



Personas sanas, poblaciones sanas:
ordenación y elaboración de las Estrategias de
Salud y Atención a la Población con Enfermedad
Crónica en Asturias



**PERSONAS SANAS,
POBLACIONES SANAS**



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS
CONSEJA DE SANIDAD



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias

Versión 3. Mayo 2014

Grupo nuclear de redacción del documento

Dirección General de Salud Pública

Julio Bruno Bárcena
Rafael Cofiño Fernández
José Ramón Hevia Fernández
Oscar Suárez Álvarez
Francisco M. Suárez García

Dirección General de Planificación, Ordenación e Innovación Sanitaria

Laura Muñoz Fernández
Roberto Saiz Fernández
Carmen T. Velasco González

Servicio de Salud del Principado de Asturias

Emilia Fernández Álvarez
Elvira Musiera Canclini

Revisión del documento

Alberto Fernández León, Alicia Rodríguez Fernández, Álvaro Díaz Álvarez, Álvaro González Franco, Ana Isabel García Rogada, Ana María González Fernández, Ana Suárez Guerra, Antonio Trigo González, Sara Odrioso Fanjul, Asunción Fernández Sánchez, Bárbara González de Cangas, Belén García Busto, Belén Prieto Carrocera, Carlos Becedóniz Vázquez, Carlos Castaño Barroeta, Carmen Díaz Corte, Carmen Fernández Pizarro, Conchita Galán Artíme, Crisanto M. Alonso Álvarez, Delia Peñacoba Maestre, Diana Maria Fernández Zapico, Dulce María Solar Sánchez, Elsa Bargados González, Esther Arbesú Fernández, Estrella Bosque Morán, Federico Fernández Noval, Fernanda del Castillo Arévalo, Fernando Martínez Cuervo, Guillermo García Velasco, Inmaculada Fueyo Bros, Javier Claros González, Javier Pérez Fernández, Javier Vicente Herrero, Joaquín Morís de la Tassa, José Francisco Fernández Rodríguez, José Fuentes Vigil, José Ignacio Altolaquirre Bernacer, José María García García, Juan José Solano Jaurrieta, Julia Villazón González, Julio César Alonso Lorenzo, Julio Pascual Gómez, M^a Benigna Piñón Pita, M^a Concepción Saavedra Rielo, M^a Jesús Rodríguez García, Manuel Ángel Martínez Muñiz, Manuel Valledor Méndez, Margarita Fernández García, Mariam Uría Urraza, Marta García García, Marta Isabel Villamil Díaz, Marta Pisano González, Mercedes Nuño Gutiérrez, Mercedes Sánchez Jul, Nélida Gómez Corzo, Nieves Castaño Sánchez, Noelia Varela Aller, Nuria Ortega, Pablo Pérez Solís, Pedro Abad Requejo, Ramón Eiroa León, Rebeca Suárez Gutiérrez, Ricardo F. Cuadra Romero, Rocío Redondo Rodríguez, Salvador Tranche Iparraguirre, Sergio Calleja Puerta, Silvia Arias Barrientos, Susana Santamarina Montila, Teresa Manteca Gómez, Valentín Rodríguez Suárez, Vanesa Allonca Macadán, Víctor Manuel Rodríguez Blanco

1. Retos y oportunidades para ordenar las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias

- 1.1 Salud y cronicidad
- 1.2 Análisis demográfico de la situación en Asturias
- 1.3 Las enfermedades crónicas desde la perspectiva de determinantes de salud
- 1.4 Enfermedad crónicas y consumo de recursos sanitarios
- 1.5. Inversión en recursos sanitarios
- 1.6 Análisis epidemiológico

2. Evolución de los niveles de organización del sistema sanitario en el Principado de Asturias para la atención a las personas con enfermedades crónicas

- 2.1 Desarrollo del modelo de Atención Primaria
- 2.2 La red hospitalaria
- 2.3 Reforma de Salud Mental
- 2.4 Atención Sociosanitaria
- 2.5 Cuidados Paliativos
- 2.6 Programas orientados hacia la enfermedad crónica

3. Modelos de referencia en estrategias de salud poblacional y de atención a población con enfermedad crónica

- 3.1 Modelo de determinantes sociales de la salud
- 3.2 Modelo Ampliado de Cuidados Crónicos, Red Integrada de Servicios Sanitarios de la OPS y el Proyecto AP.
- 3.3 La Estrategia como una oportunidad en Asturias
- 3.4 La Estrategia como un elemento de ordenación

4 .La Estrategia en Asturias

- 4.1 Principios rectores:
- 4.2 Visión
- 4.3 Misión
- 4.4 Líneas políticas de la Estrategia y Proyectos Estratégicos
- 4.5 Coherencia de la Estrategia

5. Despliegue de Personas Sanas, Poblaciones Sanas. Despliegue de la Estrategia de Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias

6. Implantación, seguimiento y evaluación de la estrategia

6.1 Definición de roles y responsabilidades

6.2 Sistemática de planificación, seguimiento y evaluación de la estrategia

6.3 Visualización de resultados

ANEXOS

Anexo I: Marcos teóricos de referencia para la Estrategia en Asturias

Anexo II. Estrategias de Cronicidad en el ámbito nacional

Anexo III. Propuesta organizativa de las estrategias de salud y su implantación en el SESPA

Anexo IV. Notas Técnicas. Proceso de elaboración de la estrategia

Anexo V. Proyecto de coordinación sociosanitaria

Sobre la versión 3. Mayo 2014

La versión 3 del documento amplía algunos de los elementos incluidos en la versión 2 del documento **Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias**. A saber:

