

PAPEL CLAVE DE LOS PROFESIONALES

La integración de cuidados y la continuidad asistencial son los elementos clave para garantizar a los pacientes una atención integral de calidad y acorde a sus necesidades.

El éxito de una estrategia no sólo depende de un buen modelo, sino del compromiso de profesionales y gestores en su puesta en práctica.

La satisfacción y el bienestar de los pacientes contribuyen a la satisfacción de los profesionales.



INFORMACIÓN PARA PROFESIONALES

Estrategia de Atención al **PACIENTE CRÓNICO** en Castilla y León

Más información sobre la Estrategia se puede obtener en:
<http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias>

¿POR QUÉ UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO EN CASTILLA Y LEÓN?

Porque necesitamos adaptar los servicios de salud a las nuevas necesidades de los pacientes crónicos y pluripatológicos generadas por los cambios demográficos, epidemiológicos y sociales.

Las patologías crónicas ocasionan:

- La gran mayoría de las consultas de atención primaria.
- Más de la mitad de los ingresos hospitalarios.
- Una parte muy relevante del consumo farmacéutico.
- Casi el 70% del presupuesto sanitario.

En Castilla y León con una población más envejecida que la media nacional y una alta dispersión geográfica se hace imprescindible definir una Estrategia adaptada a la realidad de la Comunidad que responda a las necesidades de atención al paciente crónico.

Necesidad de cambiar el modelo asistencial

Ahora	Transformación futura
<ul style="list-style-type: none"> • Organización de la atención hospitalaria fragmentada. • Limitaciones para una atención integral al paciente crónico. • Limitado apoyo para una mejor cobertura en el entorno familiar y social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estratificación de pacientes para una gestión eficiente de la cronicidad. • Mayor participación e implicación de los pacientes (autocuidado). • Marco integrador entre los distintos niveles y recursos asistenciales. • Reducción de la variabilidad clínica.

Esta Estrategia, trata de mejorar la salud y la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, mediante una atención integral e integrada, así como de reducir la carga que supone la cronicidad sobre el Sistema de Salud de Castilla y León, contribuyendo a su sostenibilidad.

PAPEL CLAVE DE LOS PROFESIONALES

Los profesionales tienen un papel clave en los cambios en la atención al paciente crónico que supone esta Estrategia, a través de las siguientes actividades:

- Diseño de los procesos asistenciales y en la implantación del cambio de modelo.
- Impulso del autocuidado y la autorresponsabilidad del paciente y familia.
- Desarrollo de iniciativas de mejora en el marco de esta Estrategia.
- Adaptación a las nuevas estructuras organizativas asistenciales al nuevo modelo.
- Cambios en los roles y competencias en algunos perfiles profesionales.
- Desarrollo de la formación e investigación sobre la cronicidad.

Beneficios esperados	
Calidad de la prestación asistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora del acceso a información del paciente. • Mejora del nivel de competencia y capacidad en la gestión en todos los niveles de organización y en enfermería. • Mejora de la coordinación intersectorial y del acceso a los recursos de la red
Gestión y sostenibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Uso más adecuado de los recursos. • Agilidad en la gestión de los pacientes. • Disminución de la demanda (evitar asistencias innecesarias). • Colaboración con organizaciones y asociaciones de pacientes y familiares para conseguir una mayor autonomía del paciente.
Resultados en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la morbilidad: reagudizaciones o aparición de nuevas patologías. • Mejora de la calidad de vida y mayor satisfacción de los pacientes y familiares. • Disminución de la mortalidad evitable por enfermedades crónicas.



PRINCIPIOS DE LA ESTRATEGIA

El modelo de atención a la cronicidad en Castilla y León se ha diseñado teniendo en cuenta **7 principios fundamentales**:

1. Atención centrada en las personas, considerando que son protagonistas de toda intervención y corresponsables de las decisiones en salud.
2. Abordaje con un enfoque de salud poblacional: pretende mejorar la salud de toda la población (personas sanas y personas enfermas), considerando asimismo los determinantes sociales de la salud y orientada a la mejora de la calidad de vida de las personas.
3. Enfoque sobre necesidades de salud. Clasificar a los pacientes en función de los procesos y su gravedad, enfocado sobre todo al control del paciente crónico y pluripatológico.
4. Integración asistencial que garantice la continuidad en la atención mediante la coordinación funcional de estructuras y el desarrollo de procesos integrados.
5. Coordinación intersectorial entre los sistemas sanitario y social.
6. Atención Primaria como eje de la atención a la persona con enfermedad crónica. El proceso se sustentará en una atención primaria potente, con capacidad resolutoria y accesible; exigirá asimismo una cierta reorganización y adaptación funcional de la atención especializada, focalizando los esfuerzos de este nivel asistencial en el paciente con pluripatología en un grado avanzado.
7. Establecimiento de alianzas y creación de redes (entre profesionales de distintos niveles y sectores, centros, asociaciones comunitarias y de pacientes, etc.), que promuevan los cambios, participen en su desarrollo y fomenten la corresponsabilidad en la utilización de los servicios.



VISIÓN Y OBJETIVO

El **objetivo** de la Estrategia es mejorar los resultados en salud y en calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas a través de una atención sanitaria integrada y la continuidad de cuidados, adaptada a las necesidades del entorno, en coordinación con los servicios sociales y garantizando la calidad de la atención y la eficiencia.



