lo que de media en Osakidetza trabajan una media de 32.000 personas.



Distribución de plantilla por sexo y edad – relevo generacional

Por lo que respecta a la edad media de la plantilla, ésta se sitúa en 52 años. Yo creo que no es una plantilla envejecida, sino plantilla con experiencia y conocimiento y capacidad de aportar mucho a la organización.

No obstante, nos tenemos que ir preparando para el **relevo generacional**, ya que vamos a tener que hacer frente a una gran renovación de nuestros profesionales como consecuencia del importante volumen de jubilaciones. 528 en 2018, 891 en 2019, 987 en 2020 y 1107 en 2021.

En Osakidetza contamos con una plantilla altamente feminizada, alcanzando el porcentaje de mujeres un 78 % de nuestra plantilla ocupada. Si nos referimos al personal facultativo, el 60 % son mujeres y el 92 % entre el personal de enfermería.

Retos y proyectos estratégicos

La política sanitaria del Gobierno para el periodo 2017-2020 se fija en las líneas estratégicas aprobadas por el Departamento de Salud y en coherencia con ellas Osakidetza ha aprobado sus Retos y proyectos estratégicos para este periodo.

Misión.

Hemos redefinido nuestra misión, y nos costó bastante porque queríamos definir y resaltar algunas cosas que ahora expongo

Atender, promover la salud de las personas, En Osakidetza y en los sistemas sanitarios públicos no solo

tenemos que prestar servicios sanitarios, tenemos que promover la salud, desde el ámbito comunitario, desde educación, desde el compromiso de la sociedad con su salud y con los hábitos saludables. En mi opinión en el medio y largo plazo es un área en la que debemos invertir (no solo en términos económicos sino en una apuesta de modelo.

Alto y claro, apostamos por **sistema sanitario público sostenible** porque queremos apostar por una sanidad pública vasca permanente en el tiempo para nosotros y para las futuras generaciones y esto significa hacerlo sostenible.

Tenemos que aportar valor a la sociedad. No se trata de hacer y hacer, sino hacer lo que aporte valor a nuestra sociedad.

Queremos profesionales comprometidos con los resultados en salud y que generen conocimiento.

Como pueden observar, es una misión “muy condensada”.

Visión.

Queremos una Osakidetza que avanza hacia una cultura corporativa que trabaja en red con un modelo de atención integrada y centrada en la persona.

Que aporta valor en términos de salud y eficiencia y se esfuerza en incorporar la corresponsabilidad del paciente y la participación activa de la ciudadanía

Un modelo de empresa saludable con un estilo de liderazgo compartido y con profesionales como agentes activos del cambio.

Un modelo de empresa referente a nivel estatal y europeo por su modelo asistencial y de generación de conocimiento.

Valores de Osakidetza

Los valores de una organización son su seña de identidad.

Y estos son los nuestros:

VOCACIÓN DE SERVICIO PÚBLICO. Comprometidos en una sanidad basada en los principios de universalidad, equidad, solidaridad y calidad, y en satisfacer las necesidades de salud y general valor a la sociedad vasca, desde una ética de lo público y de corresponsabilidad.

ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA. Respetamos la dignidad, apoyamos el proyecto de vida y buscamos la calidad de vida de las personas contando con la participación ciudadana.

PROFESIONALIDAD, RESPONSABILIDAD Y HUMANISMO. Valoramos la excelencia en el trabajo, a través del compromiso y la implicación de los profesionales.

TRABAJO EN EQUIPO. Compartimos objetivos y proyectos comunes aportando nuestro trabajo desde la colaboración y el sentido de pertenencia.

INNOVACIÓN Y CULTURA PARTICIPATIVA. Valoramos el conocimiento y la innovación desde la participación como motor de crecimiento para mejorar nuestros resultados de manera eficiente y sostenible.

TRASPARENCIA Y BUEN GOBIERNO. Esto significa comprometernos con el entorno social, respetando las normas y principios éticos de la sociedad generando confianza desde la transparencia y la rendición de cuentas.

Retos

Misión, Visión, Valores. En esta diapositiva vemos cuáles son los 6 retos.

- Atención centrada en la persona y resultados en salud.
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- Integración asistencial y cronicidad
- Profesionales construyendo una cultura de gestión corporativa.
- Gestión avanzada sostenible y modernización del sistema sanitario.
- Innovación e investigación.

A partir de aquí nos centramos en los profesionales.

Definimos el Reto 4. Así: Profesionales construyendo una cultura de gestión corporativa.

Cinco son los proyectos que hemos definido:

1. Sentido de pertenencia y de identidad corporativa.
2. Necesidades de profesionales presentes y futuras.
3. Mejorar la calidad del empleo
4. Cualificación profesional
5. Y queremos ser una Empresa saludable.

Sentido de pertenencia e identidad corporativa

Espacios de relación

Queremos contar con profesionales comprometidos, y para ello queremos afianzar su sentimiento de pertenencia a Osakidetza como corporación. Entendemos que ésta es una de las claves para la fidelización, no la única porque la fijeza también lo es. Para ello hemos definido una estrategia que fomente los valores y favorezca la transformación continua de la organización como seña de identidad.

Queremos potenciar espacios de relación entre profesionales (Desde el trabajo, por el trabajo y para el trabajo) en base a los conceptos de:

- liderazgo compartido
- el y la profesional como impulsores del cambio
- la cooperación para aportar valor a la sociedad.

Son tres los ámbitos de actuación: la colaboración, la comunicación, y la participación.

En definitiva, queremos desarrollar nuevas formas de hacer dando protagonismo a los y las profesionales a través de la participación en diferentes iniciativas con un objetivo final orientado a la mejora y a la transformación de nuestra organización.

Para ello, la implicación y la participación activa es imprescindible.

Resultados

Estos son algunos de los resultados.

Colaboración

En el ámbito de la colaboración, tenemos una Plataforma totalmente consolidada, con su propia metodología y sistemática que favorece la cocreación y el compartir conocimiento.

Se trata de un espacio de relación que sirve para aunar iniciativas profesionales propias del trabajo que dan respuesta a la diversidad y creatividad existente en los equipos y favorece la adaptación a los cambios que una organización como Osakidetza requiere.

Tenemos 1.300 grupos aprobados y activados, 2.825 administradores de grupo, que son líderes de los grupos, encargados de su buen funcionamiento. A veces existe más de un administrador por grupo. Tenemos 19.000 miembros de grupo de los cuales hay profesionales que pertenecen a diversos grupos y, finalmente, 500 personas externas que participan bajo unos criterios rigurosos técnicos profesionales.

Comunicación

Para fortalecer la comunicación interna, desde una visión corporativa, hemos construido una gran plaza pública, nuestra intranet corporativa, donde todos los profesionales se encuentran, utilizamos el mismo lenguaje, términos consensuados, ejercemos el bilingüismo, damos una visión global y tenemos un acceso ágil y seguro. Es la puerta de entrada para herramientas necesarias para el trabajo diario. Además hemos conseguido que cualquier información relativa a nuestra organización sea accesible para los profesionales de Osakidetza desde su puesto de trabajo u otro lugar, por ejemplo, su domicilio.

Participación

En el ámbito de la **participación**, ponemos a disposición de nuestros profesionales una plataforma llamada Parte Hartu que promueve la mejora y la Innovación creativa en coherencia con los Retos y Proyectos estratégicos dando contenido a las ideas o mejoras detectadas, y favoreciendo su implantación en Osakidetza a través del soporte de grupos de trabajo responsables de evaluar, desarrollar y escalar las ideas en la organización.

Se han recogido 473 propuestas. Esto significa su análisis por grupos y posteriormente valorar cuales serán objeto de implantación.

Tanto el área de colaboración como de participación quiero reiterar que son procesos rigurosos, con una metodología y orientados en todo momento conforme a los retos y proyectos estratégicos, hay un análisis de coherencia.

Planificación de necesidades

Cuando anteriormente veíamos que la edad media de la plantilla son 52 años y que los próximos años vamos a tener que hacer frente a una gran renovación de profesionales, en la definición de los retos estratégicos hemos entendido que tiene entidad suficiente como para incluirlo como un proyecto prioritario.

Tenemos que planificar y gestionar las necesidades de profesionales que tendremos a corto, medio y largo plazo y también para asegurar que nos adaptamos a los cambios que requiere el nuevo escenario y modelo organizativo en el que nos encontramos (un modelo de organizaciones sanitarias in-

tegradas), que nos adaptamos a las exigencias surgidas como consecuencia de las nuevas necesidades poblacionales, que identificamos los nuevos perfiles profesionales que se precisan para dar respuesta a las prestaciones en salud que requiere la población y, en definitiva, que nos adaptamos a todos los cambios tanto internos como del entorno que van surgiendo día a día en un escenario permanentemente cambiante.

Mejorar la calidad del empleo

Es una prioridad del Gobierno Vasco mejorar la calidad del empleo y en este sentido, Osakidetza firmo un Preacuerdo con la parte sindical un Pacto por la mejora de la calidad del empleo.

Apostamos por la consolidación de empleo a través de OPEs con el mayor número de plazas.

Queremos garantizar la movilidad del personal.

Si nuestros profesionales son el mayor capital con el que contamos, si condicionan nuestro éxito, evidentemente ello requiere trabajar para mejorar la calidad del empleo que ofrecemos a nuestra plantilla.

Tenemos que trabajar en el desarrollo de estrategias de contratación que posibiliten una mayor estabilización en el empleo.

En Osakidetza, de media, cada 3-4 años se hace una OPE. Tenemos comprometidas dos OPES que contribuirán a incrementar considerablemente el porcentaje de personal fijo en Osakidetza. Y continuaremos realizando procesos de Concursos de Traslados que permitan la movilidad voluntaria de nuestro personal a otros destinos de la red.

Todos estos elementos, queremos desarrollarlos dentro de un marco de diálogo social, y creemos que van a permitir contar con plantillas más consolidadas, más estabilizadas, y en consecuencia cada vez más preparadas, experimentadas, cualificadas y comprometidas.

Cualificación profesional

En Osakidetza, venimos trabajando en un nuevo paradigma de gestión del conocimiento basado en itinerarios formativos como instrumento para la planificación de la formación.

En el ámbito de la gestión del conocimiento es necesario hacer apuestas innovadoras de gestión para apoyar a los y las profesionales y poner a su disposición las herramientas de aprendizaje precisas para asegurar el mejor nivel de atención a los pacientes en un entorno cambiante.

Se trata de transitar desde una planificación de la formación generalista a una formación con un enfoque centrado en las necesidades de cada profesional y además, queremos poner en valor la formación como un elemento clave para dar una respuesta adecuada a pacientes y usuarios.

Modelo formativo

EL modelo diferencia tres niveles de cualificación del itinerario formativo : **iniciación:** (es el nivel mínimo de conocimientos del itinerario requeridos por un profesional de nueva incorporación a un puesto de trabajo), **consolidación:** (es el nivel que permite el desempeño de un pues-

to de trabajo de manera autónoma, con o sin supervisión y puede ser básica o avanzada (en relación con el nivel de especialización requerido en la unidad o servicio, en este último caso y **experto**: este nivel incluye el conocimiento experto de algunos profesionales de la organización; tiene como finalidad potenciar el “expertise” en áreas concretas de la organización).

El modelo de itinerarios formativos permite identificar los conocimientos específicos que cada perfil profesional requiere, agrupándolo en tres tipologías: conocimientos generales o transversales compartidos por todos los profesionales de Osakidetza, (marcados en amarillo), conocimientos asociados a un determinado perfil profesional (por ejemplo, enfermería, verde) y conocimientos específicos, marcado en azul, propios de cada unidad o servicio (por ejemplo, urgencias).

Algunos resultados de nuestra nueva apuesta de la cualificación profesional son los siguientes:



Empezamos la andadura con el personal de enfermería. Se han diseñado los itinerarios profesionales de Urgencias,

quirófanos, críticos, nefrología-diálisis, atención primaria y hospitalización médico-quirúrgica. Se han implantado los itinerarios para 5.255 profesionales.

¿Por qué el primer itinerario formativo que se trabajó fue el de enfermería? Porque se daban determinadas circunstancias que lo favorecían:

- Es un colectivo con un número de profesionales elevado (8.420 profesionales), lo que permite un nivel de implantación del itinerario formativo con visibilidad amplia en el conjunto de la organización.
- Es un colectivo con un gran recorrido en la gestión de la formación continuada.
- Y porque el conjunto de mandos y líderes de enfermería de la organización es permeable a los cambios organizativos.

En el ámbito de Celadores se han desarrollado los itinerarios formativos de hospitalización, almacenes, atención primaria y quirófano con 1.547 itinerarios.

Y actualmente se está trabajando en el colectivo de personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería (5.146 Profesionales) que se encuentra en fase de diseño bastante avanzado, existiendo la previsión de continuar con personal facultativo.

Como conclusión del proyecto de cualificación profesional tres ideas:

- El aprendizaje en puesto de trabajo es una alternativa válida para la cualificación de profesionales. Requiere de metodologías y formatos ágiles y diversos.

- Los mandos intermedios en este modelo son los verdaderos gestores del conocimiento y del talento en la organización. Por lo que es imprescindible potenciar su liderazgo en este ámbito.
- Y uno de los factores de éxito del proyecto ha sido el enfoque de modelo de gestión “centrado en la persona”.

No obstante, es necesario hacer un esfuerzo de gestión importante para el mantenimiento de este proyecto, tenemos que mantener una coordinación muy directa con todas las organizaciones de servicios de Osakidetza y facilitar proyectos formativos muy próximos a la realidad de cada organización y orientados a paciente.

Queremos ser una empresa saludable.

Siempre decimos que los profesionales son nuestro mayor activo y es por ello que debemos cuidarles y protegerles, entendiendo la salud como un elemento transversal a todas las políticas de nuestra corporación.

Tenemos que promover la cultura de la salud y el bienestar de los y las profesionales, impulsando un **modelo de empresa saludable** que integre la salud laboral y la prevención de riesgos laborales en todas las políticas de Recursos Humanos de nuestra organización.

Para ello queremos implicar a todas las personas de la organización como sujetos activos en la prevención de riesgos laborales, mejorando sus competencias en esta materia, para avanzar en la integración y responsabilidad en la gestión y aplicación de los programas preventivos.

Tenemos que seguir prestando una atención especial a los y las profesionales especialmente sensibles, a través de un **plan de prevención de agresiones**.

Estamos comprometidos con los riesgos psicosociales, hemos hecho una encuesta con una participación de más de 10.000 profesionales tenemos las conclusiones y estamos trabajando para mejorar la identificación y valoración de los **factores de riesgo psicosocial** y poder planificar medidas preventivas más específicas.

También, dentro del compromiso con la igualdad, Osakidetza ha creado recientemente el Servicio Corporativo de Igualdad con el objetivo de impulsar la igualdad entre mujeres y hombres e integrar la perspectiva de género en todos los ámbitos de la actividad máxime cuando Osakidetza es la empresa más grande de Euskadi con un 78% de mujeres

Conclusiones.

- El Gobierno Vasco tiene un firme compromiso con las políticas sociales.: Educación, Salud (3.673 Departamento, Osakidetza 2.784.9), Servicios sociales y Justicia.
- Por ello, el 77,3% del presupuesto total de Euskadi está destinado a gasto social. Con un gasto sanitario público per cápita de 1.676 €.
- Tenemos proyecto. El Departamento de Salud y Osakidetza tienen unas líneas estratégicas y unos retos y proyectos estratégicos para el periodo 2017-2020 que marcan el camino por el que hemos apostado. Nuestra guía.

- Tenemos, en términos generales, unas buenas infraestructuras y un buen parque tecnológico. Obviamente mejorable.
- Tenemos y queremos profesionales competentes y comprometidos.
- Es necesaria una planificación de necesidades de profesionales presentes y futuras para garantizar una óptima respuesta a la demanda asistencial.
- Nuestros profesionales son el mayor capital con el que contamos y ello requiere apostar por la calidad del empleo y por el dialogo social.
- Apostamos por un nuevo paradigma de gestión de la formación a través de los itinerarios profesionales para poner en valor la formación como un elemento clave para dar una respuesta adecuada a pacientes y usuarios.
- Y Queremos ser una empresa saludable lo que implica cuidar y proteger la salud del mayor activo que tenemos, los y las profesionales,

**ORIENTACIÓN AL
ENVEJECIMIENTO Y LA
CRONICIDAD: EL MODELO
DE ATENCIÓN INTEGRADA**

Iñaki Berraondo,
Viceconsejero de Salud

Situación de partida

El sistema sanitario que surgió de la reforma sanitaria en la década de los 80 se ha caracterizado por organizarse en dos niveles asistenciales: atención primaria y atención hospitalaria. Dos niveles gestionados de forma independiente, más o menos coordinados clínicamente mediante derivaciones e interconsultas, con la colaboración ocasional entre el sector sanitario y el social.

Este desarrollo del sistema sanitario ha tenido muy buenos resultados y ha sabido responder de forma adecuada a los diferentes retos asistenciales. En particular, ha sido un buen sistema para abordar las enfermedades agudas, debido fundamentalmente a la gran accesibilidad del sistema en sus dos niveles. Sin embargo no ha sido tan efectivo para dar una respuesta asistencial satisfactoria en los casos en los que el problema del paciente requería una actuación coordinada de los dispositivos asistenciales de los dos niveles.

La gestión de la interdependencia de la actuación de los profesionales ha sido sin duda uno de los aspectos a los que un sistema sanitario gestionado en dos niveles asistenciales no ha sabido dar una respuesta adecuada. De esta manera la fragmentación del sistema es una de las debilidades más destacadas y comunes, no sólo de los servicios de salud de las diferentes autonomías, sino también de otros países europeos.

La Atención Integrada como adaptación del sistema sanitario al reto demográfico

Los cambios demográficos han originado el envejecimiento progresivo de la población, y por tanto una mayor prevalencia de la dependencia así como de la prevalencia y complejidad de problemas crónicos y una mayor medicalización de los procesos asistenciales que es más frecuente la población con fragilidad y dependencia. Simultáneamente se ha producido la explosión tecnológica de la medicina, centrada en el ámbito hospitalario.

Estos cambios vienen desarrollándose ante un sistema sanitario preparado a responder a la demanda, pero con baja capacidad preventiva y poco proactivo y se acompañan de un crecimiento del gasto sanitario que pone en riesgo la propia sostenibilidad del sistema.

En este contexto, la fragmentación del sistema adquiere si cabe, una mayor importancia entre las debilidades del sistema para responder adecuadamente al reto demográfico.

La respuesta ante este reto viene de la mano de una atención más integrada capaz de resolver la interdependencia de los profesionales en la gestión clínica del proceso asistencial.

La necesidad de avanzar hacia una atención más integrada se ha puesto de relieve en todos los sistemas sanitarios de nuestro entorno. El objetivo es mejorar la gestión de los problemas crónicos que permita mantener a las personas en el entorno más cercano a su domicilio evitando hospitalizaciones evitables y los reingresos y, sobre todo, personalizando la atención de los problemas de salud liga-

dos al envejecimiento mediante una actuación coordinada de los profesionales de ambos niveles asistenciales.

La continuidad asistencial se convierte en una de las claves de la atención integrada para asegurar que el sistema sanitario pueda desarrollar de forma eficaz sus objetivos de una forma sostenible.

En este proceso es esencial que el nivel de Atención Primaria asuma el liderazgo en un proceso asistencial:

- en el que el **empoderamiento** de los pacientes es una de las claves para obtener los mejores resultados en salud.
- que requiere además de una respuesta coordinada con **agentes locales comunitarios** –activos locales para la salud - para poder mantener a las personas en su domicilio en el contexto de un envejecimiento activo y saludable.
- que necesita en muchas ocasiones de una estrecha coordinación con los **servicios sociales** para ofrecer una respuesta integrada sociosanitaria.
- en el que la **interdependencia de los diferentes profesionales de los dos niveles** asistenciales es cada vez más manifiesta.

Descripción del modelo de Atención Integrada de Euskadi

El modelo de integración persigue organizar el microsistema sanitario para buscar sinergias y dar coherencia a las partes del sistema con el propósito de mejorar la eficiencia y la calidad de la atención, especialmente en el caso de

pacientes complejos. Partiendo de organizaciones complejas con objetivos que a menudo interfieren en el funcionamiento de las partes, se trata de conseguir un sistema sanitario:

- Menos fragmentado
- Más coordinado
- Que provea servicios de una forma más costo-efectiva
- Y, en definitiva que provea servicios de mayor calidad.

En Euskadi se ha planteado un modelo de Atención Integrada basado en tres grandes ejes de actuación para orientar el despliegue de la Integración Estructural de las Organizaciones de AP y Organizaciones Hospitalarias.

Una integración estructural que genera una organización (Organización Sanitaria Integrada – OSI – responsable de la salud de los ciudadanos de un área geográfica de actuación bien definida, y formada por el hospital y los centros de salud que dan servicio a dicha área.

Más allá de una integración estructural bajo su paraguas, el modelo de integración tiene que facilitar un proyecto colectivo de cambio de modelo de relación entre los profesionales que intervienen en el proceso asistencial para mejorar la atención a los pacientes. Desde una perspectiva poblacional, las Organizaciones Sanitarias Integradas adoptarán un enfoque proactivo dirigido a mejorar la salud de su población asignada, asegurando la atención necesaria en función de las necesidades de los pacientes, en especial de los pacientes crónicos y de aquellos que en

un momento dado tienen necesidades sanitarias y sociales de forma simultánea.

El modelo de despliegue implica desarrollar herramientas que faciliten:

- un enfoque poblacional del conjunto de la OSI, responsable de la salud de una población bien definida
- un modelo de gobernanza que integre los dos niveles asistenciales, cuidando tanto aspectos de organización como de financiación y en especial del modelo de gestión del proceso asistencial
- y el cambio cultural necesario para que los profesionales y el conjunto de la organización avance desde el modelo de la fragmentación al modelo de la colaboración.