- La parte central de la versión 3 es el rediseño del documento y de los proyectos estratégicos en base a las aportaciones que han sido realizadas por el Grupo Revisor. En total se han recibido 70 fichas con aportaciones.
- Se incluye y amplía el análisis epidemiológico sobre la salud y la cronicidad en Asturias. Este análisis ha sido realizado por Oscar Suárez y Francisco Suárez (Dirección General de Salud Pública).
- Se ha incluido un apartado en el punto 2 sobre “Evolución de los niveles de organización del sistema sanitario en el Principado de Asturias para la atención a las personas con enfermedades crónicas” realizado por Francisco Suárez (Dirección General de Salud Pública).
- El documento incluye un apartado final donde se plantea un despliegue de la Estrategia en el ámbito local con una propuesta de coordinación de los agentes sanitarios y no sanitarios en el territorio; en el segundo se plantea el marco evaluativo de la Estrategia. Han sido realizados por Rafael Cofiño y Oscar Suárez.
- En esta versión se han incluido, así mismo, las últimas recomendaciones realizadas desde el documento “Directrices para un Plan Integral de prevención de las enfermedades crónicas y de atención a los pacientes crónicos en el Sistema Sanitario del Principado de Asturias”¹ realizado por el Consejo Asesor de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias.
- Se ha incluido un análisis presupuestario de inversión en programas de salud pública y asistencia sanitaria realizado por Juan Antonio Cano Martínez (Dirección General de Planificación, Ordenación e Innovación Sanitaria)
- En último lugar se ha incluido una propuesta de trabajo para llevar a cabo la planificación, seguimiento y evaluación de la estrategia elaborada por Rafael Cofiño y Oscar Suárez (Dirección General de Salud Pública).

1. Retos y oportunidades para ordenar las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias

La ordenación de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias (ESAPC) se estructura en torno a dos grandes líneas de trabajo: mejorar la salud de la población asturiana y sus determinantes y aspirar a ser una nueva forma de organizar la prestación de la atención sanitaria en nuestra comunidad autónoma.

Para dar cumplimiento a esas dos grandes líneas el documento propone dos acciones fundamentales: ordenar y elaborar. Ordenar implica establecer un marco común, lógico y coherente, un paraguas, de las diferentes actuaciones que ya se vienen desarrollando en Asturias, con más o menos éxito e impacto, en los últimos veinte años. Elaborar supone incorporar a dicho marco de ordenación nuevos proyectos, algunos íntegramente nuevos y otros que parten de la remodelación y mejora de proyectos ya en marcha.

1.1 Salud y cronicidad

Durante el siglo XX, y especialmente en las últimas décadas, la estructura de la población ha sufrido una importante transformación. Estos cambios se han producido principalmente en los ámbitos de la estructura poblacional y en los patrones epidemiológicos predominantes.

Según el informe de las Estadísticas Mundiales 2012 elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)² en el año 2008 el 63% de las defunciones se debieron a enfermedades no transmisibles. Cerca del 40% de las defunciones a nivel mundial son atribuibles a factores de riesgo relacionadas con la tensión arterial alta (13%), el consumo de tabaco (9%), la hiperglucemia (6%), el sedentarismo (6%) y el sobrepeso o la obesidad (5%). En el caso concreto de las coronariopatías y las enfermedades vasculares este porcentaje aumenta hasta el 80%.

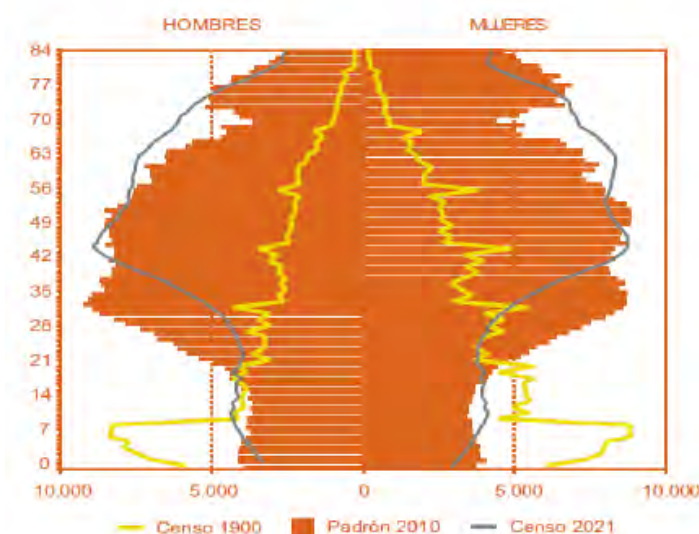
Según datos del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales las enfermedades crónicas suponen el 86% de las muertes y el 77% de la carga de enfermedad en la región europea de la Organización Mundial de la Salud. Además, se estima que el 80% de las consultas de atención primaria en nuestro país se dedican a la atención de procesos crónicos, y los más prevalentes suponen más de un 50% de las hospitalizaciones.

En términos económicos, la atención a las patologías crónicas genera entre el 70% y el 80% del gasto sanitario. En España, en el año 2010, las patologías crónicas supusieron el 60% del gasto en hospitalización.

1.2 Análisis demográfico de la situación en Asturias

En relación con el envejecimiento poblacional, como señala el Consejo Económico y Social de Asturias³, nuestra comunidad autónoma llega a la primera década de este siglo con unas condiciones demográficas desconocidas hasta el momento actual, aunque muy similares a otras regiones del país y del entorno europeo: una esperanza de vida inimaginable (77,5 años los hombres y 84,1 las mujeres) y una fecundidad extremadamente baja (1,08 hijos por mujer), la más baja de la Unión Europea.