Esto supone un gran reto para la organización cuyo éxito va a depender de:

- La implicación y compromiso de los profesionales sanitarios.
- La participación de los pacientes, sus familiares y sus asociaciones.
- La formación específica de los profesionales.
- Una infraestructura informática adecuada que permita utilizar una historia clínica electrónica (HCE) compartida.

V DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA

La estrategia se estructura en:

- 3 objetivos estratégicos
- 7 líneas estratégicas
- 23 proyectos a desplegar en los próximos años.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: Asegurar la continuidad asistencial

La organización del trabajo ha de garantizar la continuidad asistencial, asegurando la atención en el ámbito más adecuado y por los profesionales que mejor puedan dar respuesta a sus necesidades, a través de integración asistencial y el trabajo en equipos multidisciplinares.

- **Línea Estratégica 1. Integración asistencial:** asegura la continuidad asistencial y la coordinación funcional entre los diferentes intervinientes mediante la gestión compartida de los recursos.
- **Línea Estratégica 2. Continuidad con la atención sociosanitaria:** garantiza la coordinación de los sistemas asistenciales sanitarios y sociales para la atención a las personas con problemas de salud secundarios.
- **Línea Estratégica 3. Adaptación de la organización a las necesidades del paciente crónico:** la atención debe pivotar sobre una atención primaria más resolutive y sobre la adecuación de la atención especializada, incorporando nuevos recursos sanitarios y sociosanitarios y nuevas competencias y roles profesionales.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2: Potenciar la autonomía y la responsabilidad del paciente

Corresponsabilizar a los pacientes y sus familiares en el mantenimiento y mejora de su salud y en el control de la enfermedad.

- **Línea Estratégica 4. Autocuidado, corresponsabilidad y participación:** se centra en actuaciones orientadas a mejorar la información, formación, implicación, interacción y comunicación del paciente, con el apoyo de las asociaciones de pacientes y familiares.
- **Línea Estratégica 5. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad:** pretende conseguir reducir la prevalencia de las enfermedades crónicas, el fomento del envejecimiento activo en buena salud de la población y la prevención de complicaciones en pacientes crónicos.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: Innovación y gestión del conocimiento

Incorporar innovaciones en las formas de trabajo y en la gestión e implantar nuevas tecnologías.

- **Línea Estratégica 6. Tecnologías facilitadoras del cambio:** tiene la finalidad de asegurar que la información esté disponible donde se precise en cada momento.
- **Línea Estratégica 7. Formación e investigación:** es necesaria la formación de los profesionales en nuevas competencias derivadas de la Estrategia. Asimismo será necesario impulsar la investigación en el ámbito de la cronicidad para generar evidencia científica que avale las intervenciones propuestas.

VI PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LOS PROYECTOS

La base del desarrollo de esta Estrategia es la implicación de los profesionales en los diferentes proyectos, necesaria para alcanzar las metas que mejoren la calidad de la asistencia al paciente crónico. Los principales proyectos de la Estrategia que atañen fundamentalmente a los profesionales son:

1. Diseño y desarrollo de los subprocesos clínicos integrados

- Diseñar procesos clínicos bajo la metodología de gestión por procesos.
- Implantar los procesos asistenciales integrados: insuficiencia cardiaca, ictus, EPOC, fractura de cadera, etc.
- Desarrollar guías clínicas asistenciales electrónicas compartidas y sistemas de información clínica.
- Establecer mecanismos de coordinación y comunicación entre niveles asistenciales.

2. Proceso de atención integrada en domicilio

- Diseñar e implantar el proceso de atención integrada a personas dependientes que viven en su domicilio entre atención primaria y los servicios sociales

3. Potenciación del papel de la atención primaria y aumento de la capacidad resolutive

- Adaptar las tareas y capacidades de la enfermera de atención primaria en la gestión de casos.
- Incorporar al trabajador social en la valoración y gestión de pacientes con necesidades sociosanitarias.
- Establecer un sistema de comunicación ágil entre los profesionales de diferentes niveles.

Por medio de estos proyectos se pretende:

- a. Fomentar el trabajo compartido por equipos multidisciplinares y establecer la responsabilidad de los distintos profesionales en el proceso.
- b. Promover la máxima coordinación entre los profesionales de sanidad y servicios sociales implicados en la atención sociosanitaria.
- c. Reforzar el papel de AP como eje en el cuidado de pacientes crónicos.
- d. Promover la capacitación de profesionales para la adquisición de las competencias y la asunción de los roles incorporados en la Estrategia, potenciando el uso de nuevas tecnologías.

Con el objetivo final de:

Mejorar la atención y la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

4. Nuevas Unidades, competencias y roles en atención especializada:

Unidades de Continuidad Asistencial (UCA)

- Establecer los mecanismos de coordinación con AP y servicios sociales, adaptar el papel de la enfermería en la UCA y del médico interconsultor.

Unidades de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS)

- Coordinar la prestación de servicios mediante la creación de comisiones mixtas de valoración.

Competencias avanzadas de enfermería/enfermeras coordinadoras

- Adquirir formación/capacitación para nuevas funciones.
- Realizar tareas de fomento de la comunicación y coordinación entre AP y AE.

5. Desarrollo de acciones específicas de formación sobre el proceso

- Adquirir la formación en gestión por procesos, nuevos roles y competencias.