En cada uno de los tres grandes ejes, las OSIs han ido desarrollando diferentes estrategias para avanzar en el con-

cepto de Atención Integrada. Algunas de estas estrategias, como nuevos roles profesionales son comunes al conjunto de OSIs de Osakidetza. En otros casos como por ejemplo en el caso de la Unidad de Continuidad Asistencial de OSI Bidasoa, en el caso de diferentes experiencias hospitalarias en las que han surgido unidades que se orientan a la atención de los pacientes crónicos reagudizados, o en el de las Unidades de gestión de Barrualde se han desarrollado experiencias adaptadas a la situación local.

En cualquier caso como común denominador puede afirmarse que los sistemas de información han resultado ser un pilar básico para la atención integrada. Han permitido la comunicación entre los diferentes profesionales que intervienen en los procesos de atención a los pacientes, en los que la presencia de una historia electrónica única y la prescripción electrónica son herramientas vertebradoras.

Las rutas asistenciales, otra herramienta desplegada en diferentes versiones en las OSIs permiten consensos básicos entre atención primaria y atención hospitalaria, promoviendo el desarrollo de fórmulas no presenciales, incrementando el papel de enfermería con la potenciación de nuevos roles y servicios.

Con el despliegue de la Atención Integrada en el sistema de Atención Sanitaria se ha puesto de relieve la necesidad de coordinación con los servicios comunitarios y las residencias geriátricas y, obviamente, con los servicios sociales de base y de las diputaciones. De esta manera el sistema sanitario vasco ha experimentado un gran avance tanto conceptual como operativo en materia de coordinación sociosanitaria.

Despliegue del modelo mediante el Contrato-Programa

Para guiar el conjunto del sistema en el desarrollo del concepto de Atención Integrada las herramientas que apoyan y guían la planificación, gestión y monitorización de la integración de las organizaciones sanitarias de Euskadi en OSIs han sido:

- Las líneas estratégicas del Departamento y el propio Plan de Salud
- El contrato-programa como elemento regulador, y
- El sistema de financiación asociado a este último.

El Contrato-Programa, como elemento regulador por excelencia entre el financiador / planificador (Departamento de Salud) y el proveedor de servicios (Servicio Vasco de Salud - Osakidetza), ha experimentado un giro de 360 grados.

El Contrato Programa ha pasado a centrarse en el impulso de los elementos nucleares del modelo de atención Integrada de Euskadi.

Poniendo en común objetivos asistenciales para los dos niveles asistenciales: atención primaria y atención hospitalaria que confluyen en la OSI, el contrato programa permite evaluar los resultados de las organizaciones, conocer las formas de hacer identificando buenas prácticas y aportando valor a las organizaciones de servicios mediante una visión externa que ayude a identificar los puntos fuertes y las áreas de mejora.

Ideas fuerza:

La Atención Integrada como elemento necesario para superar la fragmentación asistencial.

La interdependencia de los profesionales en el proceso asistencial como punto de partida para el despliegue de la atención integrada.

El Contrato Programa como herramienta de gestión del despliegue de la Atención Integrada en las OSIs.

GESTIÓN DE LA MEDICINA NO PRESENCIAL

Andoni Arcelay Salazar,
Director de Asistencia Sanitaria de Osakidetza

En los últimos años las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) han impactado en todos los ámbitos de nuestra sociedad. Osakidetza apuesta por la utilización de las nuevas tecnologías al servicio de la salud, porque creemos que éstas ayudan a prestar un servicio mejor, más accesible, aportando beneficios de calidad y seguridad.

Ejemplos de esto son:

- la historia clínica unificada
- la historia farmacológica común
- y el desarrollo de canales no presenciales de relación con el paciente (Osarean)

Me voy a referir a esta última tecnología, que denominamos “Osarean” la cual habilita nuevos canales de comunicación e interacción con el paciente. Su misión es desarrollar un modelo de relación y servicio a distancia, “no presencial”, centrado en las necesidades de pacientes, ciudadanos y profesionales sanitarios. Lo que va a permitir al ciudadano acceder a través de diversos canales, a los servicios prestados por Osakidetza.

Dentro del concepto de Osarean un ejemplo es la **Carpeta de Salud**.

La Carpeta de Salud permite el acceso al paciente a su historia clínica, habilitando a su vez nuevos canales de comunicación no presenciales con los profesionales, y permitiendo enriquecer la Historia clínica por parte del propio paciente.

Los **objetivos de Carpeta** son:

- Posibilitar a los ciudadanos el acceso, a través del portal de Osakidetza (ordenador, tablet, teléfono móvil), a la información de su historia clínica de forma segura y confidencial.
- Facilitar a los ciudadanos la relación de forma no presencial con los profesionales de Osakidetza.
- Potenciar el papel del ciudadano como responsable de la promoción de su salud.
- Ayudar a preparar al sistema sanitario vasco para las necesidades de futuro, contribuyendo a su sostenibilidad.

Los **servicios de Carpeta de Salud** se pueden agrupar en 3 bloques:

1.- **Los que permiten consultar y recuperar información:** Datos de filiación, mi historial clínico, próximas citas, historial de vacunación, listas de espera quirúrgica...

2.- **Los que permiten enriquecer la historia clínica:** Auto seguimiento, gestión de su enfermedad, subida de documentos

3.- **Los que permiten interactuar con el sistema sanitario:** Diario del paciente, Mensajes al paciente, Dudas con tu medico

Otros ejemplos de atención sanitaria no presencial disponibles en Osakidetza son Consejo Sanitario y Telemonitorización a domicilio:

Consejo Sanitario es un servicio de atención no presencial prestado por profesionales de enfermería (23 enfermer@s) las 24h del día los 365 días del año.

Realizan diferentes labores como son:

- Triage telefónico de enfermería.
- Consejo Sanitario → recomendaciones ante problemas de salud habituales y que no requieran la intervención presencial profesional.
- Seguimiento de pacientes crónicos incluidos en diversos Programas (Tele IC, TELEPOC; Pluripatológicos; paliativos...)
- Pacientes con Teleasistencia.
- Diversos programas de salud (Tabaco...).

Telemonitorización domiciliaria. Ésta permite realizar un seguimiento a distancia del estado clínico de los pacientes mientras éstos se encuentran en su domicilio. Para ello, los datos clínicos del paciente son enviados al profesional sanitario desde una localización remota utilizando Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC).

Tiene como objetivos:

- proveer cuidados en el domicilio de pacientes con alto riesgo de desestabilización → mejorar la calidad asistencial
- mejorar la autonomía del paciente, la adherencia al tratamiento y fomentar el autocuidado → mejorar la calidad de vida del paciente

En TeleEPOC, que incluye pacientes con patología respiratoria crónica, tenemos unos 231 pacientes telemonitorizados.

En TeleIC, referida a pacientes con Insuficiencia Cardíaca, actualmente tenemos 101 pacientes, aunque ya han pasado por el programa más de 200 pacientes ya que, según protocolo, cuando el paciente está estable se le da de baja en el programa.

TeleTAO, referido a pacientes que tienen una prescripción de anticoagulantes, es un programa que monitoriza actualmente 225 pacientes.

Finalmente, aludir de forma sintética a otros servicios no presenciales con un gran nivel de implantación como la Consulta Telefónica, altamente valorada por los ciudadanos ya que evita desplazamientos innecesarios. En 2016 se realizaron 2.729.554 de consultas telefónicas, es decir el 30% de las consultas de Atención Primaria.

Además, la Interconsulta no Presencial, es un ámbito de relación entre médicos de Atención Primaria y Especializada a través de la Historia Clínica que se está desarrollando con importantes niveles de eficiencia. Entre enero y noviembre de este año se han realizado 89.337 interconsultas.

Finalmente, otro de los servicios no presenciales es la **Monitorización remota de dispositivos electrónicos cardiacos**. Se realiza la monitorización remota de datos desde un dispositivo implantado en un paciente hasta la consulta del especialista. Para que esto sea posible el marcapasos o desfibrilador tiene que tener capacidad para transmitir y el paciente debe tener en su domicilio un

dispositivo capaz de transferir esta información. En año 2016, 1.770 pacientes tuvieron seguimiento remoto de marcapasos y desfibriladores.

No debemos olvidar la **Teleasistencia**, que aunque es un servicio de carácter social, está coordinado con el sistema sanitario (Emergencias, Consejo Sanitario....). Está dirigido a personas mayores de 75 años que viven solas y a personas mayores de 65 que se encuentran en situación de dependencia. También a personas con discapacidad intelectual, física o sensorial, enfermedad mental y personas en riesgo de aislamiento social.

En el año 2016 el servicio de Teleasistencia contó con 43.044 personas usuarias.

Ideas fuerza

La incorporación de las nuevas tecnologías al modelo asistencial:

- Contribuye a facilitar el objetivo estratégico de la integración sanitaria,
- posibilita la colaboración entre diferentes actores y niveles asistenciales dentro del sistema sanitario,
- Aporta a los profesionales sanitarios una visión integral de la información y la situación de los pacientes.
- Habilita nuevos canales de comunicación e interacción con el paciente que facilitan la accesibilidad del mismo al sistema sanitario y contribuyen a mejorar la continuidad asistencial.

CARPETA DE SALUD / OSASUN KARPETA

OSAKIDETZA

INTRODUCCIÓN

En el año 2010, dentro del marco del Proyecto Osarean “Osakidetza no presencial”, surgió la idea de Carpeta de Salud con el objeto de desarrollar canales no presenciales entre los ciudadanos, pacientes y Osakidetza.

Osarean se configuró como una plataforma multicanal basada en las herramientas TICs (Tecnologías de la Información y Comunicación), con la misión de desarrollar un modelo de relación y servicio centrado en las necesidades de pacientes y ciudadanos. Un modelo que, entre otros, potenciara la gestión de la prevención, promoción y mantenimiento de la salud e introdujera la cultura de la corresponsabilidad y del autocuidado.

Se aprovechó un proyecto Europeo denominado “Sustains” para continuar con su desarrollo.

Carpeta de Salud permite al paciente el acceso a su historia clínica, habilitando, a su vez, nuevos canales de comunicación no presenciales con los profesionales, y permitiendo enriquecer la Historia clínica, por parte del propio paciente.

Desde el comienzo, profesionales con distintos perfiles han formado parte del equipo de Osarean: administrativos, informáticos, sanitarios, etc.

Y es que la diversidad de opiniones de todos ellos nos ha ayudado a hacer evolucionar la carpeta día a día, incluyendo de forma progresiva nuevos servicios y funcionalidades.

El equipo está continuamente en contacto con los ciudadanos, ya que sus sugerencias también nos ayudan, y mucho, a mejorar.

OBJETIVOS

Los objetivos de Carpeta son los siguientes:

- Posibilitar a los ciudadanos el acceso a su historia clínica, a través del portal de Osakidetza (desde el ordenador, tablet ó teléfono móvil), de forma segura y confidencial, en cualquier momento y desde cualquier lugar.
- Facilitar a la ciudadanía la relación con los profesionales de Osakidetza de forma no presencial.
- Potenciar el papel del ciudadano como responsable de la promoción de su salud.
- Ayudar a preparar al sistema sanitario vasco para las necesidades del futuro, contribuyendo a su sostenibilidad.

ACCESO

La Carpeta de Salud es un servicio que tienen a su disposición todos los ciudadanos de Euskadi, que cuentan con la Tarjeta Individual Sanitari (TIS).

Actualmente, existen dos formas de acceder:

- Mediante certificado digital, es decir, una tarjeta electrónica como puede ser el DNLe, la Tarjeta Municipal Ciudadana u otras tarjetas profesionales. Por este medio es necesario tener un lector de tarjetas en el ordenador, pero como no todos lo tenemos se han desarrollado otros métodos.
- Mediante FEA, es decir, una Firma Electrónica Avanzada. Se llama B@kQ y es el equivalente a un juego de barcos junto con su número de referencia o DNI y una clave personal. De esta forma, no es necesario introducir ninguna tarjeta, por lo que podremos entrar en nuestra carpeta de salud desde cualquier dispositivo, bien sea una Tablet, un Smartphone, etc.

Ambos accesos garantizan la seguridad y confidencialidad de los datos y es que no debemos olvidar que estamos tratando con información sanitaria, lo cual nos exige un alto nivel de seguridad.

SERVICIOS

Los servicios de Carpeta de Salud se pueden agrupar en 3 bloques:

- Los que permiten consultar y recuperar información
 - Datos de filiación: se muestran los datos básicos del paciente, junto con el profesional sanitario que tiene asignado. Además, se muestran campos que el propio usuario puede actualizar, como el teléfono y el correo electrónico.
 - Mi historial clínico: se incluyen informes de alta, de primaria, de laboratorio, de pruebas radiológicas, quirúrgicos. Además del historial de

vacunación, dosimétrico (radiación recibida en función de los TAC realizados), hoja de tratamiento activo (desde donde se puede acceder a la pauta de dosificación de Sintrom, en caso de tomarlo). Existe también la posibilidad de descargarse un código QR con un resumen de la historia clínica.

- Próximas citas: el paciente puede consultar las citas pendientes que tiene tanto en Primaria como en Hospitalaria.
- Lista de espera quirúrgica: una vez incluido en la lista de espera, se muestra información al respecto. También se puede solicitar información al Servicio de Atención al Paciente, mediante un mensaje de correo electrónico desde la misma ventana.
- Los que permiten enriquecer la historia clínica
 - Programas de Auto-seguimiento: consumo de tabaco y alcohol, control del peso y tensión arterial.
 - Subida de documentos: el propio paciente puede incorporar informes de salud a su historia clínica, tras la validación del profesional sanitario. De este modo, los profesionales no tienen que introducir dicha información.
- Los que permiten interactuar con el sistema sanitario
 - Diario del paciente es un canal unidireccional mediante el cual el paciente puede registrar

información de su estado de salud, a petición de los profesionales sanitarios. Ésta se incluye automáticamente dentro de su propia historia clínica.

Así el paciente puede registrar a diario cómo se encuentra y si hay algún condicionante que influya en su estado de salud en ese momento. El profesional sanitario podrá hacer un seguimiento del estado del paciente, según la información registrada o mediante formularios.

- Mensajes al paciente es otro canal unidireccional pero, a diferencia del anterior, es el profesional el que contacta con el paciente para enviarle información, recomendaciones y ajustes en el tratamiento, por ejemplo.

El paciente recibe un correo electrónico avisándole de que tiene un mensaje nuevo en su carpeta de salud. Tras entrar en su carpeta podrá visualizar dicho mensaje.

Mediante esta herramienta podemos conseguir una relación más cercana con el paciente y demostrarle que seguimos de cerca su proceso y situación, actualizando la información necesaria.

- Dudas con tu médico es un canal de atención no presencial bidireccional, es decir, existe una interrelación entre el paciente y el propio profesional.

El profesional debe autorizar al paciente para que acceda a la opción de resolver sus dudas vía

Carpeta de Salud para primaria y/o especializada.

El paciente introduce su duda y el profesional, accediendo a la cita virtual, visualiza los datos.

Una vez enviada la respuesta del profesional, el paciente recibe un email de confirmación de respuesta emitida.

NUEVOS SERVICIOS

- Acceso a Terceros

En una primera fase, el objetivo del servicio Carpeta de Salud de Osakidetza ha sido facilitar únicamente al titular de la misma, mayor de 16 años, el acceso a su información asistencial y administrativa por medios electrónicos.

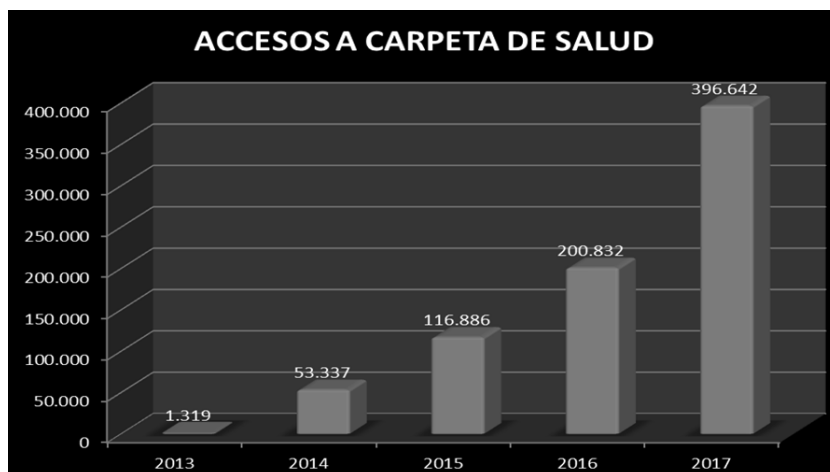
Ante la diversidad de solicitudes de acceso por parte de terceros debidamente acreditados y autorizados, se ha desarrollado una nueva funcionalidad que permite estos accesos desde la propia Carpeta de Salud.

Teniendo en cuenta la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica, y el Informe 0339/2015, de 8 de octubre del Gabinete Jurídico la Agencia Española de Protección de Datos, se garantiza el acceso a la HC de terceros en los siguientes supuestos:

- Progenitores y Tutores (siempre y cuando los padres y/o madres tengan la patria potestad o el documento de tutela, según corresponda).
 - Representantes de pacientes incapacitados legalmente (con el correspondiente documento).
 - Personas mayores de edad que así lo autoricen.
- Asimismo, se ha puesto en marcha el acceso a la carpeta del recién nacido. Los padres y/o madres que lo deseen pueden gestionar dicho trámite en el propio Hospital.

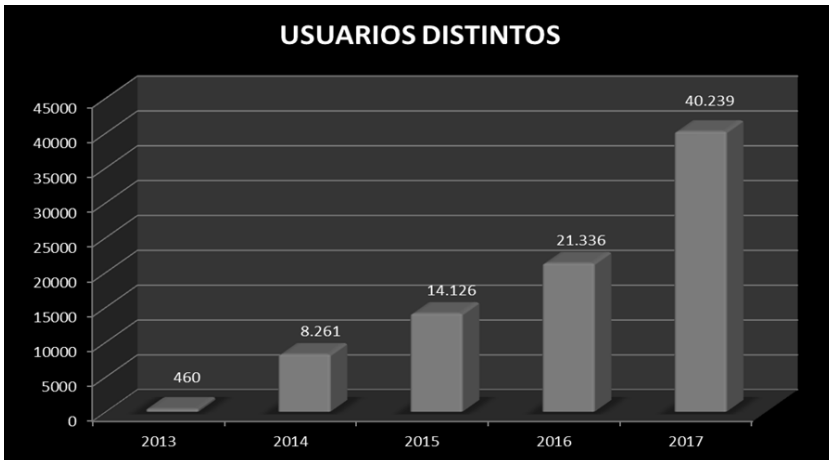
DATOS

Como se puede ver en el siguiente gráfico, el número de accesos a Carpeta de Salud prácticamente se ha ido duplicando año tras año, situándose cerca de los 400.000 el pasado año.



Si nos centramos en el número de usuarios distintos que utilizan Carpeta de Salud, vemos que también ha ido

creciendo año tras año, superando los 40.000 el año pasado.



CONCLUSIONES

La incorporación de las nuevas tecnologías al modelo asistencial:

- Contribuye a facilitar el objetivo de la integración sanitaria.
- Posibilita la colaboración entre diferentes actores y niveles asistenciales dentro del sistema sanitario.
- Aporta a los profesionales sanitarios una visión integral de la información y la situación de los pacientes.
- Habilita nuevos canales de comunicación e interacción con el paciente.

INNOVACIÓN EN LA
GESTIÓN-GESTIÓN
AVANZADA EN LA
ORGANIZACIÓN SANITARIA
INTEGRADA EZKERRALDEA
ENKARTERRI CRUCES

Santiago Rabanal,
Director Gerente del
Hospital Universitario de Cruces

La Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea Enkarterri Cruces está conformada por el Hospital Universitario Cruces, 11 Unidades de Atención Primaria y un Instituto de Investigación Biomédica Acreditado, BioCruces.

El sector sanitario se encuentra probablemente en la situación más crítica de las últimas décadas, esto es debido sobre todo a los cambios que se están dando en nuestro entorno, a saber:

- Cambios demográficos: debido, entre otras razones, a la eficacia del sistema sanitario que nos hemos dotado, tenemos una población cada vez más envejecida, lo cual ha dado lugar a un cambio del perfil de nuestros pacientes pasando de ser un paciente agudo a uno mayoritariamente crónico, con más necesidades de atención
- Crisis económica: aunque parece que estamos saliendo de ella, nuestro país, al igual que los del entorno, está inmerso en la crisis económica más profunda y larga de las últimas décadas, como consecuencia de ella los recursos que se pueden dedicar para hacer frente a las necesidades de nuestras organizaciones se han limitado, a esto hay que unir la aparición de nuevas tecnologías cada vez más eficaces pero también más caras que ponen en entredicho la sostenibilidad de nuestros sistemas sanitarios.
- Agotamiento del Sistema Sanitario: tenemos un modelo enfocado a atender un perfil de paciente, el agudo,

mientras que actualmente la mayor parte de los recursos los dedicamos a la atención de pacientes crónicos.

En Osakidetza, y más concretamente en la OSIEEC, tenemos claro que para hacer frente con éxito a los grandes retos que tenemos por delante solo nos vale una transformación de nuestra organización, el realizar pequeñas mejoras o trabajar únicamente en la eficiencia de nuestra organización creemos que no va a ser suficiente. El trabajar solo en mejorar la eficiencia no nos garantiza la sostenibilidad del sistema, el ser eficiente es un requisito básico pero además tenemos que hacer las cosas de otra manera, creemos imprescindible la transformación de nuestras organizaciones para garantizar esta sostenibilidad.

Enfoque de Innovación en la OSI EEC

Para llevar a cabo esta transformación la OSI EEC ha diseñado una Estrategia, en la cual la Innovación es un elemento clave. Creemos que la Innovación como todos los ámbitos de una organización se debe gestionar adecuadamente, para hacerlo hemos adoptado como guía el Modelo de Gestión Avanzada, impulsado por Euskalit.