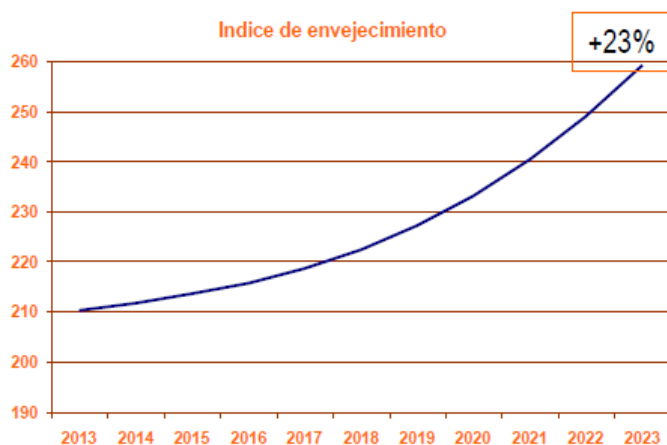
Figura 1. Proyección de la pirámide poblacional 2010 a 2021.



Fuente: SADEI.

Según las estimaciones del INE en los próximos 10 años se producirá un incremento en el índice de envejecimiento (mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años) del 23%.

Figura 2. Proyección del índice de envejecimiento 2013 a 2023.

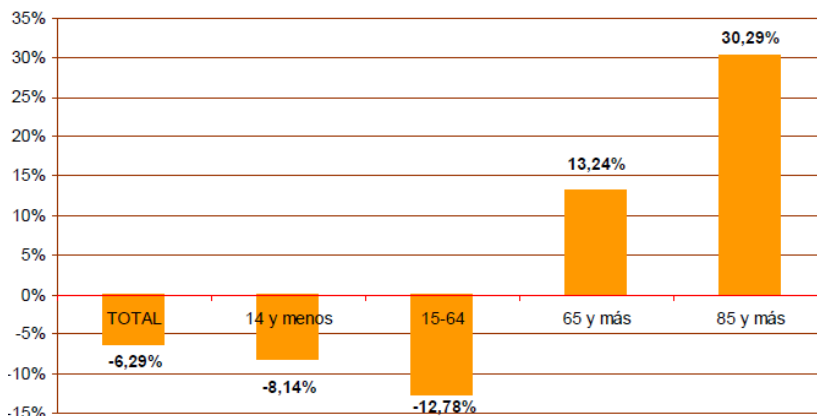


Fuente: SADEI.

El patrón de envejecimiento poblacional es claramente femenino y presenta diferencias importantes en cuanto al sexo, que se acentúan especialmente a partir de los 65 años, donde el porcentaje de mujeres es muy superior al de hombres llegando a duplicarse en el caso de las personas de más de 85 años.

Respecto a la evolución demográfica para el año 2023 el Principado de Asturias perderá en torno a un 6% de la población total y observaremos un incremento de la población mayor de 65 años superior al 13%.

Figura 3. Proyección de la población asturiana 2013 a 2023.



Fuente: SADEI.

1.3 Las enfermedades crónicas desde la perspectiva de determinantes de salud

La prevalencia de las enfermedades crónicas en Asturias ha aumentado significativamente en las últimas décadas. Son varios los factores que influyen en este incremento de la cronicidad: factores demográficos, modificaciones en las condiciones de vida (situación laboral, nivel educativo...), en las conductas (tabaco, alcohol, dieta, actividad física...), factores relacionados con el sistema sanitario y con el impacto del medio ambiente.

Las condiciones de vida tienen una repercusión directa en el desarrollo de determinadas enfermedades crónicas e indirecto por la probabilidad de a peores condiciones de vida peores estilos de vida.

A continuación se muestra una relación de las condiciones de vida (factores socioeconómicos) y los estilos de vida con algunas enfermedades crónicas.

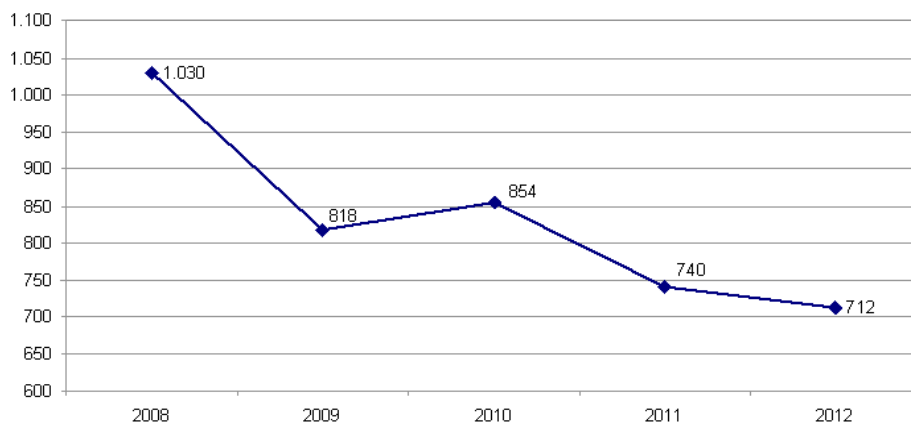
	Condiciones de vida ⁴⁵⁶						
	Clase social baja	Nivel educativo bajo	Exclusión social	Trabajo precario	Desempleo	Falta de apoyo social	Estrés persistente
Cardiopatía isquémica	x	x	x	x	x	x	x
Ictus	x	x	x	x	x	x	x
Diabetes tipo 2	x	x	x	x	x	x	x
Enfermedad renal	x	x	x	x	x	x	x
Artrosis	x						x
Osteoporosis	x						x
Cáncer de pulmón	x	x	x	x	x	x	x
Cancercolorectal	x						x
EPOC	x	x	x	x	x	x	x
Asma	x	x	x				x
Depresión	x	x	x	x	x	x	x
Salud oral	x	x	x	x	x	x	x
	Estilos de vida ⁷						
	Tabaco	Inactividad física	Consumo de riesgo de alcohol	Dieta inadecuada	Obesidad	Hipertensión	Dislipemias
Cardiopatía isquémica	x	x		x	x	x	x
Ictus	x	x	x	x	x	x	x
Diabetes tipo 2	x			x	x	x	
Enfermedad renal	x	x		x	x	x	
Artrosis	x	x*			x**		
Osteoporosis	x	x	x	x			
Cáncer de pulmón	x						
Cancercolorectal		x	x	x	x		
EPOC	x						
Asma	x						
Depresión		x	x		x		
Salud oral	x		x	x			