El objetivo de esta Estrategia es que la OSI alcance la “Visión 2018” que se ha marcado:

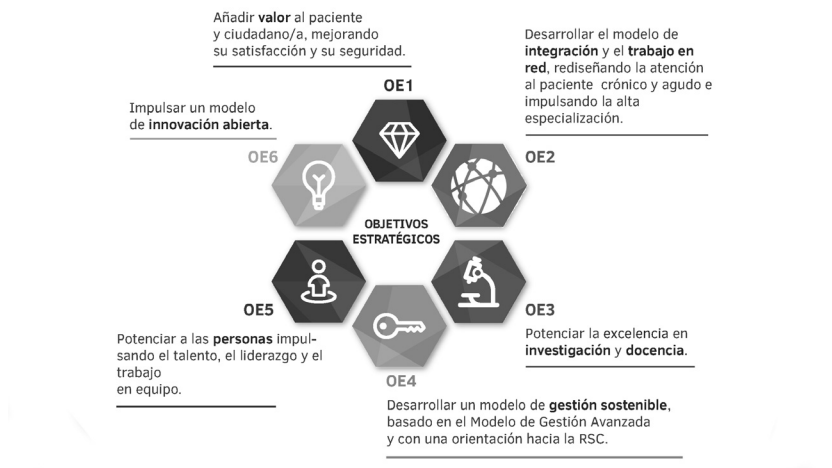


VISIÓN 2018

“Visualizamos una Organización innovadora que ha TRANSFORMADO su modelo de atención y organización, ganando en

calidad, seguridad y especialización así como en eficiencia y con capacidad de atraer el talento de las personas.”

Asimismo hemos identificado 6 Objetivos Estratégicos que desplegándolos nos van a permitir alcanzar esta Visión 2018:



Para cada uno de estos OE hemos identificado una serie de proyectos que son los que nos van a permitir transformar nuestra Organización y alcanzar la Visión 2018.

Seguidamente voy a describir algunos de los proyectos más transformadores ligados a los Objetivos Estratégicos. Dado que a lo largo de la jornada se van a describir proyectos de Osakidetza ligados a los Objetivos Estratégicos 2, 3 y 5, que son similares a los recogidos en nuestro Plan Estratégico, me voy a centrar en los Objetivos Estratégicos que no se van a mencionar en los otros apartados de este Libro.

Objetivo Estratégico 1: Añadir Valor al paciente y ciudadano/a mejorando su satisfacción y seguridad.

Proyecto: “Evaluación de Resultados en Salud”

El objetivo de este proyecto es implementar el concepto de “Value Based Health Care”, VBHC, en nuestra Organización. Lo primero que hemos realizado es asumir la definición de Valor que realiza Michael Porter:

“La relación entre los resultados alcanzados en el paciente y su coste”

A la hora de realizar esta definición M. Porter hace dos puntualizaciones, primera medir los resultados que importan al paciente, puesto que generalmente medimos indicadores de proceso y no de resultado, y siempre desde la visión del profesional. La segunda es que debemos medir los costes que se dan en todo el ciclo de la asistencia que recibe el paciente.

Estamos utilizando los estándares definidos por ICHOM para medir los resultados alcanzados en pacientes y siguiendo su metodología de trabajo para implementarlos. ICHOM es un consorcio liderado por tres organizaciones:



El objetivo de este Consorcio es definir sets de indicadores de resultados teniendo en cuenta la perspectiva del paciente. Hoy en día sus estándares son utilizados por las más prestigiosas organizaciones sanitarias a nivel mundial.

Lo interesante de estos estándares es que incluyen tanto los indicadores clásicos que se venían recogiendo por los profesionales, con otros relacionados con los resultados de nuestras actuaciones y de calidad de vida reportados por los pacientes a través de encuestas que rellenan. Con ello tenemos una información más completa que nos permite identificar áreas de mejora.

ICHOM explicita con que encuesta hay que medir cada dimensión y en qué momento hay que realizarla, de esta manera facilita la posibilidad de realizar benchmarking entre diferentes organizaciones y a través de él identificar áreas de mejorar en nuestro proceso asistencial.

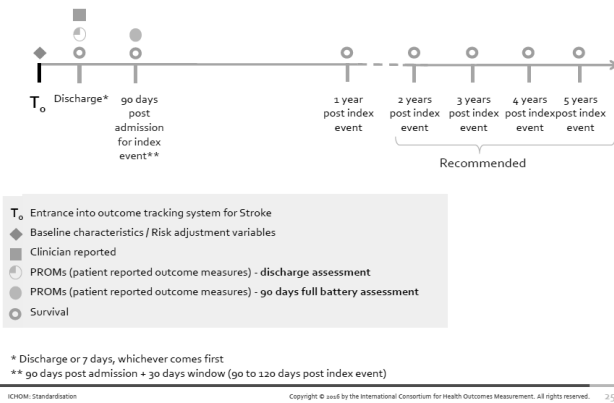
Este proyecto se ha puesto en marcha con dos patologías el Cáncer de Próstata Localizado y el Ictus



Osakidetza
Un referente para los sistemas sanitarios



The following timeline is proposed to capture the outcome domains for patients with stroke



Desde el inicio del pilotaje, el 20 de abril de 2017, y hasta final de año en el caso del Ca. Próstata Localizada se han incluido 92 pacientes:

- 59 prostatectomías
- 33 braquiterapias

En el Ictus se han incluido 200 pacientes, 139 con Ictus y 61 con IAT, 31 no aceptan participar por diferentes motivos:

- Falta colaboración/apoyo familiar
- Rechaza participar
- Éxitus
- Traslado a otro centro por empeoramiento
- Pertenece a otra OSI, impide su seguimiento.

Objetivo Estratégico 4: Desarrollar un Modelo de Gestión Sostenible basado en el Modelo de Gestión Avanzada y con una orientación hacia la RSC.

Proyecto: “Coste por paciente y Coste de la Enfermedad”

En la ecuación del Valor además de innovar en la manera de conocer los resultados que importan a los pacientes, el numerador, es necesario conocer el denominador, es decir el coste en que incurrimos para alcanzar esos costes.

Nuestra OSI ha desarrollado paralelamente un sistema de contabilidad analítica que nos permite conocer el coste de cada uno de los pacientes tratados, ya sea en el hospital, en Atención Primaria o en Urgencias, y por tanto el coste de la enfermedad, de esta manera podemos conocer el Valor de la asistencia que prestamos a nuestros pacientes.

Actualmente tenemos la información disponible de todos los pacientes que han sido asistidos en nuestra OSI los años 2014, 2015, 2016 y primeros 6 meses del 2017.

Esta información es de gran ayuda para la toma de decisiones, por ejemplo se ha realizado un estudio sobre el

coste de la enfermedad de Parkinson comparando dos tratamientos: el implante de neuroestimulador y la bomba de infusión de medicación, Duodopa.

Si solo tenemos en cuenta el coste de la hospitalización, el coste medio de los 21 pacientes que en 2017 se les implantó un neuroestimulador fue de 23.934€, y el de los 9 pacientes que se utilizó la bomba de medicación fue de 2.793€.

En cambio, si tenemos en cuenta el coste de todo el ciclo de atención, tal como propone M. Porter, el coste del tratamiento con neuroestimulador sube a 29.286€ y el de Duodopa a 31.530€, con la diferencia que este gasto se va a repetir anualmente mientras que en el caso del neuroestimulador no. Por tanto entre estos dos tratamientos el primero es claramente más barato que el segundo

Objetivo Estratégico 6: Impulsar un Modelo de Innovación Abierta.

La OSI EEC apuesta por un modelo de innovación abierta a todos los agentes internos y externos de la organización. Consideramos la innovación como un ejercicio también de responsabilidad social, somos conscientes de nuestro papel como empresa tractora de la economía en el sector salud.

El PE vigente recoge la innovación como un elemento transversal a todos los OE, y de manera específica se incorpora el OE6 para gestionarla de forma sistemática y dotarla de los recursos necesarios.

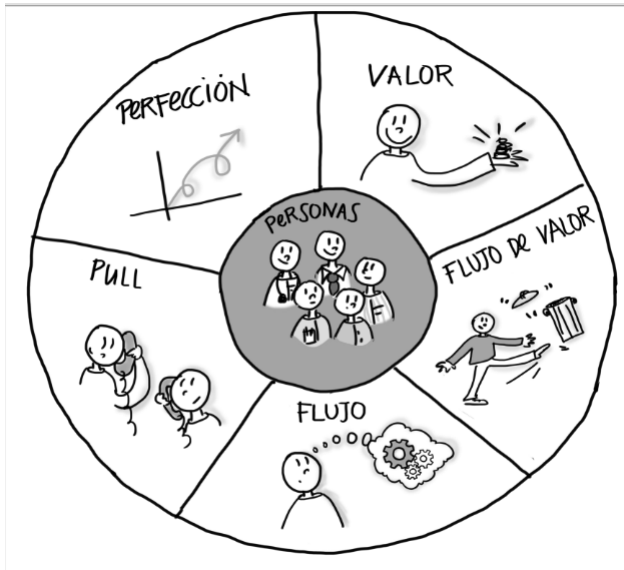
Dentro de los proyectos innovadores que estamos desarrollando merecen la pena destacar:

Proyecto: LEAN Health

“Lean” es una palabra inglesa que puede traducirse como magro, sin grasa, y hace referencia a un sistema de gestión en el que las organizaciones se focalizan en aportar valor añadido para el cliente (paciente y sus acompañantes).

Aunque el término Lean como tal es relativamente reciente, sus principios fueron establecidos por **Taiichi Ohno** en los años 50 en Toyota.

Los 5 principios LEAN son:



Valor: El valor sólo puede definirlo el consumidor final

Flujo de Valor: Todas las acciones específicas requeridas para generar un producto/servicio para el consumidor final, el paciente: Acciones que aportan “valor” al paciente y acciones que no lo aportan.

Flujo: es hacer que fluyan las etapas creadoras de valor.

Pull: implica actuar en el momento que se requiera, ni antes ni después.

Perfección: Aplicando los principios anteriores se producirán mejoras en el proceso vinculadas a la reducción de esfuerzo, tiempo, espacio, coste y fallos,

La clave para ser Lean es focalizarse en eliminar todas aquellas tareas que no aportan valor añadido (defectos, errores, repeticiones, esperas, movimientos...) para dedicar esos recursos a otras actividades que si contribuyen de forma activa a proporcionar unos mejores cuidados y atención sanitaria a nuestros pacientes.

Esta metodología se ha utilizado para mejorar la atención en el Servicio de Urgencias y el área de hospitalización de Medicina Interna, con buenos resultados. Actualmente se está trabajando con hospitalización de los Servicios de Digestivo y Cardiología, así como con Admisión.

Proyecto: Experiencia de Usuario, Desing Thinking.

La experiencia de usuario es el conjunto de interacciones que este tiene con el servicio en el transcurso del tiempo.

Nuestras organizaciones han mejorado enormemente sus procesos y su calidad asistencial, desde el punto de vista técnico, pero se han quedado atrás en incorporar la experiencia de las personas involucradas en el proceso asistencial y los cambios culturales.

Creemos que para incorporar la experiencia de usuario en el rediseño de procesos es importante realizarlo con

nuevas herramientas como la observación etnográfica, grupos focales o el Patient Journey map que nos permite comprender los insight reales de los personas.

En nuestra OSI hemos puesto en marcha un proyecto llamado “No te vayas del Hospital con dudas”, en el cual hemos utilizado la metodología del Desing Thinking” y aplicado técnicas de experiencia de usuario, cuyo objetivo es mejorar la calidad de la información que se facilita a los pacientes y familiares en un momento clave de su asistencia como es el del alta hospitalaria. También hemos utilizado esa metodología para definir la Ruta de Cuidados Paliativos.

Proyecto: Impresión 3D

La OSI EEC ha hecho, junto con el IIS BioCruces, una apuesta por incorporar la impresión 3D en la Estrategia de Innovación. Para poder llevar a cabo este proyecto ha sido de gran ayuda la implicación, entre otros, del Servicio de Radiología, el cual tras acceder directamente a las imágenes del área anatómica que se quiere imprimir, segmenta la zona de interés y genera el archivo STL imprimible. En estos momentos estamos utilizando la impresión 3D en tres ámbitos:

- Asistencial
- Formación y Docencia
- Información familiares

Dada la escasez de espacio, sólo me voy a referir a uno de los proyectos asistenciales que estamos desarrollando actualmente:

“Impresión 3D en el tratamiento de la Miocardiopatía Hipertrófica”

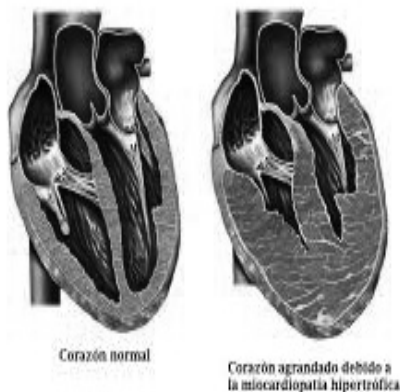
La Miocardiopatía Hipertrófica se define como un ventrículo izquierdo hipertrofiado y no dilatado en ausencia de otra enfermedad cardíaca o sistémica que sea capaz de producirla, presenta una prevalencia del 0,2-0,5%. En estos pacientes el tratamiento quirúrgico, el más resolutivo y completo, está indicado en caso de fracaso del tratamiento farmacológico.

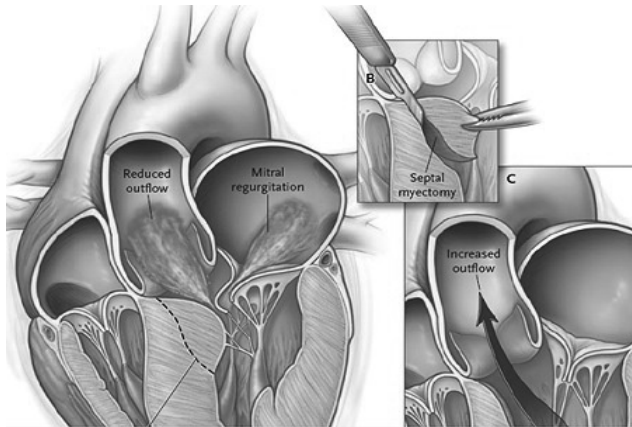
La técnica quirúrgica actual es compleja por la difícil visualización intraoperatoria, lo que conlleva el riesgo de complicaciones, como la Comunicación Interventricular, esto hace que muchas veces la cirugía se limite a la resección del miocardio que obstruye la válvula mitral.

Actualmente nuestro Servicio de Cirugía Cardíaca está realizando en estos pacientes una miectomía con asa de diatermia basada en modelo 3D.

La impresión, previa a la cirugía, del corazón del paciente en 3D nos permite realizar:

- Una validación previa de las anomalías estructurales
- Planificación de la técnica quirúrgica





De esta manera la intervención posterior con sonda de diatermia nos permite:

- Resección de porciones distales, más agresiva
- Profundidad de corte definida previamente, menos riesgo de Comunicación Interventricular
- Resecciones homogéneas, menos turbulencias

Ideas Fuerza

Osakidetza y nuestra OSI tienen que hacer frente a grandes retos y para superarlos con éxito:

- Tenemos que **transformar** nuestras Organizaciones, **la Innovación** es una palanca en esta transformación, siempre que sea una innovación de verdad, de soluciones a problemas reales, se gestiona adecuadamente y esté orientada a resultado
- Hay que tener una **Estrategia** para llevar adelante esta **transformación**, soportada en un **Modelo de Gestión**, con un sistema de medición que nos permita conocer el grado de avance en su implantación.

- Tenemos que contar con el **paciente** para el rediseño de la asistencia
- Adaptar nuestro **Modelo Asistencial** al reto de la **Cronicidad**
- Incorporar el concepto de **Value Based Health Care**

**LA GESTIÓN DE LA
INTEGRACIÓN DE 2
HOSPITALES Y ATENCIÓN
PRIMARIA: MODELO HUA**

Jesús Larrañaga Garitano,
Director-Gerente del
Hospital Universitario de Araba (HUA)

Las denominadas Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs) conforman la Corporación Osakidetza, cuyo origen se encuentra en los Microsistemas en 2011, para continuar y consolidar su presencia en la actualidad a través de la Referencia Estratégica surgida en 2013 con el Plan de Atención Integrada de Euskadi.

La experiencia concreta de la creación (1/01/2016) de una nueva Organización (la Organización Sanitaria Integrada Araba de Osakidetza) a partir de otras 2 preexistentes: el Hospital Universitario Araba que engloba desde 2012 dos hospitales, el Hospital de Santiago, y el Hospital de Txagorritxu, ambos ubicados en Vitoria-Gasteiz, y la Comarca de Atención Primaria Araba, que contiene la casi totalidad de los Centros de Salud del Territorio alavés.

Por ello se ha creado una nueva organización a través de la CONFLUENCIA INEVITABLE de Organizaciones diferentes, definidas alrededor del mismo ciudadano/paciente, y alineada con una Estrategia Corporativa y de Gobierno consolidada en el tiempo (Integración Asistencial de Organizaciones Sanitarias Públicas).

Para ello el “leitmotiv” que nos movió ha sido “ser más útiles que importantes” (sentido de equipo), actuando con menos “egos y protagonismos de las partes” y más generando buscando generar un sentido de pertenencia a la Organización nueva (OSI Araba) con una Visión y una Gestión más global, que sus partes, donde $1+1=3$.

Para ello se siguió un itinerario previo, compartido y concreto llevado a cabo para su creación en sus 7 Pasos: Planificación Estratégica, Organización, Análisis, Negociación, Transición, la propia Integración (1/01/2016), y actual Seguimiento.

Por tanto la Integración, fué una Fase más de la propia creación de la nueva Organización, OSI Araba. Siendo de destacar el valor de otros rasgos aglutinadores como el PLAN DIRECTOR de Obras, su carácter DOCENTE y UNIVERSITARIO, la creación de su Instituto de Investigación-Innovación denominado Bioaraba, y la relevancia que adquiere la coordinación y evaluación los PROCESOS TRANSVERSALES de atención, entre los diferentes ámbitos asistenciales (Primaria y Hospitalaria).

Las “Reglas” para llevar a cabo esta Transformación Organizacional y el Cambio Cultural compartido que conlleva, y bajo premisas de comportamiento se sigue actuando:

- Crear “Certidumbre” para generar credibilidad.
- Trabajar siempre ”face to face”, “just in time”.
- Tener en cuenta que siempre funciona la mirada puesta en lo que se PUEDE (es decir en las verdaderas prioridades)
- Darle valor a la gestión itinerante y es que, Invertir en gestión itinerante es invertir en Certidumbre y por tanto en clima laboral y en CONFIANZA.

A la par se aplicó un MÉTODO: basándose en la experiencia acreditada en la metodología EFQM (European Foundation for Quality Management) y trasladándola a la actualidad a través del Modelo de Gestión Avanzada

(MGA), la utilización de plataformas y redes colaborativas con otras OSIs (INTEGRASAREA) y el impulso a la implicación de los líderes de la nueva Organización como Modelo de comportamiento. Todo bajo el amparo general y el compromiso del Gobierno Vasco que aporta hasta 1673 € por ciudadano vasco, en el sostenimiento de su Modelo Asistencial Sanitario Público.

Hoy podemos hablar abiertamente de un proceso de Integración (vigente) donde además la coexistencia de una pluralidad cultural es factible. Esa pluralidad innegable, es la que hay que seguir aprovechando para la construcción de un espacio aún más común de trabajo. La metodología utilizada ha consistido en descubrir y resaltar lo que nos une más que lo que no separa, preservando lo diferencial. Este es el reto que aún tenemos por delante.

Finalmente se presentó la situación actual tras dos años de creación de la nueva Organización,...y la Visión de futuro de la OSI Araba, en la Corporación Osakidetza.

**EL PAPEL CLAVE DE LA
ATENCIÓN PRIMARIA
EN UNA ORGANIZACIÓN
INTEGRADA**

Amaya Echevarría Altuna,
Directora de Integración Asistencial
de la OSI Barrualde-Galdakao

Las líneas estratégicas 2013-2016 de **Osakidetza Servicio Vasco de Salud**, recoge en su línea 2: “Respuesta integrada a la cronicidad, vejez y dependencia” algunos objetivos relacionados con mejora de la coordinación asistencial, promoviendo el acercamiento entre niveles a través de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI), potenciando los sistemas de información únicos y accesibles desde todos los puntos del sistema, e incluso reorientando las funciones de cada una de las partes del sistema, en busca de una atención integral y continuada del paciente. Esto incluye la necesidad de incorporar el componente sociosanitario a la atención.

La **OSI Barrualde Galdakao** se constituye en con la misión de mejorar la salud de nuestra población con calidad, seguridad y sostenibilidad. Nuestro Plan Estratégico 2014-2016 recoge también al “Visión Integral de la asistencia” como una de sus líneas principales.

¿Por qué el liderazgo desde Atención Primaria en la integración asistencial?

El objetivo de la integración asistencial es atender las necesidades de salud de las personas, con un enfoque biopsicosocial, en un modelo de decisiones compartidas y a lo largo del tiempo: desde el nacimiento hasta el final de la vida.

El equipo de atención primaria tiene la mejor posición, dentro del sistema de salud, para conocer y valorar las

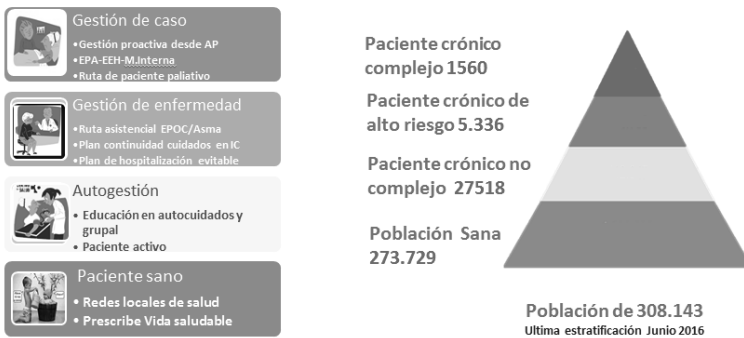
necesidades del ciudadano/paciente al estar cercanos a su contexto.: familia, domicilio, entorno laboral,...