* Asociado a Artritis reumatoide** Asociado a Artrosis

Respecto a la situación en el Principado de Asturias, el empeoramiento de los indicadores socioeconómicos ha propiciado la aparición de una gran brecha social, y un aumento de las desigualdades en salud. Según datos de la Encuesta de Salud en Asturias, realizada en el año 2012⁸, el porcentaje de población activa ha caído cerca de un 10%, pasando de un 42,3% de la población en el año 2008 a un 32,7%. Por otro lado, el 48% de la población afirma situarse en las clases sociales más desfavorecidas (niveles IV y V). Este empeoramiento en los indicadores socioeconómicos repercute en la salud poblacional en dos aspectos: incrementando la morbilidad debido a la influencia que tienen estos determinantes en la etiología y empeorando los pronósticos y la calidad de vida en aquellos segmentos de la población más desfavorecidos.

El gasto medio en salud ha caído un 31% en el periodo que va del año 2008 al año 2012. Este mismo comportamiento se observa en otros sectores como la alimentación, en la que el gasto medio familiar ha caído un 13%. (SADEI, 2013)

Figura 4. Gasto medio por hogar en salud



Fuente: SADEI, 2013

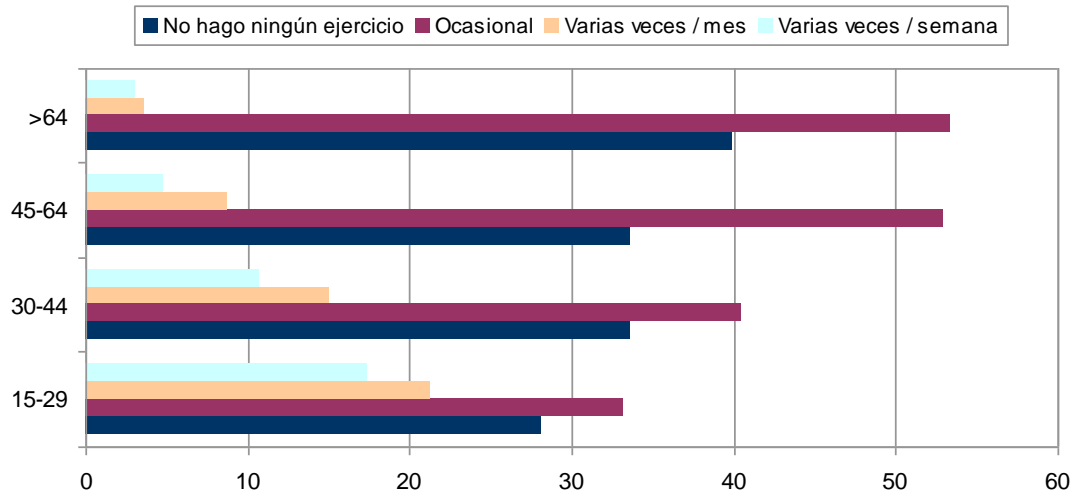
En los datos recogidos sobre estilos de vida en la Encuesta de Salud para Asturias, en el año 2012 la prevalencia de consumo diario de tabaco es del 25,4%. Este dato representa una leve disminución respecto a la anterior encuesta de salud realizada en el año 2008, en la que ese porcentaje fue del 27,8%. A pesar de la estos buenos resultados se ha detectado un aumento de la prevalencia de fumadores ocasionales, pasando del 2,7% de la población encuestada al 3,7%.

Si tenemos en cuenta otras conductas podemos observar que se ha producido un incremento importante de la población que ha consumido alcohol en los últimos 30 días, pasando del 40,4% al 54,9% en los años 2008 y 2012 respectivamente.

Actualmente, una de cada treinta personas tiene bajo peso u obesidad mórbida y un 43,2% de la población asturiana tiene sobrepeso u obesidad.

Respecto a la realización de ejercicio físico un 34% de la población no realiza ningún tipo de ejercicio y este porcentaje va disminuyendo a medida que aumenta la edad.

Figura 5. Realización de ejercicio físico



Fuente: Encuesta de salud para Asturias, 2012.

Por lo que se refiere a la existencia de recursos sociales, culturales, sanitarios dentro de un Estado de Bienestar redistribuidor, éste tiene una influencia determinante en generar un entorno con repercusión positiva sobre aspectos demográficos, de aumento de esperanza de vida y de mejora en la calidad en los años de vida ganados. Y por el contrario, las situaciones de recesión que dificultan la redistribución equitativa de estos recursos y afectan a los determinantes sociales tienen un efecto perjudicial incrementando la cronicidad, la dependencia y la peor calidad de vida en personas afectadas por dichos procesos.