La enfermedad presenta diferentes caras en función de ese contexto: diferentes modos de vivir y por tanto diferentes modos de enfermar.

Enfoque poblacional

La OSI BG planifica la atención a sus ciudadanos con un enfoque poblacional. Para ello clasifica la población en diferentes estratos o niveles de complejidad, en función de los diagnósticos y recursos que pueda necesitar.

Estratificación de la OSI Barrualde Galdakao



Desde Atención Primaria se establecen diferentes planes dirigidos a cada uno de esos estratos:

- **Paciente sano: Actividades de Promoción y Prevención:** enfoque a determinantes sociales de la salud. Trabajo comunitario en colaboración con Ayuntamientos, Salud Pública, Educación. Destaca el mo-

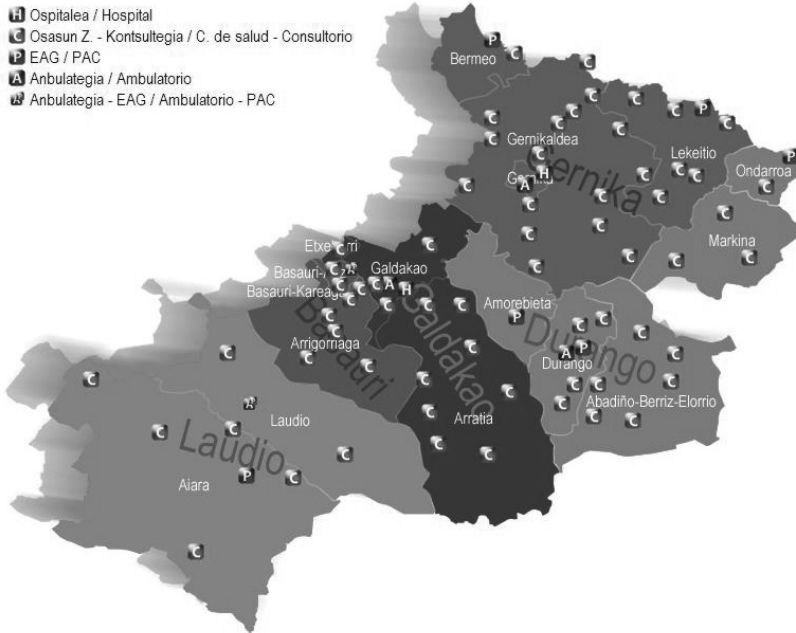
delo de redes locales de salud, del que somos pioneros.

- ***Atención al paciente crónico no complejo***: basado en el empoderamiento y educación en autocuidados. Educación grupal, programa de paciente activo...
- ***Paciente crónico de alto riesgo***: programas de coordinación con diferentes especialidades en base a rutas asistenciales y planes de ingreso evitable.
- ***Paciente crónico complejo y paciente paliativo***: Unidades funcionales orientadas a la continuidad asistencial (enfermera de enlace hospitalario, enfermera de prácticas avanzadas, trabajadora social) y soporte al paciente al final de la vida a través de la red de atención al paciente con necesidades paliativas: Equipo multidisciplinar y multinivel y coordinado con otras organizaciones de servicio de Osakidetza.

Integración en la OSI Barrualde Galdakao: Un poco de historia

En enero de 2014, la Comarca Interior de Atención Primaria y el Hospital Galdakao Usansolo se conformaron como una única organización, la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Barrualde Galdakao, en el marco del proceso de integración de las organizaciones sanitarias de Euskadi. La Comarca Interior, con 313.000 habitantes (en 2014) abarca desde la costa (Bermeo, Lekeitio, Ondarroa) hasta el Valle de Aiala en Araba, con núcleos de población grandes (Basauri, Durango, Galdakao o Gernika) y poblaciones pequeñas rurales con una importante dispersión geográfica que condiciona el modelo organizativo.

Osakidetza
Un referente para los sistemas sanitarios



La atención sanitaria se lleva a cabo en 74 puntos de Atención Primaria (centros de salud y consultorios), 8 PAC (puntos de atención continuada), 4 ambulatorios con diversas especialidades, el hospital de alta resolución de Gernika Lumo y el Hospital Galdakao Usansolo con 403 camas.

Profesionales con los que cuenta la OSI BG

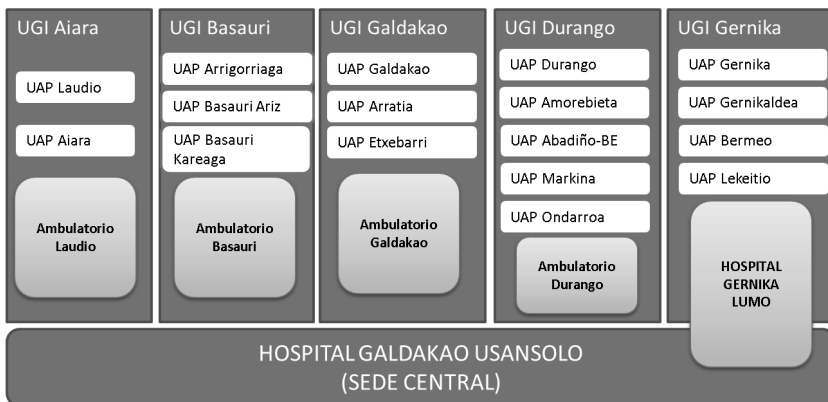
En total: 2.358 profesionales estructurales, de los cuales en Atención Primaria trabajan: 197 médicos/as de Familia, 47 Pediatras y 213 enfermeras de AP además de 162 administrativos más otras categorías.

Modelo UGI: “El microsistema Gernika como precursor”. Unidades de Gestión Integradas (UGI).

El Microsistema Gernika comienza como proyecto en 2013, previamente a la creación de la OSI. Englobaba 4 unidades de Atención Primaria y el H. de Gernika Lumo como centro de especialidades de referencia. Entre todos ellos atienden una población aproximada de 55.000 habitantes y perteneciente a 27 municipios diferentes.

El objetivo del microsistema era pilotar un modelo organizativo orientado a mejorar la coordinación entre atención primaria y hospitalaria, al haberse identificados dificultades de trabajo conjunto y falta de conocimiento entre los profesionales de los dos niveles asistenciales y en un contexto de dispersión geográfica.

Tras la constitución de la OSI Barrualde-Galdakao en 2014, y avanzando en experiencia del microsistema Gernika se crean las 5 Unidades de Gestión Integradas (UGI) vigentes en la actualidad: UGI Gernika, UGI Basauri, UGI Durango, UGI Aiala, y UGI Galdakao.



UGI = Unidad de Gestión Integrada
UAP = Unidad de Atención Primaria

Las UGI son agrupaciones de Unidades de Atención Primaria que se organizan en torno a la zona de referencia de la atención especializada ambulatoria, con un responsable asistencial de atención primaria (Responsable UGI). Constan de un Equipo de gestión UGI: equipo multidisciplinar compuesto por administrativos, enfermería, médicos de familia y de otras especialidades

Objetivo principal de las UGI

- Mejorar la eficiencia y la calidad de la atención en salud de las unidades asistenciales, mediante la coordinación entre los diferentes niveles de atención implicando a los profesionales en la gestión de los recursos
- Para ello es necesaria una descentralización en la toma de decisiones que potencie la autonomía y la responsabilidad
- Impulsar una forma de trabajo enfocada hacia mejora continua y autoevaluación de los procesos asistenciales

Objetivos específicos

- 1.- Mejorar la coordinación asistencial entre ambos niveles
- 2.- Integrar la Historia Clínica informatizada (Osabide-AP y Osabide Global)
- 3.- Potenciar las relaciones entre los profesionales de ambos niveles

4.- Aumentar el nivel de satisfacción global de los usuarios y de los profesionales.

Durante **desarrollo** del proyecto “Microsistema Gernika” se realizaron 34 reuniones de consenso entre atención primaria y hospitalaria en las que participaron 56 médicos hospitalarios de 22 especialidades diferentes ,10 médicos de familia y 4 enfermeras.

Como **resultado**, se alcanzaron **40 acuerdos de derivación** a través de los cuales se mejoró la comunicación entre atención primaria y hospitalaria para realizar una atención centrada en los pacientes. La mayoría de ellos están vigentes y han sido actualizados en los últimos años y se han desplegado progresivamente en las demás UGI

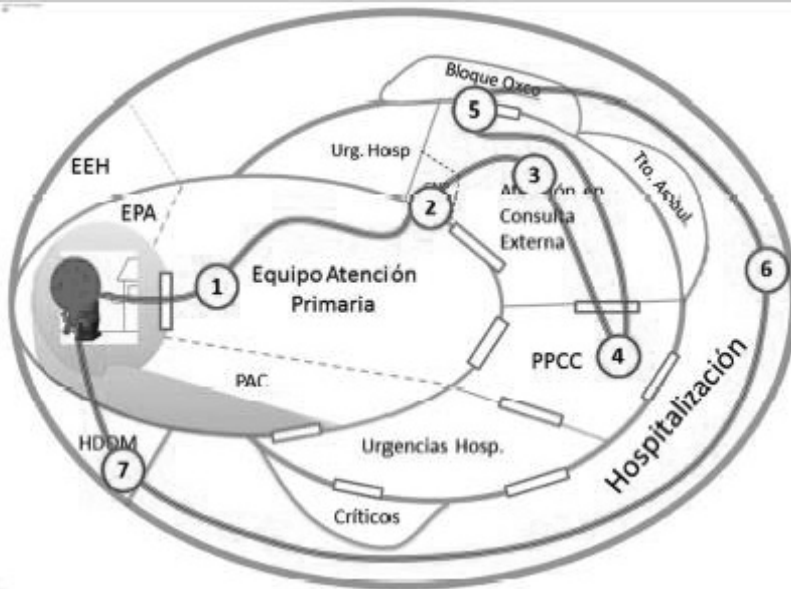
El **despliegue** se realizó mediante sesiones formativas/rotaciones, además de aumentar la cartera de pruebas complementarias a solicitar desde atención primaria.

Para facilitar la comunicación entre niveles se implantó progresivamente la **interconsulta no presencial** con las especialidades hospitalarias de nuestra Organización, (en actualidad prácticamente con el 100%)

De los acuerdos de derivación a las rutas asistenciales

A medida que el conocimiento y la coordinación entre los profesionales han ido aumentando hemos **evolucionado de los acuerdos de derivación a las rutas de atención**. En estas se establecen acuerdos para la mejor atención a los pacientes que presentan un problema prevalente de salud (Ej. Ruta del asma, ruta del EPOC...) poniendo el foco en las interacciones entre los diferentes dispositivos asistenciales. El objetivo es asignar el mejor recurso

disponible y más eficiente según el grado de complejidad que en cada fase la enfermedad presente el paciente.



Objetivo de las rutas:

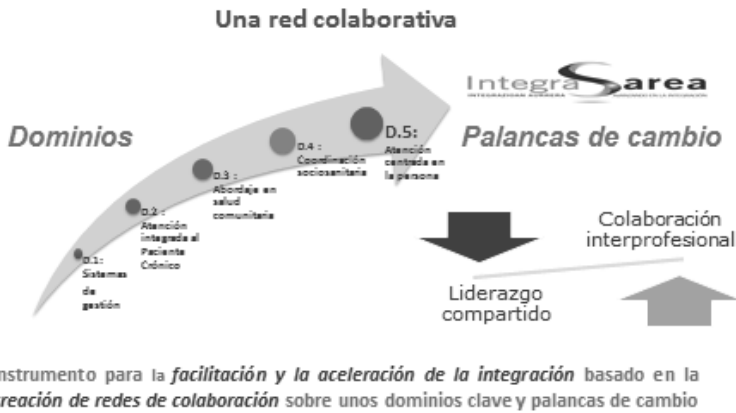
Busca resultados en salud, cobertura, seguridad y coordinación.

- Tiene un Responsable o coordinador de la ruta (Equipo clínico)
- Se gestiona con Protocolos o Guías clínicas (basada en la mejor evidencia disponible)
- Se apoya en diferentes procesos existentes
- Control: Revisión por la Dirección asistencial semestral
- Cuenta con un plan de acción y un cuadro de mandos

***Integrasarea* como facilitador de la integración.**

El objetivo de *Integrasarea* es ser una red colaborativa entre las diferentes organizaciones de Osakidetza para acelerar la integración.

Se reconoce la autonomía de cada organización para adaptar a su contexto los principios de la integración, si bien existe una serie de dominios estratégicos sobre los cuales trabajar corporativamente.



Los ámbitos de desarrollo de los cinco dominios estratégicos son:

- Atención centrada en el paciente.
- Gobernanza y sistemas de gestión.
- Atención al paciente crónico.
- Atención comunitaria
- Atención socio-sanitaria

Además de las dos palancas para el cambio:

1. Colaboración interprofesionales.

2. Liderazgo compartido.

Se identifican como ventajas del trabajo en red:

- Eficiencia de esfuerzos.
- Unificación de principios y criterios
- Facilitar la gestión del cambio.
- Colaboración y sinergias entre las diferentes organizaciones de Osakidetza al trabajar colaborativamente.
- Compartir conocimiento, experiencias, buenas prácticas.

Como resultado del trabajo colaborativo en red se identificaron dos momentos del proceso asistencial con dificultades en la continuidad de cuidados: el alta hospitalaria y la "atención veinticuatro horas" del paciente con necesidades paliativas.

Para dar respuesta a esas dificultades se diseñaron varios planes de atención elaborados con metodología "Design Thinking" en los que han participado todas las organizaciones de Osakidetza y ciudadanos/paciente.



Un nuevo modelo de atención en salud: Modelo OSI BG

La OSI Barrualde Galdakao se construye sobre dos organizaciones previas, de diferentes características, de diferentes culturas asistenciales, de diferentes modelos de gestión, con formas de hacer y entender diferentes, a pesar de haber compartido ambas durante muchos años la atención sanitaria de una parte importante de la población.

No han sido pocos los acuerdos y pactos en el pasado entre ambas organizaciones respecto a la manera en la que ambas debían relacionarse para atender de una manera coordinada a los y las pacientes, sin embargo, los objetivos marcados por una y otra no siempre tuvieron un enfoque compartido, dándose discrepancias, que generaron gran parte de los problemas de relación entre los diferentes niveles asistenciales.

Si el modelo y la forma de prestar asistencia que estábamos llevando a cabo parecía no resolver gran parte de las necesidades de salud de nuestra población y además amenaza la viabilidad y sostenibilidad de nuestro sistema, no cabe duda que era necesario un golpe de timón del mismo, con la participación de todos y todas las profesionales, los ciudadanos/pacientes y enfocado a tener una perspectiva global sobre las actuaciones que llevamos a cabo como organización sanitaria.

¿Qué nos debería aportar este nuevo modelo?

- Visión global de la organización y de las relaciones internas
- Unificación de criterios y de actuaciones

- Procesos transversales que afecten a diferentes servicios y unidades
- Facilitar el trabajo en equipo y el beneficio de la organización
- Optimización de recursos y en consecuencia reducción de costes
- Que todos y todas las profesionales conozcan su rol y cómo alcanzar sus objetivos.
- Promover la mejora continua reduciendo riesgos
- Cercanía, empatía y confianza entre todas y todos los profesionales

El mapa asistencial integral

El mapa asistencial es el núcleo de la organización, a modo de un tablero por el que hacemos discurrir al paciente en la atención de su problema de salud y donde se establecen las reglas básicas del “juego”.

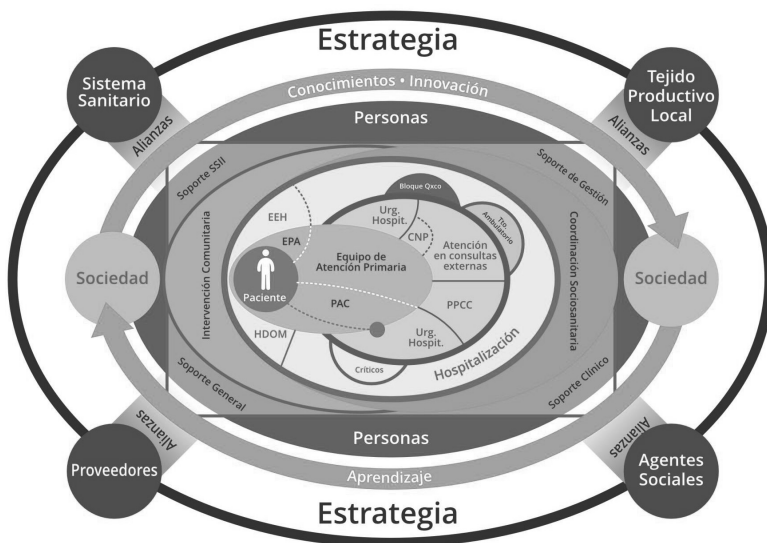
Para organizar un mapa asistencial integral orientado al paciente debiéramos establecer el paciente en el centro del sistema y junto a él al equipo de atención primaria coordinando el proceso asistencial. La gestión a través de RUTAS tiene entre sus objetivos facilitar el tránsito del paciente a través de los diferentes dispositivos asistenciales favoreciendo la resolución de los problemas de salud en el nivel de menor complejidad y facilitando la atención en el punto más cercano al domicilio del paciente.

El modelo de gestión orientado al mapa asistencial: resultados en los y las pacientes

Para que este mapa asistencial integral tenga el soporte de toda la organización, es necesario desarrollar un modelo de gestión que permita el desarrollo del mismo, y de la estrategia de mejora de la salud de nuestra población.

Osakidetza ha adoptado el Modelo de Gestión Avanzada de Euskalit (euskalit.net) como base para el desarrollo de sus organizaciones sanitarias.

Las líneas generales que plantea este Modelo de Gestión Avanzada, buscan alcanzar resultados de manera sostenida y equilibrada, generando en los y las profesionales un sentimiento de pertenencia a un proyecto compartido, potenciando el compromiso con la sociedad, y desarrollando una visión a largo plazo mediante una estrategia claramente definida.



Equipos integrados: Comenzado con el fortalecimiento de la atención primaria, “recuperando” el trabajo el equipo

A lo largo de 2017 hemos llevado a cabo en nuestra organización un proceso de reflexión en torno a la situación primaria.

Partíamos de una percepción de sobrecarga asistencial entre los médicos de familia, en relación a las dificultades para la contratación de sustitutos en caso de ausencia del profesional. El número de médicos de familia disponibles para cobertura de ausencias es insuficiente para el modelo organizativo actual, si bien, no parece razonable un modelo que precisa de grandes bolsas de profesionales altamente cualificados a la espera de ser contratados.

Realizamos varias jornadas de reflexión con médicos de familia, enfermería y áreas de atención al cliente (por separado y conjuntas) donde a través de un análisis DAFO identificamos las áreas a priorizar en la organización de los Equipos de Atención Primaria (EAP).

Estas son algunas de las conclusiones extraídas de dichos foros de reflexión:

El modelo de Atención Primaria se ha ido difuminando, **necesitamos explicitar el modelo**, que proponemos **tiene que tener las siguientes características:**

- **AP resolutive**, que trabaja en equipo coordinada con el 2º nivel, la Comunidad, y el espacio sociosanitario.
- **Trabajo en equipos** de AP (MF, Enf, AAC). Con distribución de tareas y responsabilidades.

- **Agendas con más tiempo para los pacientes complejos y la atención proactiva.**
- La necesidad de **triaje que ordene el flujo de demanda** y asesore a los pacientes en la utilización de los recursos.
- **Visibilizar la importancia de los equipos de AP** en los niveles de salud de la población. El rol fundamental e intransferible de los Equipos de AP en el empoderamiento de los ciudadanos/pacientes tanto en autocuidado como en la toma de decisiones compartidas.
- **Desarrollo de las competencias de enfermería.**

Los ciudadanos son mucho más que un conjunto de órganos y sistemas, y los equipos de AP tienen que ser capaces de interpretar el continuo salud/enfermedad dentro de un contexto social y familiar. El valor añadido que aportan los equipos de atención primaria está en el enfoque biopsicosocial y el abordaje multidisciplinar.

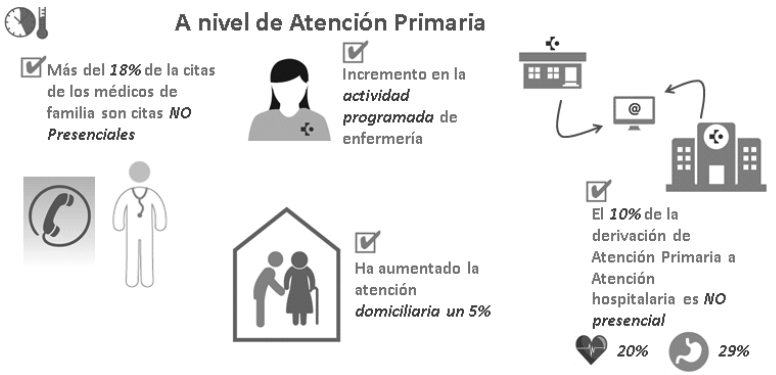
Algunos resultados asistenciales:

En las imágenes se muestran algunos resultados de la evolución 2016-2017 de la OSI Barrualde Galdakao.

- Cabe destacar el desarrollo alcanzado por las interconsultas no presenciales entre AP y otras especialidades, con cardiología el 20% y con digestivo el 29%.
- Estamos consiguiendo desarrollar el rol de la enfermería tanto en AP como en las consultas externas hospitalaria. Consolidación de las figuras de Enfermera de Enlace Hospitalario (2 en H. Galdakao

Usansolo) y 5 Enfermeras de Practicas Avanzadas (una en cada UGI).

- Aumento en la capacidad de resolución de AP: acceso a nuevas pruebas y consultas vinculadas al desarrollo de las rutas asistenciales: Óxido nitroso para el asma, rehabilitación cardiaca..
- La experiencia de ingreso evitable en neumología ha conseguido revertir la tendencia de crecimiento anual de ingresos en torno al 10% anual, y desde que se implanto en 2015 los ingresos permanecen estables.



LECCIONES APRENDIDAS:

- La **gestión del cambio** y de la **cultura de integración** con los profesionales es un **proceso largo** y al que hay que dedicar tiempo y ser pacientes.
- Colocar al **paciente en el centro del sistema** y coordinar a los diferentes agentes en torno a él.
- La **velocidad** de la estrategia es distinta a la de la implementación.

- **La transformación** que propone nuestro modelo **va más allá de lo que es la atención al paciente crónico complejo**: (Triage en atención primaria y gestión de la demanda, atención integrada, redistribución de recursos...)
- **Sin la comprensión y la aceptación de los profesionales no podemos avanzar**
- Es importante **medir, evaluar y compartir buenas prácticas**: la evaluación del Contrato Programa (IE-MAC y Dàmour) son herramientas válidas
- Es importante el **mensaje a la ciudadanía**: modular y consensuar la expectativa, implicándoles en el diseño de los recursos y la corresponsabilidad en su uso.

Las ideas fuerza a resaltar son:

El liderazgo de la integración asistencial o se da desde una Atención Primaria fuerte y cohesionada que trabaja en equipo o desde otro ámbito no es posible porque falta el enfoque integral.

Desde el ámbito de las especialidades hospitalarias **no se conoce el entorno** y es **difícil coordinar** a los diferentes agentes que participan en la atención a la salud **sin una visión global**.

Los **problemas complejos** a los que tenemos que dar respuesta precisan **respuestas complejas**, en la que participan múltiples profesionales de diferentes niveles y sectores, y el paciente/cuidador.

La integración asistencial requiere un **proceso de cambio cultural**, de **decisiones compartidas**, **trabajo en equipo** multidisciplinar que se construye paso a paso.

**LA ESTRATEGIA DE
INVESTIGACIÓN E
INNOVACIÓN EN SALUD EN
EL MARCO DEL PLAN DE
CIENCIA, TECNOLOGÍA E
INNOVACIÓN (PCTI) 2020**

**RIS3 EUSKADI. UNA ESTRATEGIA DE
ESPECIALIZACIÓN INTELIGENTE**

Jesús Peña,
IIS BioCruces. Hospital Universitario
Cruces/UPV-EHU

Presentación

Estamos asistiendo a la mayor transformación de la historia, no solo en el ámbito sanitario, con las nuevas terapias genéticas, el descubrimiento constante de nuevos fármacos o los últimos avances contra enfermedades endémicas. Me refiero también al ámbito tecnológico y su aplicación sanitaria. Hoy en día, la nanotecnología, la robótica, los nuevos materiales, la fabricación 3D, la inteligencia artificial, la realidad aumentada, los nuevos alimentos saludables, los sistemas biónicos, el big data, ofrecen grandes oportunidades a los profesionales sanitarios para su aplicación a la mejora de la salud del paciente.

En último término, es la salud del paciente, el que debe aprovechar al máximo de estas nuevas oportunidades que ofrece la revolución tecnológica.

Objetivo

El objetivo de esta intervención es encuadrar la salud, y específicamente la investigación sanitaria que se realiza en Euskadi, en una estrategia Global del País.

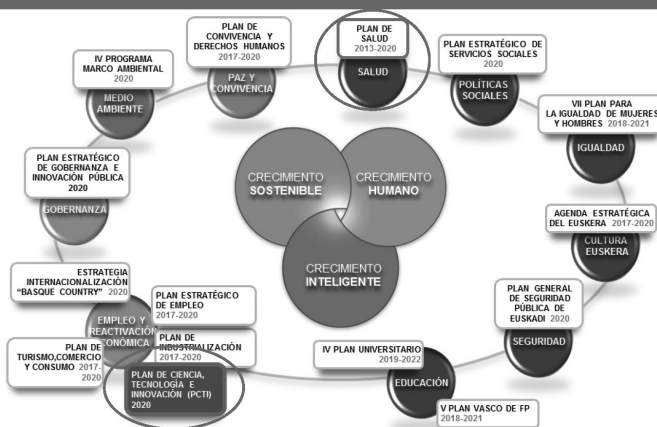
En definitiva, responder a preguntas tales como: ¿Cómo se enmarca la ID sanitaria en la estrategia Global de Ciencia, Tecnología e Innovación? ¿Cuál es la estrategia de investigación sanitaria Vasca? ¿Cómo se desarrolla esta estrategia? ¿Quiénes son los actores que la ejecutan? ¿Cuáles son sus resultados? ¿Cuáles son los retos de futuro?

Intentaremos dar respuesta a estos interrogantes en los siguientes apartados de este documento.

1. UNA ESTRATEGIA GLOBAL DE PAÍS EN EL HORIZONTE 2020

En el gráfico 1 se presenta la estrategia Global de Euskadi en el horizonte 2020. Una estrategia que se sustenta sobre tres pilares: Crecimiento inteligente, crecimiento sostenible y crecimiento humano. Estos tres pilares se despliegan en 15 Planes estratégicos que conforman la espina dorsal de la actuación pública vasca en colaboración con la iniciativa privada.

Gráfico 1. Una estrategia global de País en el horizonte 2020



Uno de estos Planes estratégicos, concretamente el Plan de salud, representa el eje fundamental del Pilar del crecimiento humano y del estado de Bienestar en Euskadi. La salud supone el 32% de todo el presupuesto del Gobierno Vasco. En el año 2018, el Gobierno Vasco va a destinar al Departamento de Salud un importe de 3.671 millones de

euros sobre un presupuesto total de 11.480 millones de euros. Este es un dato que demuestra la importancia de la salud en la Estrategia vasca de Desarrollo Humano Sostenible.

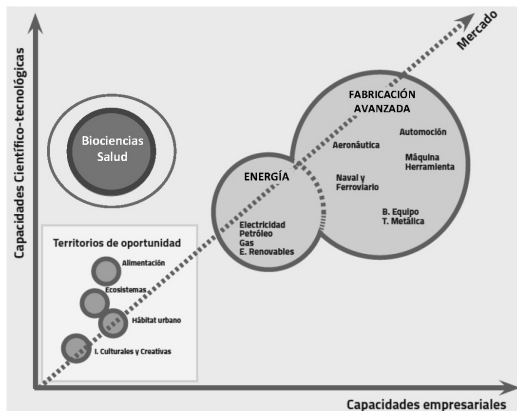
Vinculada estrechamente a la salud se encuentra la estrategia de investigación sanitaria. La investigación sanitaria, es a su vez, una de las prioridades de nuestra estrategia de especialización inteligente (RIS3) que forma parte del Plan Global de Ciencia, Tecnología e Innovación (PCTI).

2. LA ESTRATEGIA DE ESPECIALIZACIÓN INTELIGENTE RIS3 EUSKADI

El binomio biociencias-salud es una de las tres prioridades fundamentales de la estrategia de especialización inteligente “RIS3 Euskadi”, en el horizonte del 2020.

En el gráfico 2, se presenta la estrategia RIS3 Euskadi, aprobada en el Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación (PCTI), vigente desde diciembre del 2014.

Gráfico 2. La estrategia de especialización inteligente RIS3 Euskadi



En la estrategia “RIS3 Euskadi” se da respuesta a estas dos preguntas: ¿Dónde vamos a focalizar los gastos dedicados a investigación y desarrollo? ¿Cuál es nuestra apuesta de futuro desde el punto de vista científico-tecnológico y económico?

Dos preguntas muy importantes para lograr un objetivo central: Crear Empleo y Mejorar la calidad de vida.

La respuesta a estas preguntas se recoge en la estrategia “RIS3 Euskadi”. Tuvo un periodo de elaboración y consenso de más de un año entre todos los agentes públicos y privados implicados.

Sobre la base de nuestras capacidades científico-tecnológicas; las capacidades empresariales, y los retos y tendencias del mercado, se fijaron tres prioridades estratégicas: La fabricación avanzada, la Energía, y Bio-salud.

Asimismo, se han establecido cuatro territorios de oportunidad: La alimentación, ecosistemas, hábitat urbano, y las industrias culturales-creativas.

El binomio biociencias-salud constituye, por lo tanto, una prioridad fundamental de la estrategia “RIS3”.

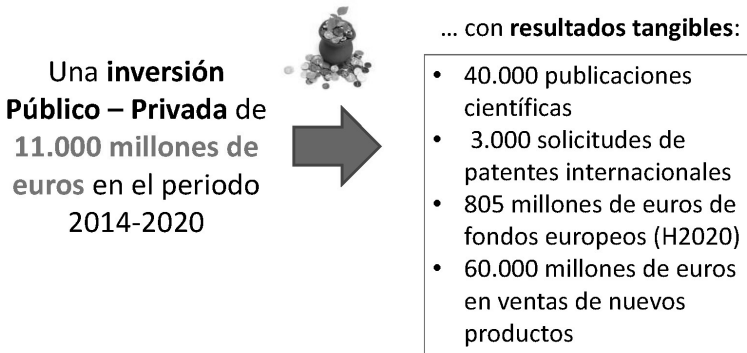
La estrategia RIS3 no es un libro blanco, No es una suma de reflexiones. Es una estrategia viva y dinámica, con resultados concretos y con inversiones y esfuerzos cuantificables.

3. RIS 3 UNA ESTRATEGIA VINCULADA A INVERSIONES Y RESULTADOS.

La estrategia de especialización inteligente de Euskadi, “RIS3 Euskadi”, compromete una inversión público pri-

vada en investigación de 11.000 millones en el periodo 2014-2020, según se refleja en el gráfico 3.

Gráfico 3. RIS3: Una estrategia vinculada a inversiones y resultados



De esta inversión total, el 28% corresponde al Gobierno Vasco, el 8% se financiará mediante proyectos europeos y estatales y el resto, el 64%, corresponde al compromiso de la iniciativa privada.

Un compromiso no sólo de inversión, sino de resultados tangibles a alcanzar en el periodo 2014-2020: 40.000 publicaciones científicas; 3.000 solicitudes de patentes internacionales, captación de 805 millones de fondos europeos y 60.000 millones de ventas en nuevos productos de alta tecnología.

En definitiva, la estrategia “RIS3 Euskadi” es una estrategia público-privada con compromisos de inversión, con objetivos de resultados concretos y con un proceso de evaluación anual.

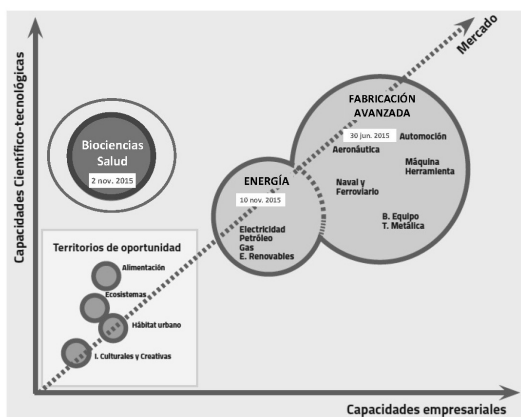
Ya sabemos hacia dónde queremos ir. Ahora la pregunta es ¿CÓMO?

La respuesta es la puesta en marcha de los denominados grupos de pilotaje.

4. EL DESPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA RIS3. LOS GRUPOS DE PILOTAJE.

En el gráfico 4 se refleja cómo hemos decidido desplegar y ejecutar la “estrategia RIS3 Euskadi”, a través de la puesta en marcha de Grupos de Pilotaje. El objetivo de los Grupos de Pilotaje es poner a trabajar de forma más coordinada y alineada a los instrumentos existentes. Es decir, incrementar la colaboración entre agentes científico-tecnológicos, administración y clusters empresariales en una única dirección.

Gráfico 4. El despliegue de la estrategia RIS3. Grupos de Pilotaje



Tanto las tres prioridades estratégicas como los cuatro territorios de oportunidad definidos en la estrategia “RIS3 Euskadi” tienen sus propios grupos de pilotaje.

Estos grupos de pilotaje, se pusieron en marcha en el año 2015, al año siguiente de la aprobación de la estrategia RIS3. Dan respuesta a dos cuestiones muy relevantes: Identificar quien forma parte del ecosistema propio de cada grupo de pilotaje. Es decir, responder a la pregunta

¿Quiénes somos? Por otro lado, establecer una estrategia específica en el marco de la estrategia global RIS3 ¿Cuál es nuestra estrategia específica?

Sobre la base de estas dos cuestiones los Grupos de Pilotaje desarrollan las siguientes funciones: Identificación de los agentes más importantes; grupos de personal investigador; centros científico-tecnológicos; y empresas tractoras en su ámbito de actuación. Es decir, responder a la pregunta de ¿Quiénes somos?

En segundo lugar, definir la estrategia específica de cada Grupo y desarrollarla. Es decir, identificar las áreas y tecnologías prioritarias dentro de cada ámbito de actuación; proceder a la creación de grupos de trabajo internos para dar respuesta a la estrategia definida en cada grupo de pilotaje. Y lo más importante, establecer proyectos colaborativos en I+D y generar sinergias y coordinación con otros grupos de pilotaje.

Composición:

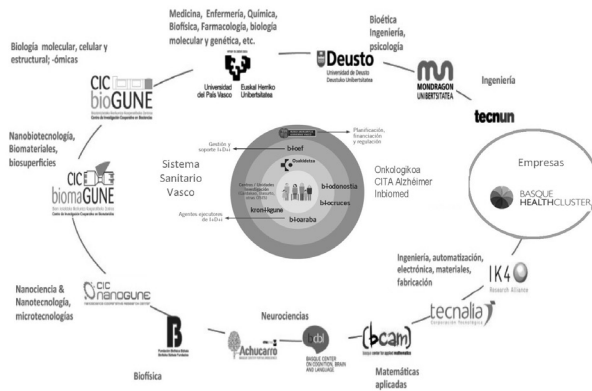
En base a estas funciones, la estructura de composición de todos los Grupos de Pilotaje es una representación equilibrada de la cuádruple hélice: Las administraciones; los centros científico-tecnológicos; las Universidades; y las empresas privadas y clusters más representativos.

¿Cómo se aplica esta metodología en el ámbito sanitario?.¿Cómo se ha respondido a la pregunta de quiénes somos? ¿Cuál es nuestro ecosistema? Y ¿Qué estrategia específica de investigación sanitaria vamos a desarrollar en el horizonte del 2020?

5. EL ECOSISTEMA DE BIOCIENCIAS –SALUD EN EUSKADI.

En el gráfico 5 se recoge la respuesta a la primera pregunta de ¿quién es quién? en el ecosistema sanitario vasco.

Gráfico 5. El ecosistema de Biociencias – Salud en Euskadi



El ecosistema de investigación bio-sanitaria en Euskadi está compuesto de los diferentes agentes integrantes de la cuádruple hélice.

El núcleo central del mismo lo constituye el sistema sanitario público vasco. Fundamentalmente el propio Departamento de salud; el organismo autónomo Osakidetza; la fundación vasca de investigación bio-sanitaria bioef; y los tres institutos de investigación sanitaria: Biocruces-Bizkaia; Bioaraba y Biodonosti.

Sobre este núcleo central se articulan el resto de agentes del ecosistema: Por un lado las agrupaciones de centros tecnológicos: Tecnalia e IK4. Los centros de investigación cooperativa: Biogune, Biomagune y Nanogune. Los centros de investigación de excelencia BERC: (Basque exce-

llence Research Centers): BCAM; BCBL; Biofísica y Neurociencias.

Por otro lado, las Universidades: Universidad Pública Vasca; Universidad de Deusto; Universidad de Mondragón y Tecnum (Universidad de Navarra).

Y por último, las empresas agrupadas en torno al Basque Health Cluster .

Todo este ecosistema genera una inversión anual en I+D de 120 millones de euros, de los cuales aproximadamente el 45% son realizados a través del sistema sanitario público.

Ya hemos establecido quién es quién en el ecosistema de investigación sanitario vasco. Se trata ahora de responder a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la estrategia de investigación sanitaria en el marco de la estrategia “RIS3 Euskadi”?

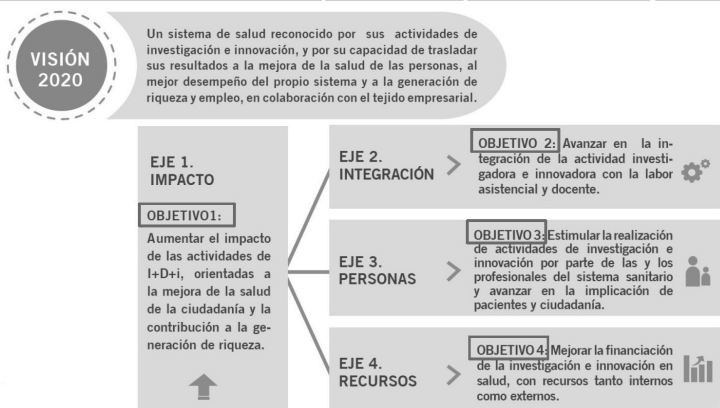
6. LA ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD 2020: UNA VISIÓN Y CUATRO OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.

En febrero del 2016, bajo la presidencia del Lehendakari, se presentó la estrategia vasca de investigación en salud 2020. En el gráfico 6 se recogen los aspectos fundamentales de la misma.

Se parte de una VISIÓN 2020: Mejorar la salud de las personas de la forma más eficiente, y contribuir a la generación de riqueza y empleo, en colaboración con el tejido empresarial.

El desarrollo de esta Visión tiene un objetivo central y tres objetivos complementarios, cada uno de los cuales se despliega a través de diferentes iniciativas y acciones.

Gráfico 6. La Estrategia de Investigación e Innovación en Salud 2020: una visión y cuatro objetivos estratégicos



El objetivo central, el objetivo 1, es aumentar el impacto de la actividades de I+D y orientarlas a resultados.

Para ello, se establecen tres objetivos complementarios: Avanzar en la integración de la actividad investigadora de los profesionales sanitarios con la labor asistencial y docente (objetivo 2). Estimular y potenciar la actividad investigadora y la implicación del paciente en la misma (objetivo 3). Y por último, pero no menos importante, mejorar la financiación de la investigación y la atracción de recursos, tanto internos como externos para su desarrollo (objetivo 4).

En definitiva, IMPACTO, INTEGRACION, PERSONAS Y RECURSOS.

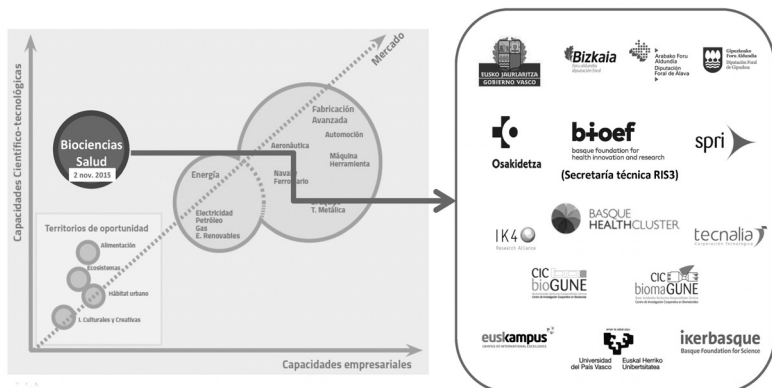
En los dos gráficos anteriores (Gráfico 5 y gráfico 6) hemos identificado el ecosistema de investigación sanitaria en Euskadi. También hemos definido la estrategia y los objetivos, ya sabemos quién es quién y donde queremos ir. Se trata ahora de definir CÓMO queremos aplicar esa

estrategia para alcanzar los objetivos que hemos definido, en el siguiente apartado 7.

7. EL GRUPO DE PILOTAJE DE BIO-SALUD. MOTOR DE LA ESTRATEGIA.

El 2 de noviembre de 2015 se constituyó formalmente el Grupo de pilotaje de Biociencias-salud. (Ver gráfico 7) para la ejecución y desarrollo de la estrategia de investigación sanitaria.

Gráfico 7. El Grupo de Pilotaje en Biosalud. Motor de la estrategia



Al igual que el resto de grupos de pilotaje está compuesto por diferentes agentes representantes de la cuádruple hélice. En primer lugar, las administraciones públicas vascas: Gobierno y las tres Diputaciones Forales.

En segundo lugar, los organismos de impulso, financiación y coordinación: el sistema público de salud: Osakidetza, la Sociedad pública para la promoción industrial (SPRI) y la fundación para la innovación sanitaria BIOEF, que actúa como secretaria técnica, a través de la cual se

articula la participación de los institutos de investigación sanitaria.

En tercer lugar, están representados los centros tecnológicos más directamente implicados y las empresas del sectores agrupadas en torno al cluster Basque Health cluster. Y por último, como cuarto elemento de la hélice, los centros universitarios.

Estos son los agentes más significativos que conforman la Dirección general del grupo de Pilotaje, el resto de agentes y empresas se incorporan a través de los grupos de trabajo específicos creados al efecto .

Desde la constitución del Grupo de pilotaje, se han definido 5 Grupos de trabajo específicos, cuatro iniciativas estratégicas transversales, y se han puesto en marcha proyectos en colaboración con los otros grupos de pilotaje de la estrategia RIS3.

8. EL GRUPO DE PILOTAJE DE BIOSALUD SE DESPLIEGA EN 5 GRUPOS DE TRABAJO.

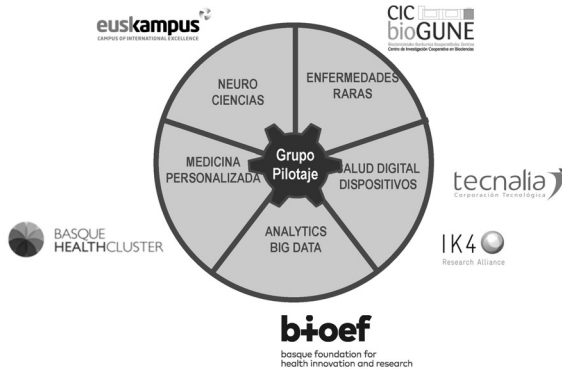
Entre junio de 2016 y diciembre de 2017 se han constituido y puesto en marcha 5 grupos de trabajo específicos (Ver gráfico 8).