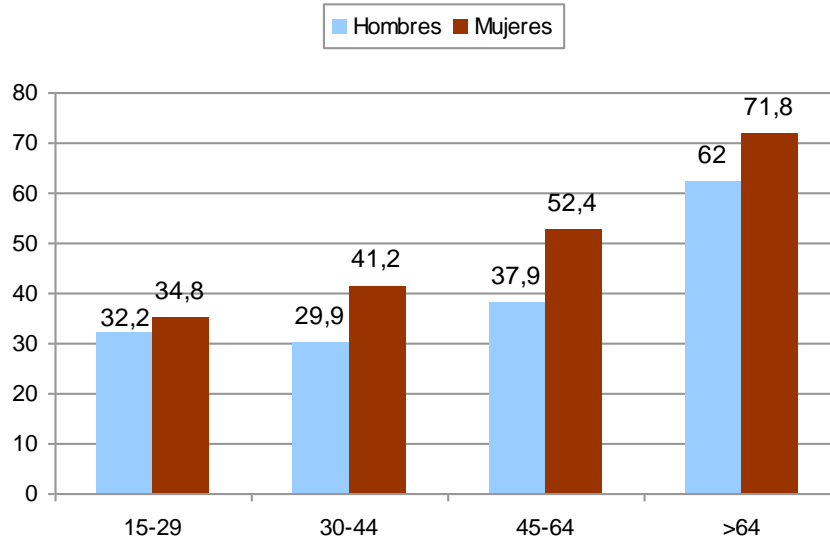
Es importante señalar otro factor que claramente influye en el incremento de la cronicidad: los criterios que utilizemos para diagnosticar “enfermedades crónicas”. Es decir, etiquetar como enfermedades crónicas ciertas entidades “pre-patológicas” o ciertos procesos de “malestar” podría generar una sobredimensión del problema (Iona Heath, 2007) y, con seguridad, una hipermedicalización de su abordaje.

1.4 Enfermedad crónicas y consumo de recursos sanitarios

En los últimos años se han producido importantes cambios en los perfiles de la demanda en relación a las actuaciones sanitarias, con una clara tendencia de aumento de la misma. Este hecho está influido en gran medida por el envejecimiento de la población, el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y un contexto medicalizador desde el que se tratan de abordar diversas problemáticas ya sean estas sociales o sanitarias.

Según datos de la Encuesta de Salud para Asturias un 45,6% de la población afirma haber acudido al médico en el último mes. Esta prevalencia aumenta con la edad y es más elevada en las mujeres en todos los grupos etarios.

Figura 6. Porcentaje de población que ha acudido al médico en el último mes.



Fuente: Encuesta de salud para Asturias, 2012.

Las enfermedades crónicas, fundamentalmente las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, la artrosis, ciertos tipos de cáncer, las enfermedades respiratorias y determinados problemas de salud mental son las principales causas de consulta en los servicios de salud

Los costes de atención a los pacientes con más de una enfermedad crónica llegan a multiplicarse por 6 respecto a los que no tienen ninguna o solo tienen una. En la actualidad dos tercios del gasto sanitario está motivado por los pacientes con cinco o más enfermedades crónicas, multiplicándose en estos pacientes por diecisiete el gasto sanitario y por veinticinco el gasto hospitalario. Si este problema no se aborda adecuadamente no solo consumirá la mayor parte de recursos de los sistemas sanitarios, sino que puede llegar a cuestionar su sostenibilidad.

La relación de la edad avanzada con las enfermedades crónicas y con la utilización de los servicios sanitarios está claramente establecida. A título de ejemplo de la evolución de la atención a enfermedades crónicas en Asturias citamos que el tratamiento renal sustitutivo (hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal), que se ha incrementado un 82,6% desde el año 1995 al año 2012, el mayor aumento se observa en el grupo de edad de más de 75 años que se ha quintuplicado en el citado período.

El mayor consumo de servicios sanitarios por las personas con enfermedad crónicas complejas tiene un gran impacto sobre la estructura y el gasto sanitario. Sin embargo el mayor uso de los servicios hospitalarios no significa un mal uso de estos servicios, o un uso innecesario de los mismos, sino que estaría justificado por unas mayores

necesidades de salud ligadas a los problemas inherentes a su estado de salud y por modificaciones de la oferta sanitaria ligadas a la capacidad tecnológica y la efectividad de determinados tratamientos y que generan en definitiva una mayor intensidad en el uso de los recursos sanitarios.

En el ámbito de atención primaria, durante el año 2013 el 75% de la población visitó su médico de familia y se produjeron más de 10 millones de consultas si sumamos las visitas recibidas al médico de familia, pediatría y enfermería. El número medio de visitas anuales por paciente atendido fue de 8 visitas en el caso de medicina y 3,5 visitas en el caso de enfermería.

Por lo que se refiere a la actividad hospitalaria en el periodo 2001-2012 podemos observar algunos datos de interés. Las estimaciones de frecuentación coinciden en la hipótesis de que no se ha producido un aumento significativo en la frecuentación hospitalaria. La estancia media se ha reducido un 10%, que puede estar en consonancia con la menor complejidad de los casos atendidos. Asimismo se ha incrementado la actividad y la frecuentación en un área que alerta sobre el modelo de atención a las personas con enfermedades crónicas: las urgencias hospitalarias. Se ha producido un incremento del 25% de las mismas.