Estos cinco grupos de trabajo específicos puestos en marcha son los siguientes:

1. El Grupo de trabajo de enfermedades raras, liderado por el centro de investigación cooperativa en biociencias Biogune.
2. El Grupo de trabajo de salud digital y dispositivos médicos (Medtech) liderado por Tecnalía e IK4, con la

participación activa de los tres institutos de investigación sanitaria y el Basque Health cluster.

Gráfico 8. El Grupo de Pilotaje se despliega en 5 Grupos de Trabajo



3. El grupo de trabajo de Big data y su aplicación al ámbito sanitario, liderado por BIOEF como fundación para la investigación sanitaria.

4. El grupo de trabajo de medicina personalizada, liderado y coordinado por el Basque Health cluster.

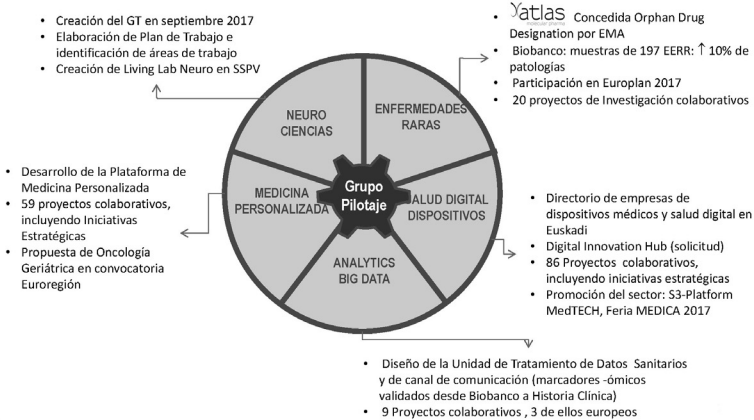
5. Y por último, el grupo de trabajo de neurociencias liderado por euskampus, una asociación que integra a la Universidad Pública Vasca, a Tecnalia, como agrupación de centros tecnológicos, y al Donosti International Physics Center (DIPC), presidido por D. Pedro Miguel Etxenike.

9. PRINCIPALES RESULTADOS DE LOS GRUPOS DE TRABAJO.

En el gráfico 9 se recogen los primeros resultados de los cinco grupos de trabajo. En el corto periodo de apenas dos

años desde su puesta en marcha, se han impulsado 170 proyectos de I+D colaborativos, además de numerosos proyectos autónomos desarrollados en los tres institutos de investigación sanitaria: Biocruces-Bizkaia; Biodonosti y Bioaraba.

Gráfico 9. Principales resultados de los Grupos de Trabajo



Evidentemente, estos resultados son solo la punta del iceberg del esfuerzo de investigación más amplio que se desarrolla de forma ordinaria en el sistema sanitario vasco.

Algunos datos ilustrativos:

El sistema sanitario vasco en su conjunto agrupa a 2.400 personas investigadoras. De ellas, a I+D plena se dedican aproximadamente 700 personas investigadoras, de las cuales alrededor de 300 personas son Investigadores principales (IP). Aproximadamente un 51% es personal investigador femenino.

En cuanto al número total de proyectos se acercan a los 800 proyectos de I+D, de los cuales 50 son proyectos europeos. Además de estos proyectos de investigación, se

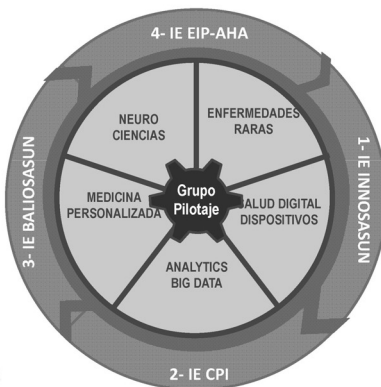
desarrollan anualmente un centenar de proyectos de innovación sanitaria y unos 600 ensayos clínicos.

El grupo de pilotaje, además de potenciar nuevos proyectos colaborativos dentro del sistema, ha impulsado el desarrollo de cuatro nuevas iniciativas estratégicas de carácter transversal al conjunto del sistema que veremos a continuación en el siguiente gráfico 10.

10. INICIATIVAS ESTRATÉGICAS TRANSVERSALES

Alrededor de los grupos de trabajo se han desarrollado 4 iniciativas transversales que se recogen en el gráfico 10.

Gráfico 10. Iniciativas Estratégicas transversales



1. **Innosasun:** Sistema sanitario como socio en materia de innovación del sector empresarial
2. **Compra Pública Innovadora (CPI):** Herramienta para promover innovación desde la demanda
3. **Baliosasun:** Mejora en la generación y aprovechamiento (valorización) de ideas y resultados de I+D+i generados en el sistema sanitario público
4. **Envejecimiento Activo y Saludable:** Euskadi forma parte de la Asociación Europea para la Innovación en Envejecimiento Activo y Saludable (reconocida como Reference Site con la máxima calificación).

Innosasun, para desarrollar el papel del sistema sanitario como socio colaborador con el tejido empresarial y tecnológico vasco. A través de esta iniciativa se han impulsado 200 solicitudes de colaboración con el tejido empresarial y la utilización y aplicación de las muestras biológicas disponibles a través del biobanco gestionado a

través de la fundación vasca para la investigación sanitaria BIOEF.

Compra publica Innovadora. Como herramienta para promover proyectos conjuntos de investigación y desarrollo desde el lado de la demanda del sistema sanitario.

Biosasun. Un programa para incrementar la valorización y aprovechamiento de los resultados de los proyectos de investigación desarrollados internamente, vía patentes o creación de nuevas empresas.

Envejecimiento activo y saludable. Para impulsar en Euskadi el programa europeo para la innovación en envejecimiento activo y saludable. Euskadi está reconocida como una “reference site” con la máxima cualificación en este proyecto europeo.

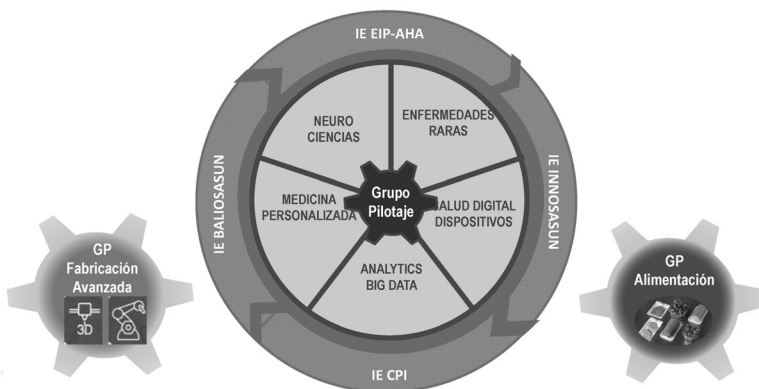
Además de estas cuatro iniciativas estratégicas desde el grupo de pilotaje de bio-salud se han impulsado áreas de trabajo en colaboración con otros dos grupos de pilotaje: Alimentación y fabricación avanzada.

11. APERTURA DE ÁREAS DE TRABAJO EN COLABORACIÓN CON OTROS GRUPOS DE PILOTAJE. (Gráfico 11)

Una de las actividades más interesantes desarrolladas a través del grupo de pilotaje de biociencias-salud ha sido la puesta en marcha de áreas de trabajo en colaboración con otros grupos de pilotaje. Existe un programa de colaboración con el grupo de pilotaje de fabricación avanzada para el desarrollo de dos proyectos de I+D colaborativos; uno relacionado con nuevos dispositivos electro médicos y otro relacionado con la aplicación de nuevos materiales para la

fabricación de catéteres, ambos liderados e impulsados por empresas vascas en colaboración con el sistema unitario.

Gráfico 11. Apertura de áreas de trabajo en colaboración



Además se ha puesto en marcha un grupo de trabajo cruzado entre el área de salud y el área de alimentación para analizar conjuntamente la influencia de la alimentación en el síndrome metabólico.

Estas iniciativas son los primeros resultados de este trabajo de colaboración cruzado entre diferentes grupos de pilotaje de la estrategia de especialización inteligente RIS3 Euskadi. Estamos convencidos que son la avanzadilla de nuevos retos que deberán ser afrontados de forma conjunta en el futuro.

12. LOS PRÓXIMO RETOS.

Hemos dejado para el final este recorrido por la estrategia de investigación sanitaria, como uno de los pilares fundamentales de la Estrategia de especialización inteligente RIS3 Euskadi. Estamos implicados en un camino en

el que simplemente hemos recorrido sus primeras etapas. ¿Cuáles son las siguientes etapas?. ¿Cuáles son los próximos retos?

Podríamos decir que dos principalmente, como queda recogido en el último gráfico (12). El primer reto, aumentar el impacto de la Investigación sanitaria en la salud y en la generación de riqueza.

Gráfico 12. Los próximos retos

- 1) Aumentar el impacto de la actividad de I+D+i sanitaria en la salud y en la generación de riqueza**
 - Favorecer la interacción del sistema sanitario con el sistema empresarial y tecnológico vasco
 - Desarrollar la Compra Pública Innovadora
 - Facilitar el testado y validación de prototipos
 - Impulsar proyectos tractores de I+D colaborativa con otros Grupos RIS3, especialmente fabricación avanzada y alimentación
 - Facilitar la extensión o escalado de proyectos de innovación exitosos
 - Desarrollar el enfoque traslacional de los proyectos de I+D orientado a las necesidades del Sistema Sanitario
- 2) Mejorar la financiación de la investigación en salud**
 - Proporcionar financiación basal estable a los equipos de investigación
 - Promover el carácter finalista de los recursos internos dedicados a I+D+i
 - Orientar un fondo específico al desarrollo conjunto de proyectos de I+D con el sector empresarial y tecnológico vasco
 - Aumentar la captación de fondos privados y fondos internacionales

Para ello, es preciso favorecer la interacción del sistema sanitario con el sistema empresarial y tecnológico vasco. A veces puede dar la impresión de que son dos mundos paralelos que aún no se conocen suficientemente. Es preciso ayudar a que se conozcan y se reconozcan. Con este objetivo, vamos a potenciar las nuevas iniciativas puestas en marcha. Especialmente la compra pública innovadora; los programas de testado y validación de prototipos Medtech; el impulso de proyectos tractores de investigación colaborativa, especialmente en fabricación avanzada y en alimentación; facilitar el escalado de proyectos de investigación exitosos, el desarrollo de un

enfoque traslacional de los proyectos de I+D sanitarios para responder mejor a las necesidades del sistema sanitario y la salud de las y los pacientes.

El segundo reto, ligado estrechamente con el reto anterior, es la mejora de la financiación de la investigación en salud. Si conseguimos estrechar las relaciones entre el mundo sanitario con el mundo científico y empresarial, será más fácil atraer nuevos fondos de investigación sanitaria tanto público, como especialmente privados.

Nuestro compromiso público es proporcionar una base estable de financiación a los institutos de investigación sanitarios e incentivar el carácter finalista de los recursos destinados a investigación sanitaria, es decir, ligar recursos a resultados y proyectos concretos. Asimismo, tenemos que aumentar la captación de fondos internacionales tanto públicos como privados.

En definitiva, nuestros próximos retos son dos asignaturas pendientes que están interrelacionadas: Orientación de la investigación sanitaria a resultados concretos, y aumentar la captación de fondos tanto públicos como privados, todo ello con el objetivo de lograr un mayor impacto en la mejora de la salud y el aumento de la rudeza del País.

Nos hemos marcado un objetivo. Estamos en el camino de alcanzarlo y vamos a conseguirlo. Estamos convencidos de que la apuesta estratégica que hemos realizado es una apuesta de País a medio y largo plazo que va a redundar en la mejora de la calidad de vida de nuestros ciudadanos y ciudadanas y en el aumento de la generación de riqueza y empleo en nuestro tejido empresarial y científico-tecnológico.

LA INCORPORACIÓN DE NUEVOS MEDICAMENTOS EN OSAKIDETZA

José Manuel Ladrón de Guevara Portugal,
Director Gerente de la Organización Sanitaria
Integrada Donostialdea

Introducción

Incorporar la innovación en los procesos es una necesidad para cualquier organización que pretenda ofrecer un servicio adecuado a las necesidades y expectativas de la Sociedad. Cada semana se ofrecen nuevos medicamentos y su incorporación plantea un intenso debate en el que intervienen muchos factores. Se hace muy necesario disponer de un mecanismo sólido que permita gestionar la incorporación de fármacos de forma coordinada con otros procesos y que haga posible obtener los mejores resultados, tanto clínicos como económicos, y así mantener una práctica sostenible.

Osakidetza es una Organización muy amplia: un gran número de personas desarrollan una labor profesional compleja sobre gran importancia poner a disposición de las personas algunos mecanismos que faciliten la cooperación y el trabajo colaborativo. Los principios, sistemas, procedimientos... que orientan la incorporación de nuevos medicamentos debe basarse en un sistema transparente, accesible, y eficaz para facilitar la labor profesional y conseguir buenos resultados. La intranet de Osakidetza está demostrando su capacidad para conseguir estos objetivos de accesibilidad, transparencia y facilidad de uso en el acceso a la información actualizada.

Para iniciar la reflexión podemos acercarnos a observar la evolución del gasto de farmacia en nuestro Hospital. De su lectura podemos deducir algunas conclusiones:

- El gasto en productos farmacéuticos ha incrementado un 70% en diez años
- La tendencia ha sido creciente en ocho de los años, y solamente en dos ha disminuido. En 2011, por efecto del Real Decreto-Ley 08/2010 de racionalización del gasto farmacéutico. En 2014, como efecto de medidas de gestión adoptadas en algunos servicios, en el Hospital y en Osakidetza
- Ocho grupos terapéuticos representan la mayor parte del gasto en productos farmacéuticos que realiza el Hospital.

En la incorporación de nuevas moléculas a la práctica diaria intervienen muchos factores: determinadas enfermedades específicas o raras, eficacia variable, coste, efectos secundarios, equidad en el acceso, número elevado de prescriptores, información científica escasa en ocasiones, diferentes esquemas organizativos, diferentes modelos de seguimiento, dificultades para evaluar y conocer de forma suficientemente sólida los efectos del tratamiento...

Se hace necesario de un mecanismo suficientemente sólido que permita gestionar dicho proceso de forma coordinada con otros procesos (como los de adquisición) y que haga posible obtener los mejores resultados, tanto clínicos como económicos, y así mantener una práctica sostenible. Para asumir estos retos, en Osakidetza ha demostrado ser un elemento muy eficaz la Comisión Corporativa de Farmacia.

La Comisión Corporativa de Farmacia de Osakidetza

Se crea por Acuerdo de 13 de mayo de 2010, del Consejo de Administración de Osakidetza, y se asigna las funciones y se designa sus miembros.

Funciona como un órgano colegiado del ente público, depende jerárquica y funcional de la Dirección General de Osakidetza y son sus atribuciones:

a) Asesoramiento tanto a la Dirección General como a las Direcciones de División de la Organización Central en materia de Farmacia.

b) Consultoría de todas las organizaciones de servicios a través de los profesionales o servicios de Farmacia.

c) Colaboración con el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno vasco y otras instituciones en el desarrollo de aplicaciones propias en materia de Farmacia.

Para agilizar el desarrollo de sus funciones, podrán crearse en su seno o con asesores externos los grupos de trabajo que se consideren oportunos, sometiéndose sus resultados a la aprobación de la Comisión.

Son funciones de la Comisión:

A) Proponer medidas que promuevan el uso racional de los medicamentos en el Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, entre las que cabe destacar, a título meramente enunciativo:

A.1.- Proponer el posicionamiento terapéutico corporativo, los criterios de seguimiento clínico e impacto presupuestario de las propuestas de incorporación de nuevos medicamentos en los hospitales de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

A tal efecto, se estará a la relación contenida en el anexo I, sin perjuicio de que futuras circunstancias de índole tanto económica como de efectividad o seguridad aconsejen la modificación o inclusión de nuevas categorías.

A.2.- Proponer los criterios de seguimiento terapéutico de los medicamentos.

A.3.- Proponer la revisión de medicamentos incluidos en las guías farmacoterapéuticas de los hospitales de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y de la guía farmacoterapéutica de Atención Primaria.

A.4.- Asesorar en autorizaciones individualizadas de uso de medicamentos que por circunstancias clínicas particulares del paciente requieran una rápida decisión.

A.5.- Promover la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada para la aplicación de programas relativos al uso racional de medicamentos.

A.6.- Colaborar en programas de seguridad del medicamento, farmacovigilancia, de prevención, detección y resolución de PRMs (problemas relacionados con la utilización de medicamentos), de investigación clínica y de actividades educativas y formativas sobre medicamentos.

A.7.- Proponer procedimientos empleados para la adquisición, gestión del aprovisionamiento, almacenamiento, dispensación y administración de fármacos y productos sanitarios a nivel hospitalario.

B) Evaluación continuada del consumo farmacéutico en el Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

C) Asesorar técnicamente para las contrataciones complejas de medicamentos que se lleven a cabo en el Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

D) Asesorar técnicamente en la elaboración e implantación de la gestión de Farmacia en las aplicaciones informáticas del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

La comisión está conformada por 19 personas: Presidente/a y Presidente/a Suplente , 16 vocales (8 Ldos. en Farmacia, 7 Ldos. en distintas Especialidades Médicas, 1 miembro de la Dirección de Farmacia del Departamento de Sanidad y Consumo, a propuesta de dicha Dirección) Secretario/a: Técnico de la Dirección de Asistencia Sanitaria.

El funcionamiento de la Comisión Corporativa de Farmacia:

La experiencia a lo largo de los años que lleva en funcionamiento ha centrado su actividad fundamentalmente en los siguientes ámbitos:

- Criterios generales sobre nuevos medicamentos: Donde se trata la definición precisa de ‘nuevo medicamento’ y los nueve criterios generales a tener en cuenta ante la propuesta de análisis de nuevos medicamentos o modificaciones de indicación, medicamentos FFT (Fuera de Ficha Técnica)
- Solicitud de nuevos medicamentos: Incorpora los procedimientos y documentos adecuados para gestionar la incorporación de nuevos medicamentos:
 1. Procedimiento para la introducción de nuevos medicamentos
 2. Relación de medicamentos para establecer el posicionamiento terapéutico corporativo

3. Informe de solicitud de nuevos medicamentos
 4. Solicitud individualizada de nuevos medicamentos de carácter urgente
 5. Clasificación de las decisiones
 6. Solicitud de uso de fármacos fuera de la ficha técnica
- Posicionamiento nuevos medicamentos: Mantiene actualizada la lista de informes de posicionamiento terapéutico de las diferentes solicitudes que se han realizado a la Comisión.
 - Medicamentos con seguimiento en resultados de salud: La Comisión puede determinar que determinados tratamientos con nuevos medicamentos deben someterse a una evaluación para evaluar sus resultados en salud, evaluación que deberá ser remitida periódicamente a la Comisión Corporativa para su análisis y posteriores decisiones. El informe debe reflejar necesariamente determinados aspectos concretos que recoge la norma.
 - Guías para el tratamiento de enfermedades raras: La propia Comisión Corporativa encarga la elaboración de guías para el tratamiento de estas enfermedades y las difunde dentro de la propia Organización.

Conclusiones:

Tras más de siete años de actividad de la Comisión Corporativa de Farmacia en Osakidetza, la evaluación de su actividad es muy satisfactoria:

Se ha revelado como un órgano que contribuye a garantizar que los nuevos medicamentos o indicaciones nuevas que se introducen en Osakidetza, aportan más valor clínico relevante a un precio sostenible, o que aportan el mismo valor clínico que las alternativas pero con mayor eficiencia.

Es asimismo un elemento de gran importancia para asegurar en acceso equitativo a los nuevos medicamentos.

Los mecanismos de funcionamiento de la Comisión Corporativa de Farmacia en Osakidetza permiten sistematizar la selección de medicamentos en todo el sistema de salud según la evidencia científica disponible.

Facilita la disminución de la variabilidad inter centro en el uso de medicamentos.

No es desdeñable su contribución en la mejora de otros procesos claves en la gestión del medicamento, como son la armonización en los procesos de compra y negociación del precio de los medicamentos en un sistema de salud, y también garantiza el cumplimiento de la normativa en materia farmacéutica y de contratación del suministro

Merece la pena destacar un factor que se considera crítico para el éxito de esta iniciativa, y es el papel desarrollado por las profesionales y los profesionales que a lo largo de estos años han contribuido, en el seno de la misma Comisión o en cada uno de los Hospitales, al desarrollo de la actividad de la Comisión Corporativa de Farmacia.

GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN BÁSICA, CLÍNICA Y TRASLACIONAL

Luis Castaño,
IIS BioCruces. Hospital Universitario
Cruces/UPV-EHU

La Investigación y la Innovación del Departamento de Salud y Osakidetza, se enmarca en el Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación 2020 del Euskadi (PCTI2020), que se alinea con la estrategia Europea 2020 de especialización Inteligente (RIS3). Euskadi reconoce el binomio Biociencias-Salud como un área prioritaria de la estrategia RIS3 vasca, junto con Energía y Fabricación avanzada, y además incluye el Área de Alimentación como un nicho de desarrollo. En esta línea, la Investigación y la Innovación son un elemento clave del Departamento de Salud y de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, y como tal es contemplada en una de sus líneas estratégicas del Plan de Salud 2013-2020, de cara a contribuir a la mejora de la salud de las Personas y a la generación de Valor y Desarrollo Socio-económico.

Los objetivos del Plan de Salud incluyen, entre otros, el aumento de las actividades de I+D+i, la integración de esta actividad junto con la labor docente y asistencial, la implicación de los profesionales junto con los pacientes y ciudadanos en la misma, y la mejora de la financiación tanto interna como externa. El Departamento de Salud, para lograr estos objetivos, y tras la creación de una Dirección de Investigación e Innovación, ha establecido la Estrategia de Investigación e Innovación en Salud 2020, que junto con Osakidetza coordina y financia, y en la que los agentes ejecutores son los Institutos de Investigación Sanitaria (IIS Bioaraba, Biocruces Bizkaia y Biodonostia), junto con Kronikgune, y con Bioef y Biobanko Vasco

como apoyo de Gestión, los Comités de Ética para la investigación clínica, y el Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (**figura 1 y tabla 1**).