Figura 7. Evolución de la actividad hospitalaria 2001 - 2012

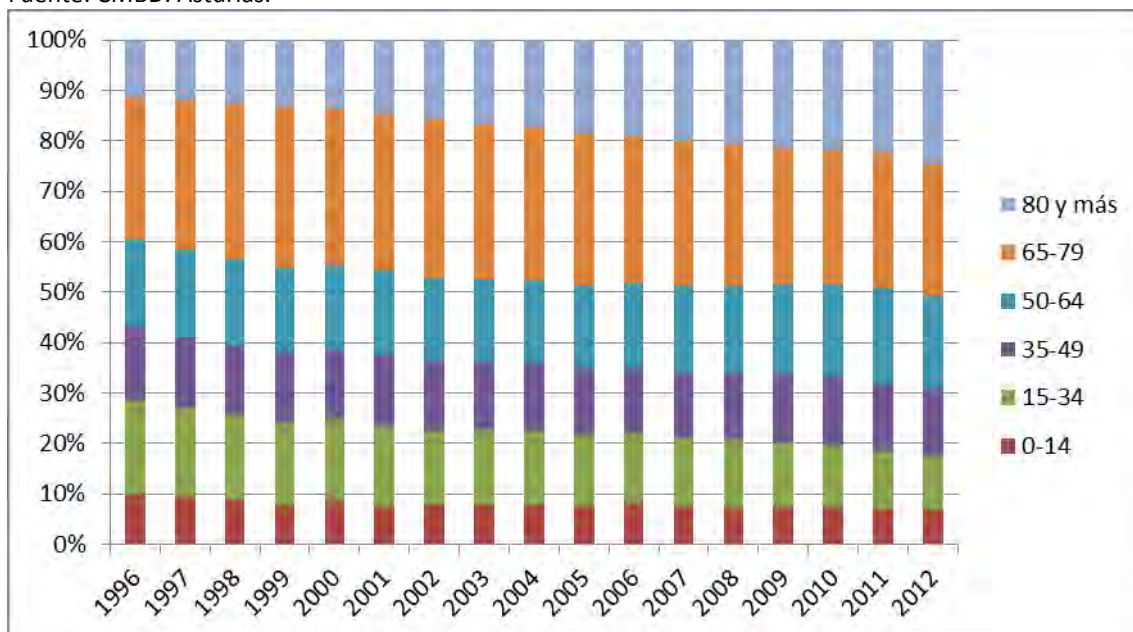
	2001	2008	2012	2012/01
Población	1.071.138	1.080.138	1.052.787	-1,7%
Altas hospitalarias	96.463	99.833	95.844	-0,6%
Estancia Media	8,6	8,3	7,7	-10,4%
I Complejidad	1,05	1,01	1,00	-4,8%
Urgencias Hospitalarias	352.821	420.401	442.182	+ 25%
% Urgencias Ingresadas	19,1%	16,0%	16,2%	
Frecuentación urgencias (*1000)	329	389	415	+26%

Fuente: Memoria SESPA 2001, 2008, 2012

Las enfermedades que causan un mayor número de altas hospitalarias en el Principado de Asturias son por este orden las del sistema circulatorio (17,2%), aparato respiratorio (13,8%) y los tumores (10,2%) siendo esto datos similares a los de otras Comunidades Autónomas.

Las tasas de poblacionales de altas y estancias hospitalarias aumentan con la edad. Tal como se observa en la siguiente gráfica las personas de 80 y más años suponían en el año 1996 poco más del 10% de las altas hospitalarias, mientras que en el año 2012 pasaron a representar el 22%.

Figura 8. Evolución de la proporción que representa cada grupo de edad en el número de altas totales.
Fuente: CMBD. Asturias.



Fuente: CMBD, años 1996/2012

En el año 2012, un 10% de las hospitalizaciones en servicios médicos fueron reingresos (readmisiones en los 30 días posteriores al alta). Los reingresos hospitalarios se han asociado a condiciones propias del paciente y a factores derivados de la asistencia sanitaria recibida y son un importante reflejo de la complejidad tanto de las relaciones entre los distintos niveles asistenciales como de la atención a personas con enfermedad crónica. Las elevadas tasas de frecuentación y de altas hospitalarias en estos pacientes, les sucede un alto número de reingresos. Con carácter general, los reingresos pueden estar relacionados con:

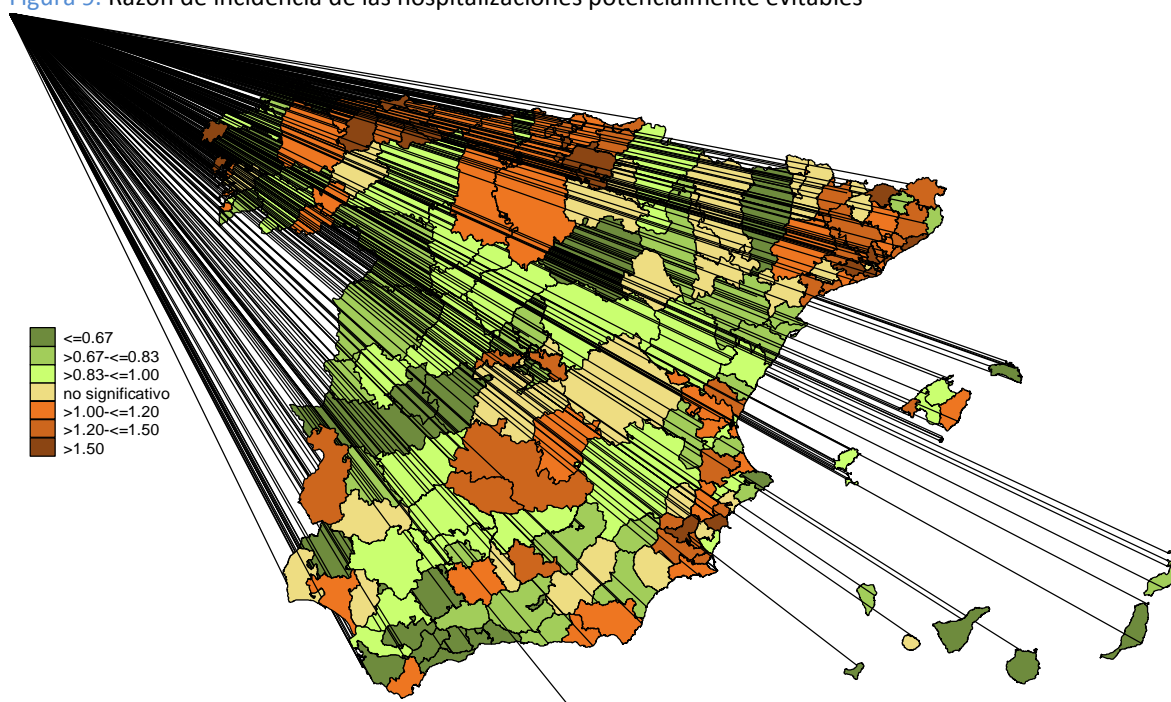
1. Curso evolutivo de la patología atendida: Los reingresos están motivados por complicaciones surgidas después del alta. Puede ser un indicador que refleje el seguimiento del paciente tras el alta.
2. En el momento del alta hospitalaria: Pueden indicar un alta de hospitalización prematura o problemas de coordinación de con otros recursos.