La Estrategia de Investigación e Innovación del Departamento de Salud y Osakidetza, se establece en un contexto de cooperación, con otras entidades del entorno [Universidades, centros de investigación en excelencia (CIC, Bercs), centros tecnológicos y empresas), de cara a contribuir al bienestar a través del desarrollo económico (*Health and Wealth*), y a través de lograr la convergencia entre el impulso en los avances de la ciencia y la tecnología (*Technology Push*) y la investigación según la demanda de mercado y sociedad (*Market Pull*). Asimismo, y en relación con el despliegue RIS3 Biociencias-Salud, se establecen una áreas prioritarias que incluyen las enfermedades raras, la medicina personalizada, la salud digital o el *big data*, etc., se plantean diferentes iniciativas estratégicas (Innosasun, Baliosasun, Compra Pública Innovadora, etc.), y se establecen Grupos de Especial Interés (GEIs), que incluyen la rehabilitación, la oncología, la hepatología, o la fabricación aditiva, etc...).

La Misión de los Institutos de Investigación Sanitaria es la de ser centros de I+D+i de referencia en el sistema sanitario público, liderando las actividades científicas e innovadoras de excelencia, con un fuerte carácter traslacional, y generando sinergias en el entorno empresarial que permitan afrontar proyectos de valor añadido cuyo resultados reviertan en el Paciente y en la Sociedad. Sus Valores se basan en la excelencia científica, el liderazgo, la integración y coordinación, la cooperación y la complementariedad, la traslación y la transferencia, la internacio-

nalización, y la eficiencia y sostenibilidad. Sus activos son el conocimiento (datos, registros y biobanco, etc., ...), su capacidad de generar I+D+i, su capacidad prescriptora y de validación tecnológica, y finalmente ser usuario, aspecto éste asociado a la Compra Pública Innovadora (CPI).

En los Institutos de Investigación Sanitaria la investigación y la innovación se desarrolla mayoritariamente por profesionales que compaginan sus actividades de I+D+i con su labor docente y asistencial, y realizan una actividad traslacional a través del desarrollo de estudios clínicos y de ensayos de innovación metodológica, asociada a una investigación más básica, en la que investigadores de excelencia incorporados al sistema a través de estrategias internacionales, nacionales o locales (como la fundación Ikerbasque) se integran en este proceso continuo de I+D+i (**figura 2**). Los Institutos de Investigación Sanitaria tienen como base científica los grupos de investigación y los propios investigadores, y los servicios de apoyo o plataformas, junto con unos necesarios servicios de apoyo en la gestión. Las personas y el conocimiento son valores fundamentales de los Institutos y aspectos como la formación, el relevo generacional, la atracción de talento, o la intensificación de personal clínico, son aspectos a destacar.

Las áreas científicas de los Institutos de Investigación Sanitaria en Euskadi reflejan de forma esencial la trayectoria asistencial del centro (o centros) sanitario en el que se encuentran, e incluyen entre otras las áreas de investigación en cáncer, en enfermedades del sistema nervioso, en salud materno-infantil, en enfermedades metabólicas, endocrinas y genéticas, en enfermedades crónicas, inflamatorias e infecciosas, en epidemiología y en atención prima-

ria, y en un área muy asociada a la innovación tecnológica y a dispositivos, etc. Como base de la traslación y transferencia, los estudios clínicos son relevantes en los Institutos Sanitarios integrados en redes nacionales (SCReN o RECLIP) o internacionales. Es también clave para la cooperación la existencia de un Biobanco vasco coordinado en red desde la fundación BIOEF y con nodos en todos los centros. Asimismo, el desarrollo y la innovación se coordina con el programa INNOSASUN que articula la interacción y colaboración entre el Sistema Sanitario público Vasco y la industria y otros agentes relacionados, y se consolida con la presencia de los Institutos Sanitarios en la Plataforma de Innovación en Tecnologías Médicas y Sanitarias del ISCIII (plataforma ITEMAS).

La actividad de I+D+i Internacional, coordinada desde Bioef a través del programa EUROSASUN, permite la participación del Sistema Sanitario de Euskadi en programas competitivos Internacionales, establecer redes y alianzas, desarrollar actividades de colaboración con otros sistemas, organizaciones y territorios, y desarrollar los Memorandos de Entendimiento (*MOUs*) firmados por el sistema sanitario (Escocia, Irlanda del Norte y Aquitania, etc., ...). Asimismo, el Sistema Sanitario participa en numerosas redes a escala internacional, lo que es parte fundamental del reconocimiento del Euskadi como “*reference site*” en la iniciativa Europea EIP-AHA (*European Innovation Partnership on Active and Health Ageing*)

En resumen, el desarrollo de esta Estrategia de Investigación e Innovación del Departamento de Salud y Osakidetza está consiguiendo una mejora en la gestión integral y en el crecimiento de la actividad investigadora e innovado-

ra con una repercusión directa en los servicios sanitarios, y camina a la consolidación, el liderazgo y la orientación estratégica de las actividades de I+D+i de cara a mejorar el impacto que actualmente consigue. Datos recientes sobre investigación e innovación en salud (informe Ikerbasque 2017) sitúan algunos indicadores científicos del Sistema Sanitario entre los más excelentes en la ciencia vasca.

Tabla 1:

Aspectos a destacar de la Estrategia de I+D+i de la Sanidad Vasca y de sus agentes ejecutores.

- Situar al paciente en el centro de la Investigación y la Innovación
- Avanzar en la Excelencia en Investigación e Innovación y atracción de talento
- Coordinación entre agentes sanitarios ejecutores de I+D+i y cohesión con la actividad asistencial y docente
- Potenciar los recursos en áreas de referencia y especial interés
- Colaboración y Complementación con Centros de investigación, Centros tecnológicos y Empresas del entorno
- Potenciar la Investigación clínica y la colaboración con la Industria farmacéutica y otras relacionadas (alimentación, etc.)
- Potenciar la Innovación científica y la traslación
- Formación y relevo generacional

- Implementación del mecenazgo en el I+D+i
- Internacionalización e interacción con otros clústeres del entorno
- Contribuir con la I+D+i a la mejora de los resultados en Salud y a la generación de riqueza y valor

Leyenda de figuras:

Figura 1.- Estrategia de I+D+i en la Investigación Sanitaria Vasca y sus Agentes Ejecutores

Figura 2.- Proceso de I+D+i Sanitario Vasco

Figura 1

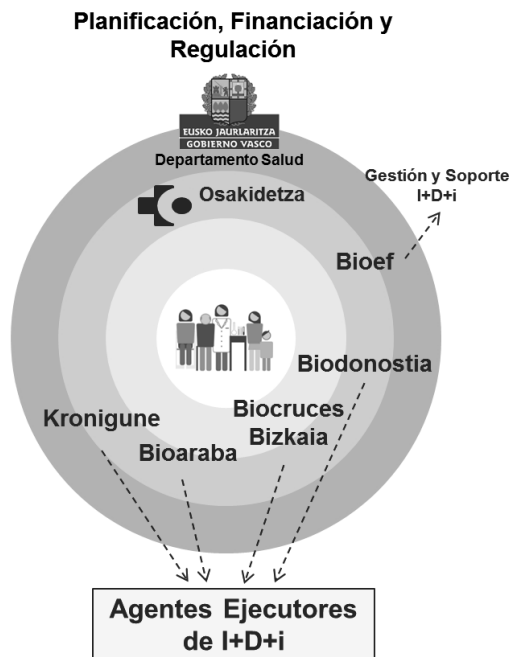
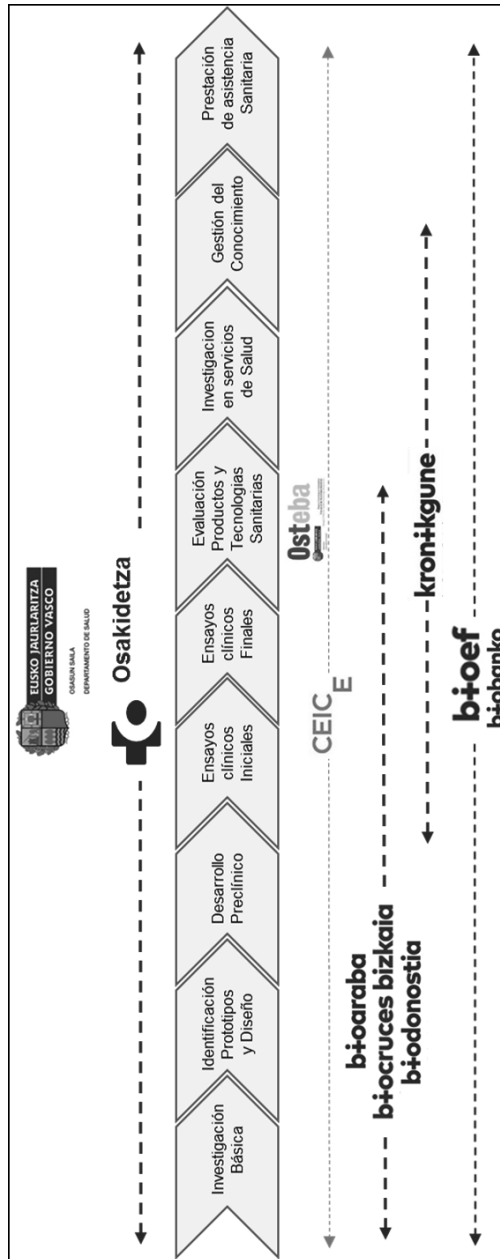


Figura 2



PLAN ONCOLÓGICO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

Nekane Murga Eizagaechearría,
Directora de Planificación
y Asistencia Sanitarias Eusko
Jaurlaritza - Gobierno Vasco

Resumen

El Plan Oncológico Integral de Euskadi está siendo elaborado por el Departamento de Salud con el asesoramiento y compromiso de grupos de expertos y profesionales sanitarios implicados en la atención a enfermos oncológicos y sus familiares.

El cáncer se encuentra entre los principales problemas de salud de nuestra sociedad, por lo que este plan tiene como primera línea de acción apoyarse y reforzar las estrategias de promoción de salud y prevención que ya están en marcha.

El Plan Oncológico Integral desarrolla una transformación del modelo asistencial, justificada por la complejidad que entraña. El cáncer precisa un abordaje integral incorporando el apoyo psicoemocional del paciente y sus familiares y su participación en las decisiones. La atención al paciente con cáncer también precisa de un enfoque multidisciplinar, incorporando nuevos perfiles profesionales y equipos de trabajo en torno a las comisiones de tumores de los centros y a servicios con capacidad de obtener buenos resultados, especialmente en aquellas situaciones de alta complejidad.

El plan propone la coordinación de los recursos asistenciales, tanto de profesionales cuya implicación como responsables de los procesos, con mayor accesibilidad, junto a la formación continua deben ser la palanca de cambio.

La adecuación de procedimientos y protocolos que nos permitan un diagnóstico más precoz con rutas prioritarias y una menor variabilidad entre centros y profesionales. La protocolización de los tratamientos y herramientas de apoyo que mejoren la seguridad del paciente. La incorporación de los avances técnicos y la tecnología planificada con visión global de la organización, con la traslación de la investigación cuando tiene soporte científico suficiente y garantizando la eficiencia.

Los avances en las tecnologías de la información que nos han permitido el desarrollo de una historia clínica única debe asociarse a la capacidad de obtener la información relevante que nos permita conocer los resultados y su evaluación, para permitirnos identificar lo que debemos dejar de llevar a cabo al no proporcionar valor.

El apoyo a la investigación con un modelo de cooperación entre centros sanitarios y un marco único de gestión.

Análisis de situación:

El Plan de Salud de Euskadi recoge en su planteamiento un amplio abanico de acciones y objetivos a alcanzar en materia de cáncer. Un conjunto de enfermedades que suponen la primera causa de muerte en la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV).

Se estima que en la CAPV se diagnostican un total de 13.482 casos de cáncer al año, 8.062 casos/año en hombres y 5420 casos/año en mujeres. En niños en cambio, se registran 60 casos/año aproximadamente.

En relación a la incidencia por tipo de cáncer, en varones, el cáncer de próstata ha sido el más frecuente, seguido

del colorrectal, del cáncer de pulmón y del de vejiga. Entre las mujeres destaca el cáncer de mama, seguido también del colorrectal y del cáncer de pulmón, ocupando el cuarto lugar el cáncer de útero. Tomando en consideración ambos sexos, el cáncer colorrectal es el de mayor incidencia en la población de la CAPV. En la edad pediátrica las localizaciones tumorales más frecuentes son las de médula ósea, encéfalo y ganglios linfáticos.

En cuanto a la mortalidad, se conoce que el cáncer es la primera causa de muerte en la CAPV siendo en los hombres el cáncer que más muertes produce el de pulmón seguido del colorrectal y del de próstata. En las mujeres, el cáncer de mama es el que mayor mortalidad produce, seguido de colorrectal y del de pulmón. Cabe destacar que la tendencia en los últimos años ha disminuido en ambos sexos, especialmente en hombres. En la edad pediátrica a su vez la tasa de mortalidad disminuyó destacando la reducción de muertes relacionadas con leucemia.

Para la prevención secundaria actualmente en la CAPV se llevan a cabo 3 programas de cribado, 2 de ellos son poblacionales, cáncer colorrectal y cáncer de mama, los cuales presentan una cobertura del 86.10% y 92.6% respectivamente. El último programa de cribado en nuestro medio es oportunista, cribado de cáncer de cérvix. A lo largo del año 2018 se iniciara la evolución de este programa desde cribado oportunista hacia cribado poblacional.

En cuanto a la Actividad Hospitalaria en nuestro medio tras contrastar los datos del 2015 y 2016, se observa una tendencia ascendente. Los ingresos de pacientes oncológicos el primer año fueron de 22.335 en cambio el segundo aumento a 22.711, las consultas externas pasaron

de 129.007 a 132.436 y las sesiones de radioterapia de 93.651 a 96.532.

Decir a su vez que el gasto de los medicamentos destinados al tratamiento del cáncer a día de hoy, supone más del 30% del gasto de la farmacia hospitalaria. Sólo en los últimos cinco años, Osakidetza ha incorporado más de 52 nuevos tratamientos. En los últimos años el gasto hospitalario de antineoplásicos en Osakidetza ha mantenido crecimientos interanuales superiores al del resto de medicamentos, alcanzando valores superiores al 10%. La oncohematología representa casi el 50% de consumo total de la oncología y sus crecimientos interanuales superan al resto.

En concordancia a los datos expuestos en líneas anteriores se redacta el Plan Oncológico de Euskadi cuyo centro siempre es el paciente es decir, el Plan Oncológico se articula alrededor de las personas con cáncer, que transitan entre atención primaria y el hospital, desde la sospecha diagnóstica el tratamiento, seguimiento y control de los problemas de salud de estas personas.

En relación a este epicentro uno de los objetivos del plan es mantener la mejora continua en la actitud del sistema sanitario hacia la humanización de la atención oncológica para ello se pretende desplegar un plan de formación hacia los profesionales que aborde cuatro aspectos centrales (conocer las vivencias del paciente oncológico, abordaje y coordinación multidisciplinar, habilidades de relación y comunicación y valoración/afrentamiento en relación a las necesidades psicoemocionales). Por otro lado se busca empoderar a los pacientes supervivientes de cáncer apostando por el programa cuidando mi salud, después del cáncer

de paciente activo donde en 7 sesiones grupales, con la ayuda de 2 monitores se abordan aspectos emocionales y sociales relacionados con esta patología, entre otros como alimentación, ejercicio, etc.

A partir de este punto central se articulan 5 diferentes ejes que pasamos a exponer a continuación.

Primera línea: Acción intersectorial

Teniendo en cuenta que aproximadamente el 30% de los cánceres son prevenibles, en este sentido desde el Departamento de Salud y de acuerdo a las recomendaciones del Código Europeo contra el Cáncer, se abordan los factores de riesgo (tabaco, alcohol, alimentación, inactividad física...), que mayor impacto tienen en el cáncer así como en el desarrollo de otras enfermedades, buscando la llamada prevención primaria. Se actúa en promoción de la salud, tanto en lo relativo a las aptitudes personales como en entornos que propicien condiciones de trabajo y de vida gratificantes, seguras y estimulantes.

Estas actuaciones se configuran desde una perspectiva amplia e intersectorial, lo que supone el trabajo conjunto con otros Departamentos del Gobierno Vasco, Instituciones de Euskadi, administraciones forales y locales, así como con otros agentes presentes en la comunidad.

Desde la perspectiva del Plan Oncológico es necesario mantener las iniciativas en curso que se despliegan desde la Dirección de Salud Pública dirigidas a la promoción de hábitos de vida saludables impulsando y reforzando la acción comunitaria a nivel local, como por ejemplo: El Plan de actividad física de Euskadi, Estrategia de iniciati-

vas para una alimentación saludable y Estrategia Euskadi Libre del humo del tabaco.

En relación a otros cánceres como el melanoma, se busca intensificar las acciones para informar a la población sobre los riesgos de la exposición solar y las precauciones a adoptar.

En cuanto al cáncer en el medio laboral se persigue mejorar el sistema de información sobre este cáncer y sobre los cancerígenos relacionados en el entorno laboral, así como reducir la exposición a agentes cancerígenos en el trabajo (sílice y metaldehído entre otros), mejorar la detección precoz del cáncer laboral en poblaciones de alto riesgo y la formación, sensibilización y difusión del conocimiento sobre cáncer laboral fundamentalmente dirigida al personal médico de los servicios de prevención.

Y para finalizar con esta primera línea y como se menciona anteriormente, en relación a las actividades de prevención secundaria, se persigue aumentar las tasas de cobertura actuales en relación a los programas de cribado poblacionales (cribado cáncer colorrectal y cribado cáncer de mama) y transformar el programa oportunista del cáncer de cérvix en poblacional.

Segunda línea: Modelo asistencial

La experiencia internacional en las últimas décadas en la prevención y el control del cáncer pone de manifiesto la necesidad de un enfoque integral en los ámbitos de prevención primaria, secundaria, diagnóstico y tratamiento del cáncer.

En la estrategia en cáncer, además de las medidas de prevención y cribado, se incide cada vez más en aspectos

asistenciales, organizativos, de recursos y de evaluación, porque tienen impacto en los resultados.

Una característica esencial de la atención oncológica, entendiendo como tal el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento, es que requiere una combinación de diferentes profesionales, conocimientos, habilidades y experiencia de todos los niveles asistenciales. Para conseguir la máxima efectividad, estos recursos y profesionales tienen que actuar de forma coordinada en los diferentes ámbitos asistenciales.

Por ello, los objetivos que se proponen en este Plan para avanzar en un proceso asistencial seguro, eficiente y que responda a las necesidades de las personas con cáncer se basan en los puntos que se exponen a continuación:

Se quiere continuar introduciendo mejoras en la organización y gestión del proceso oncológico mediante un enfoque multidisciplinar en la atención oncológica, de manera que se tomen las mejores decisiones sobre el diagnóstico, el tratamiento, seguimiento y el apoyo a cada paciente. Para ello se formaran comités de tumores en los centros referentes. Mediante profesionales responsables y actividades de enlace, que den una continuidad asistencial facilitando la comunicación y coordinación entre los diferentes servicios.

Desde ese mismo enfoque se quieren establecer circuitos prioritarios de acceso al diagnóstico y tratamiento en aquellos tumores en los que esto implica un beneficio adicional en el pronóstico del paciente.

Reordenar y concentrar los procesos/intervenciones de alta complejidad y baja prevalencia. Las intervenciones

complejas para el diagnóstico y el tratamiento tienen que concentrarse donde pueda reunirse toda la experiencia necesaria de forma coste-efectiva y se puedan evaluar los resultados obtenidos.

A su vez se plantean actividades específicas para las poblaciones especiales como pueden ser los atendidos por pediatría, geriatría y los largos supervivientes. En cuanto al paciente paliativo, se seguirán las pautas marcadas en el Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi 2016-2020.

Tercera línea: Sistemas de información

Los cambios en los sistemas de información clínica y, en el caso de la CAPV, la integración de la información en la Historia Clínica (Osabide Global), ofrecen una excelente oportunidad para la mejora en los sistemas de información sanitaria.

Por un lado se presenta la oportunidad de definir y construir un nuevo paradigma para la vigilancia epidemiológica a nivel poblacional, con gran potencial, y con capacidad de ofrecer análisis de los datos a niveles más desagregados.

Se trata de desarrollar un aplicativo integrado, adaptando el diseño y los procedimientos de los actuales registros de cáncer, tanto los hospitalarios como el poblacional, a los nuevos sistemas de manejo de información clínica. En el nuevo diseño, además de las estadísticas habituales para la descripción epidemiológica de la distribución del cáncer, deben ofrecerse salidas adecuadas a las necesidades de los clínicos, gestores e investigadores; con información actualizada y disponible de forma segura para todas las

partes implicadas. Se necesitarán salidas de información genérica, específica por tipo de cáncer y paciente de forma ágil y en tiempo adecuados.

Más allá del análisis de la información poblacional, la gestión clínica del proceso asistencial oncológico requiere un elevado nivel de colaboración entre diferentes profesionales en el que compartir información puede permitir una toma de decisiones más efectiva y eficiente. En este sentido la implantación y despliegue de ONCOBIDE (sistema de información para el proceso farmacoterapéutico del paciente oncológico) va a proporcionar una solución corporativa e integrada a la gestión de la medicación para la oncología, en todos los centros hospitalarios de Osakidetza. Este nuevo sistema de información contempla todo el proceso asistencial ligado a la medicación oncológica, desde el diagnóstico hasta la administración del tratamiento, incluyendo la definición de los esquemas o protocolos terapéuticos, así como su posterior validación, preparación y dispensación, así como también la administración.