Para comprender el impacto de las enfermedades crónicas y el envejecimiento sobre el consumo de recursos sanitarios se precisa un análisis más detallado y que incida más en lo cualitativo que en lo cuantitativo. Una fórmula puede ser el estudio de las hospitalizaciones potencialmente evitables, que genéricamente se definen como hospitalizaciones que se podrían haber evitado si se hubieran prestado una atención ambulatoria de una calidad óptima. La reducción de descompensaciones en la mayor parte de las condiciones causantes de hospitalizaciones evitables depende de un adecuado manejo compartido por la atención primaria y hospitalaria.

En el estudio sobre hospitalizaciones potencialmente evitables (HPE) realizado por el grupo Atlas de Variaciones en la Práctica Médica del Sistema Nacional se observa que el 80 % de las mismas se producen en personas mayores de 65 años. Tan sólo los ingresos por complicaciones agudas de la diabetes y asma del adulto se observan con más frecuencia en personas menores de esa edad. Las personas mayores de 80 años, suponen el 39 % de las HPE en conjunto. EPOC e insuficiencia cardiaca congestiva representaron más del 80 % de todos los ingresos por HPE.

Tal como observamos en la figura 12 algunas Áreas Sanitarias del Principado de Asturias tienen una incidencia de hospitalizaciones potencialmente evitables un 50% mayor que la media del Sistema Nacional de Salud.

Figura 9. Razón de incidencia de las hospitalizaciones potencialmente evitables⁹

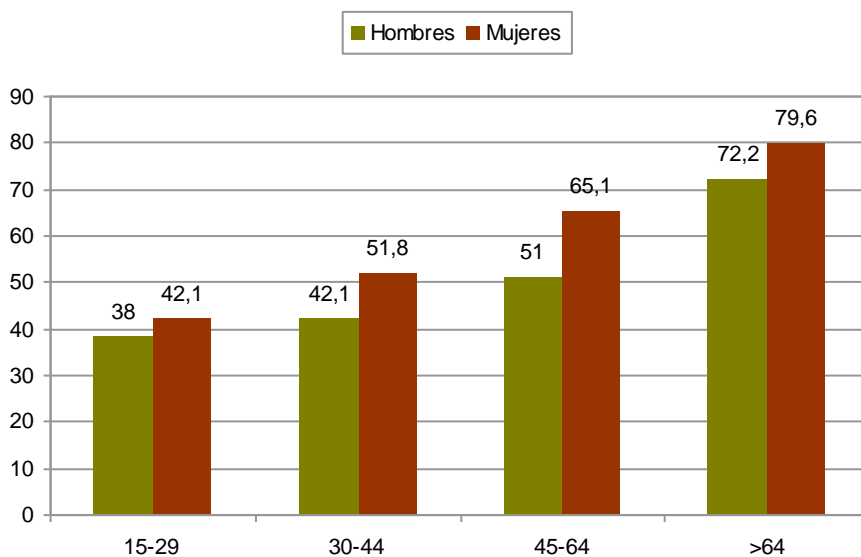


Colores verdes: tasas inferiores a la media del SNS; Color ocre: diferencias no significativas respecto a la media del SNS; Colores marrones: tasas superiores a la media del SNS

Fuente: Atlas Variaciones en la Práctica Médica del SNS.

Respecto al consumo de medicamentos cerca de 6 de cada 10 adultos afirma haber consumido medicamentos en las últimas 2 semanas. Este porcentaje aumenta con la edad y es sensiblemente superior en el caso de las mujeres. Según los datos de facturación en farmacia en el año 2012 los tres primeros subgrupos de consumo farmacéutico correspondían a inhibidores de la bomba de protones, estatinas, ansiolíticos y antidepresivos, llegando en su conjunto a cerca de cinco millones de envases anuales facturados.

Figura 10. Porcentaje de población que afirma haber consumido medicamentos en las últimas dos semanas



Fuente: Encuesta de salud para Asturias, 2012.