El conocimiento de los clínicos sobre los resultados y los efectos de los tratamientos en la vida de los pacientes es actualmente limitado. Sin embargo hay un amplio consenso en la necesidad de incluir los resultados en salud que importan a los pacientes - patient reported outcome measures (PROMs) - en la evaluación de los procesos asistenciales, y en particular en los resultados de la atención oncológica.

En este sentido el POE se propone incorporar en los modelos de evaluación los estándares consensuados en contexto del consorcio ICHOM.

Estos estándares incluyen de forma nítida medidas de evaluación contrastadas y validadas acerca del efecto de los tratamientos y del proceso asistencial en la calidad de vida de los pacientes. Es necesario por tanto desarrollar en Osabide los sistemas que permitan a los pacientes registrar y compartir con los clínicos los efectos en la vida diaria del paciente aportando una perspectiva complementaria a la métrica clínica tradicional.

Como se ha señalado anteriormente el crecimiento del gasto farmacéutico y los continuos avances tecnológicos en la terapéutica oncológica hace necesario un nuevo modelo de financiación de la atención oncológica que incorpore el concepto de resultados en los pacientes. La CAPV, con unos excelentes sistemas de información clínica electrónicos se sitúa en una posición privilegiada para desarrollar un modelo de financiación que facilite la sostenibilidad de una atención oncológica capaz de incorporar el pago por resultados.

Cuarta línea: Medicina de precisión

El abordaje del cáncer en los últimos años ha experimentado importantes progresos, muchos de ellos relacionados con el mejor conocimiento de las bases genéticas y moleculares de este grupo de enfermedades. Los avances científicos han permitido la traducción de estos descubrimientos en nuevas y mejores formas de identificar grupos seleccionados de pacientes con cáncer en los que se pueden establecer estrategias específicas de prevención, diagnóstico y tratamiento que están contribuyendo al aumento del número de personas que sobreviven más tiempo y mejor después de un diagnóstico de cáncer. Se trata en

definitiva, del despliegue de la llamada medicina personalizada, de precisión o genómica (MPP).

Para la progresión de esta línea, el Sistema Vasco de Salud debe incorporar nuevas técnicas diagnósticas, apoyadas en la evidencia científica disponible, que permitan el despliegue en el terreno asistencial de un enfoque de precisión para clasificar a los pacientes en subpoblaciones que difieren en su susceptibilidad a experimentar una determinada enfermedad, en la biología y/o pronóstico de esta enfermedad, o en su respuesta a un determinado tratamiento. De esta forma, es posible aplicar intervenciones preventivas o terapéuticas en aquellos subgrupos de pacientes que pueden obtener un beneficio, maximizando la efectividad terapéutica al mismo tiempo que se evita el gasto innecesario y también posibles efectos secundarios a aquellas personas en las que no haya indicación de una intervención terapéutica concreta.

Por todo ello, desde la perspectiva del Plan Oncológico de Euskadi se ha analizado la información sobre la MPP, sobre los conocimientos existentes y las actuaciones que se vienen desplegando para identificar los aspectos más importantes sobre los que actuar para abordar los nuevos retos en la lucha contra el cáncer. Se parte de la base de que para una aplicación eficiente, práctica y dinámica de estrategias de MPP se debe contar con la visión y colaboración de especialistas en las áreas de conocimiento con mayor potencial e impacto en la misma, incluyendo la Oncología Médica y Hematología, Farmacia Hospitalaria, Genética Clínica y Molecular, Anatomía Patológica, Epidemiología y Bioinformática entre otras.

Sin embargo, el cambio de paradigma hacia la secuenciación completa para conocer el perfil molecular del tu-

mor supone un nuevo reto que supone esta forma de abordaje del cáncer con la incorporación de nuevas estrategias diagnósticas y de tratamiento más eficaces y seguras, que a largo plazo serán costo-efectivas si se desarrollan en el sistema sanitario de forma sostenible, este Plan Oncológico plantea grandes objetivos sobre los que definir las diferentes acciones que deben formar parte del despliegue de la medicina de precisión.

Primeramente, se propone la creación y puesta en marcha de un órgano de planificación y gestión para la evaluación de recursos y toma de decisiones funcionales así como de organización de la atención. A su vez se precisa de la creación de una unidad de referencia para el diagnóstico molecular oncológico y de Comités de Medicina de Precisión en Cáncer.

Como reto estratégico y diagnóstico/terapéutico se proyecta la necesidad de conocer el perfil molecular de todos los pacientes de cáncer de pulmón.

Quinta línea: Investigación e innovación

Sin duda la reorganización de la actividad investigadora en salud alrededor de los tres bioinstitutos ha supuesto un gran avance en la capacidad investigadora del Sistema Vasco de Salud. Avanzar en este nuevo marco de organización y en los resultados de la actividad investigadora, implica mejorar el trabajo en red y las sinergias entre los tres institutos de investigación sanitarias.

Se pretende establecer un marco común para la investigación clínica, para ello es necesario desarrollar una plataforma estable para compartir la información acerca

de los diferentes ensayos clínicos (EECC) disponibles en toda la CAPV. Esta plataforma deberá permitir, en tiempo real, a cualquier clínico de la CAPV, conocer la oferta de EECC para pacientes oncológicos. En este sentido se hace necesario el desarrollo en Osabide de un aplicativo que permita la gestión de los Ensayos clínicos en desarrollo en la CAPV.

De forma paralela se deben optimizar los circuitos administrativos que permitan la transferencia de pacientes entre los 6 centros que atienden pacientes oncológicos de Osakidetza en la CAPV. Es decir, se trata de facilitar los procedimientos para remitir pacientes de un centro a otro para ser valorada su inclusión en ensayos clínicos.

Complementariamente, y para convertir a la CAPV en un ámbito competitivo para la realización de los EECC deben articularse medidas capaces de atraer ensayos clínicos a la CAPV. Dado que la capacidad para la realización de EECC en fases precoces se ve condicionada, en gran parte, por la disponibilidad de poblaciones de pacientes suficientes se requiere una gestión común que permita que ensayos Fase I/II (para pacientes altamente seleccionados y que exigen poblaciones de referencia muy amplias), sean abiertos en centros seleccionados definidos para cada estudio, a los que serán remitidos los pacientes del resto de la CAPV. Por otra parte, aquellos ensayos dirigidos a poblaciones de pacientes menos exigentes en cuanto a criterios de selección (o más abundantes), podrán ser abiertos en un número mayor de centros.

El procedimiento debe permitir que manteniendo la independencia de gestión de las organizaciones, permita ofrecer a los promotores de los ensayos el conjunto de la

población de referencia de Euskadi para un solo centro, cuando el ensayo así lo exija.

Obviamente, el procedimiento debe incluir el análisis y mejora continua de dos aspectos básicos en el posicionamiento de Euskadi para la atracción de ensayos clínicos: por una parte la optimización del funcionamiento de los Comités de Ética e Investigación Clínica y el desarrollo de herramientas de gestión de información para optimizar el marco único de gestión integradas en Osabide.

En los últimos meses se ha identificado como un área emergente de amplio impacto potencial la innovación en tecnología quirúrgica del cáncer, en base a desarrollo de tecnologías como pueden ser la impresión 3D, la realidad aumentada, simulación, etc.

En este sentido cabe señalar que los investigadores quirúrgicos requieren una especial atención dadas las particularidades de su desarrollo curricular y la menor presencia de hábito investigador y de perfiles aptos para el acceso a ayudas competitivas. También es notable la identificación del potencial de desarrollo de esta área en nuestra comunidad en un contexto de elevado nivel tecnológico industrial en áreas de fabricación avanzada, maquinaria, herramientas altamente tecnificadas, etc.

En definitiva, se considera particularmente importante la potenciación de este tipo de proyectos en el contexto de la creación de centros de referencia para técnicas quirúrgicas complejas que se aborda en el presente Plan.

Como punto de partida Generación de un “mapa de innovación quirúrgica” registrando las áreas de investigación, en sus diferentes estadios de desarrollo, en la CAPV.

Seguimiento:

- Plan / cronograma de implementación.
- Indicadores de seguimiento y resultado.

IMPLANTACIÓN DE LA RECETA ELECTRÓNICA E-REZETA EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO

Iñaki Betolaza San Miguel,
Director de Farmacia del
Departamento de Salud Vasco

Introducción

Si bien el número de habitantes de Euskadi se mantiene estable en los últimos años, la esperanza de vida en nuestra comunidad es una de las más altas del mundo. En los últimos 50 años la esperanza de vida ha aumentado un 15%; como consecuencia de ello, se ha incrementado el número de personas de edad avanzada y, en estos momentos, la población mayor de 65 años supone el 20% de la población total, porcentaje que alcanzará el 22,5% en el año 2020. Además, hay que resaltar que la población mayor de 80 años supone un 6,2% del total y de aquí al año 2020 esta cifra subirá más de un punto hasta alcanzar el 7,3%.

Esta realidad nos está planteando **un nuevo paradigma social y sanitario**, tanto por el aumento del número de personas mayores como por el nuevo patrón de personas con enfermedades crónicas y polimedicamentadas y, en muchos casos, en situación de dependencia.

Esta situación requiere de una respuesta estratégica, reorientando los servicios asistenciales hacia un nuevo modelo de gestión: que dé respuesta a las necesidades del paciente crónico y pluripatológico, avanzar en una atención integrada y coordinada y centrado en el paciente haciendo, en la medida de lo posible, que éste sea gestor de su enfermedad. En definitiva, pasar de un sistema reactivo a un sistema proactivo cuyo objetivo sea mejorar los resul-

tados en salud de los pacientes pluripatológicos y ayudar en la sostenibilidad del sistema de salud.

Este objetivo entronca con varias de las líneas estratégicas establecidas por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y Osakidetza:

- Las personas como eje central del sistema de salud.
- Respuesta integrada a nuevos retos: vejez, cronicidad y dependencia.
- La sostenibilidad y la modernización del sistema sanitario.

Todo ello se concreta en unas áreas de actuación prioritarias:

- Envejecimiento saludable.
- Coordinación sociosanitaria.
- Modernización, innovación y eficiencia.

En el área de la prestación farmacéutica, llevamos ya varios años trabajando en el ámbito de los servicios farmacéuticos a las personas mayores: Programa de Crónicos polimedicados; Programa de Mejora del Uso de la Medicación a pacientes atendidos por los Servicios de Ayuda Domiciliaria de los Ayuntamientos; Proyecto de Seguimiento Farmacoterapéutico a personas con enfermedades crónicas y polimedicamentadas en el ámbito de la diabetes tipo II y en el desarrollo de un Nuevo Modelo de Gestión de la prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios.

En el ámbito del desarrollo del nuevo modelo de gestión farmacéutica en los centros sociosanitarios hemos desarrollado con anterioridad varias actuaciones que han

supuesto unas importantes mejoras de eficiencia, como son las relativas al suministro directo de absorbentes de incontinencia urinaria y de productos dietéticos. Actualmente estamos en proceso de tramitación del proyecto de decreto regulador de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos en las residencias de personas mayores y en los centros sociosanitarios y, como paso previo, hemos procedido a implantar en los mismos de la Receta Electrónica, e-Rezeta, y de la Historia Clínica Electrónica de Osakidetza, Osabide.

1-La Receta Electrónica, e-Rezeta, en el ámbito sociosanitario.

La Receta Electrónica se terminó de implantar en las 833 oficinas de farmacia y en el conjunto de centros de salud, hospitales y centros de salud mental en el mes de Diciembre de 2013.

En estos momentos, la e-Rezeta es un proyecto a pleno rendimiento que funciona de forma satisfactoria las 24 horas de los 7 días de la semana durante los 365 días anuales. Hemos alcanzado unas cifras que superan los 142 millones de dispensaciones electrónicas y el 97,86% de las dispensaciones son electrónicas.

Características del contexto sociosanitario

Muchas de las personas que han optado por el ingreso en un centro residencial, son personas con problemas de salud, con elevados niveles de dependencia que requieren de atención sanitaria y social. La mayoría son personas que presentan pluripatologías y están polimedicadas y el despliegue de la receta electrónica y el acceso a la

historia clínica va a beneficiarlas enormemente: en seguridad, en control de la medicación, en coordinación entre los profesionales de los distintos ámbitos...etc.

La prestación farmacéutica en el ámbito residencial y sociosanitario presentaba una serie de características que no favorecían la consecución de los objetivos estratégicos relativos a la coordinación sociosanitaria y a la modernización de la prestación farmacéutica. A continuación se exponen las principales características:

- Bajo nivel de integración asistencial con Osakidetza.
- Ausencia de una estrategia global de calidad de la prescripción.
- Recetas en papel, con un escaso control de la prescripción y de la dispensación por parte de los profesionales médicos.
- Médicos autorizados a prescribir en recetas del sistema sanitario de Euskadi en el 75% de los centros.
- Variabilidad en el consumo farmacéutico y asimetría territorial con disfunciones.
- Múltiples agentes y dependencias de los centros.
- Diversos sistemas de gestión residencial.
- Diferencias en cuanto a nivel de servicio y gestión por parte de las oficinas de farmacia que atienden a estos centros.
- Análisis insuficiente de la prestación en este ámbito.
- Experiencias de interés, como la Guía Farmacoterapéutica para los pacientes geriátricos.

Las personas residentes en este tipo de centros **consumieron un total de 1.484.470 recetas de medicamentos en el año 2016**, lo que supuso una media de consumo anual de casi **75 medicamentos por persona, con un coste de 20 millones de euros**. Además, casi el 90% (88,11%) requirió del uso de absorbentes de incontinencia urinaria y el 10% consumió productos dietéticos.

Es decir, **los medicamentos constituyen uno de los recursos más demandados por parte de estas personas, con un importante aumento del número de prescripciones y de consumos**. Por ejemplo: el 68% toman 5 o más medicamentos y el 33% tienen prescritos 10 o más medicamentos. Hay que resaltar que el 12% de estas personas consume más de 15 medicamentos y casi un 6% consumen más de 20 medicamentos.

Las personas residentes en centros sociosanitarios presentan un consumo de medicamentos mayor que el de la población pensionista, 1,8 veces más, con un coste por persona que supone 2,5 veces el de los pensionistas aunque con un coste por receta inferior.

En definitiva, estos datos ponen de manifiesto una realidad que requería de una actuación de cara a dotar a nuestros profesionales tanto del ámbito sanitario como del social de los recursos necesarios para mejorar la atención de estas personas.

Organización y desarrollo del proceso de implantación.

La implantación de la Historia Clínica y de la Receta Electrónica permitirá mejorar la calidad del servicio asis-

tencial a las personas residentes aumentando la seguridad de todo el proceso clínico y farmacéutico. De esta forma, hemos dado inicio a un nuevo modelo de atención en el ámbito residencial que iremos consolidando en los próximos años de cara a configurar una atención sociosanitaria puntera y de calidad. Pretendemos, de este modo, impulsar que, con carácter general, la atención médico-farmacéutica dirigida a las personas residenciadas se desarrolle de manera integral y coordinada, de tal forma que los actos de prescripción y dispensación de medicamentos y productos sanitarios, que realicen las personas encargadas de su atención médica y las encargadas de su atención farmacéutica, se integren de manera ordenada en la respuesta institucional a las necesidades de las personas residentes.

El Proyecto e-Receta en el ámbito Sociosanitario ha supuesto el despliegue e implantación de la receta electrónica y de la historia clínica de Osakidetza, Osabide, en 300 centros residenciales que atienden a casi 20.000 personas (19.863 plazas). Centros residenciales de muy diversa configuración tanto en lo relativo a su dependencia público-privada como al número de plazas: 85 residencias públicas que representan casi el 35% de las plazas y 215 residencias privadas con el 65% de las plazas restantes; con respecto al tamaño, hay 232 residencias de menos de 100 plazas de las cuales más de un 77% son privadas y 68 residencias de más de 100 plazas, con un porcentaje similar público-privado; por último, hay que mencionar que el porcentaje de plazas públicas y privadas se distribuye al 50% aproximadamente entre las de menos y más de 100 plazas.

El proceso de implantación se ha desarrollado entre Enero de 2016 y Junio de 2017 y hemos de resaltar que

ha consistido en un proyecto organizativo-tecnológico con un gran esfuerzo de comunicación. En el contexto del conjunto del nuevo modelo de gestión de la prestación farmacéutica en el ámbito sociosanitario hemos mantenido reuniones explicando el proyecto de nuevo decreto así como la implantación de la e-Rezeta y de Osabide con el conjunto de organizaciones empresariales del sector residencial (IFBS- Bizkaia, IFAS-Álava, Diputación Foral de Guipúzcoa, Centros Municipales, SEA, GESCA-CEBEK, ADEGI, ELBE, LARES, Sanitas, Fundación Matía, Bihar-ko) así como presentaciones en alguno de los centros más representativos, con anterioridad a las labores de comunicación y de exposición de los aspectos organizativos y legales así como de los requerimientos técnicos necesarios. Asimismo, hemos explicado el proyecto a los Colegios Oficiales de Farmacéuticos del País Vasco y a las delegaciones en Euskadi de las sociedades científicas del ámbito farmacéutico: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) y la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP).

Hemos tratado de desarrollar el proceso a través de la generación de un clima de confianza y de flexibilidad en la implantación, facilitando la labor de los centros, asumiendo y subsanando sus carencias, prestándoles ayuda y cercanía en la atención y resolución de sus demandas.

La estrategia de implantación ha consistido en una segmentación de los centros por el tipo de médico que les atiende, médico propio de Osakidetza o médico de la residencia autorizado por el Departamento de Salud a prescribir en recetas oficiales del sistema sanitario de Euskadi,

y abordando el despliegue de modo progresivo de menor a mayor impacto.

Como cuestiones previas a la propia implantación, se ha procedido a comunicar a todos y cada uno de los centros los requerimientos y tareas necesarias a abordar para su consecución, y hemos realizado el cumplimiento de todos los requerimientos legales necesarios como son la firma de un convenio de colaboración con cada una de las residencias para la utilización compartida de la historia clínica y del módulo de prescripción de receta electrónica, Presbide, así como recabar el consentimiento informado de todas las personas residentes; por otra parte, había que proceder a la identificación de las personas residentes en estos centros como aseguradas en la base de datos de aseguramiento de la tarjeta individual sanitaria.

Desde el punto de vista tecnológico se han identificado los requerimientos necesarios a implementar en los centros así como las necesidades de infraestructura y configuración de las comunicaciones y se ha procedido a la emisión a todos los profesionales sanitarios que fuesen a utilizar tanto la historia clínica como la receta electrónica de los certificados electrónicos necesarios por parte de Izenpe que es la entidad vasca de certificación electrónica.

En definitiva, hemos estandarizado la solución técnica para el conjunto de residencias y centros sociosanitarios, implantando las mismas herramientas en todos los centros lo que ha supuesto un paso clave para poder mejorar y evolucionar de forma homogénea y sostenible este nuevo modelo de gestión y atención.

Además, hemos llevado a cabo una cuestión muy importante que ha consistido en la integración de la receta electrónica y la historia clínica con los principales sistemas de gestión del ámbito residencial como son Resiplus y Sigeca, así como con los centros de Cruz Roja y del Instituto Foral de Asistencia Social de Bizkaia.

Finalmente, se ha procedido a desarrollar la formación del conjunto de los profesionales sanitarios de las residencias por parte de personal médico de las Organizaciones Sanitarias Integradas de Osakidetza que, en buena medida, ha supuesto un paso importante en el acercamiento entre las estructuras y los profesionales de los sistemas social y sanitario, y hemos consolidado un modelo de soporte y centro de atención a usuarios.

Una vez implantadas tanto la historia clínica como la e-Receta hemos de resaltar su elevado grado de valoración por parte de los centros sociosanitarios como su nivel de utilización, en el mes de Diciembre de 2017 el 80% de dispensación de las personas residentes se realizaba ya de forma electrónica.

2- Beneficios de la Receta Electrónica, e-Receta, en el ámbito sociosanitario.

- Aumento de la seguridad clínica de las personas residenciadas y para los profesionales sanitarios, ya que se eliminan las recetas en papel y además, se puede consultar el tratamiento en la historia clínica, minimizando con ello los errores de medicación y favoreciendo el seguimiento de la adherencia al tratamiento, así como el uso racional del medicamento.

- Permitirá una mayor integración asistencial del sistema social con el sanitario, con soporte en los mismos sistemas de información (Historia Clínica y Receta Electrónica) lo que redundará en una mejora diagnóstica y de tratamiento para las personas mayores garantizando una mejor continuidad de cuidados.
- Se genera una alineación de la estrategia sociosanitaria interinstitucional ya que permite el desarrollo del trabajo colaborativo, en equipo, del Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales y los Ayuntamientos en el ámbito sociosanitario, que supone la base para desarrollar una atención sociosanitaria puntera y de calidad, adaptada a las necesidades de las personas mayores.
- La incorporación de todas las residencias vascas a Receta Electrónica e Historia Clínica supone la culminación del nuevo modelo de gestión para la prestación farmacéutica en el ámbito sociosanitario y se convierte en un modelo de gestión orientado a la eficiencia.
- Supone un avance muy importante en la sostenibilidad del sistema de salud.

Conclusiones.

La implantación de la receta electrónica, e-Receta, y de la historia clínica, Osabide, en el conjunto de las residencias y centros sociosanitarios va a aportar beneficios relevantes en el desarrollo de la estrategia de coordinación sociosanitaria así como en la modernización de la pres-

tación farmacéutica en este ámbito que culminará con la implantación de un nuevo modelo de gestión

Los retos que se nos plantean a futuro son el desarrollo de un trabajo centrado en la Atención Farmacéutica que mejore la calidad, seguridad, equidad y eficiencia de las personas mayores y ayude a mejorar la sostenibilidad del sistema de salud.

Un trabajo centrado en las personas, en nuestras personas mayores y en aquellas en situación vulnerable y de fragilidad que supone un cambio y un avance muy importante, significativo y sustancial en el modelo de atención a las personas residentes en las residencias de personas mayores y centros sociosanitarios tanto a nivel farmacéutico como del conjunto asistencial.