La terapéutica farmacológica es un componente importante de la atención a los pacientes crónicos, muchos de ellos polimedicados. Distintos estudios reflejan que alrededor de un tercio de los pacientes polimedicados presentan problemas relacionados con medicamentos, la mayoría evitables:

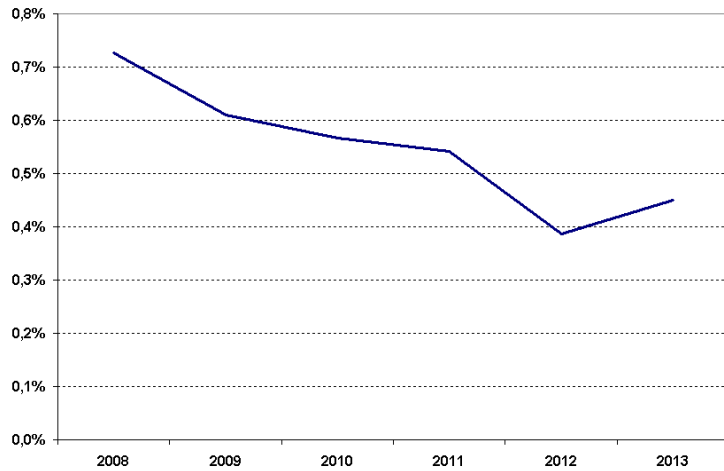
- El riesgo aumenta exponencialmente con el número de medicamentos consumidos.
- La mayoría son debidos a fármacos innecesarios o incluso contraindicados, y a las interacciones medicamentosas.

1.5. Inversión en recursos sanitarios

Las políticas de inversión en salud pública y promoción de la salud tiene un efecto directo en la salud de la población^{10 11}.

En el periodo 2008/13 el porcentaje de gasto en Salud Pública sobre el total de la Consejería de Sanidad ha caído un 40%. Este gasto representa tan sólo un 0,45% del total de gasto realizado en el año 2013.

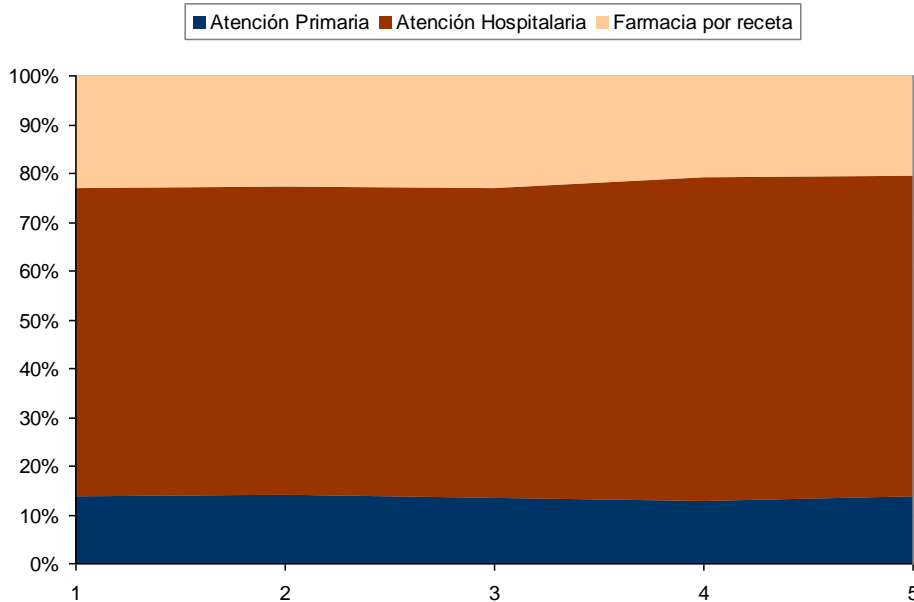
Figura 11. Evolución del gasto de Salud Pública sobre el total de la Consejería de Sanidad



Fuente: Asturcón XXI

Por lo que se refiere al volumen total de gasto en el ámbito de atención primaria, este gasto ha caído un 5% en el periodo 2008/12, mientras que la inversión en atención hospitalaria ha sufrido una disminución del 0,9%

Figura 12. Evolución de la distribución del gasto. Atención Primaria/Hospitalaria/Recetas

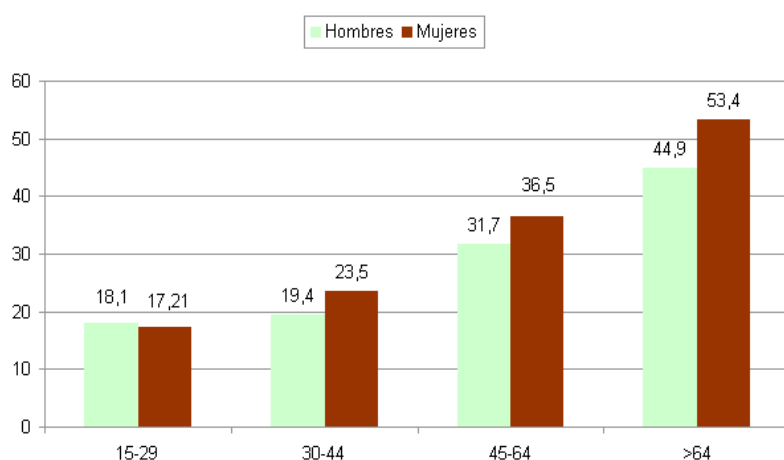


Fuente: Asturcón XXI

1.6 Análisis epidemiológico

En Asturias, según datos de la Encuesta de Salud del año 2012, el 32% de la población adulta –mayores de 15 años - manifiesta padecer algún trastorno crónico o de larga evolución. La prevalencia aumenta con la edad y en la mayor parte de las patologías es mayor en las mujeres, predominando los trastornos musculoesqueléticos, los cardiocirculatorios, la depresión y la ansiedad.

Figura 13. Morbilidad crónica autodeclarada superior a 6 meses de evolución.

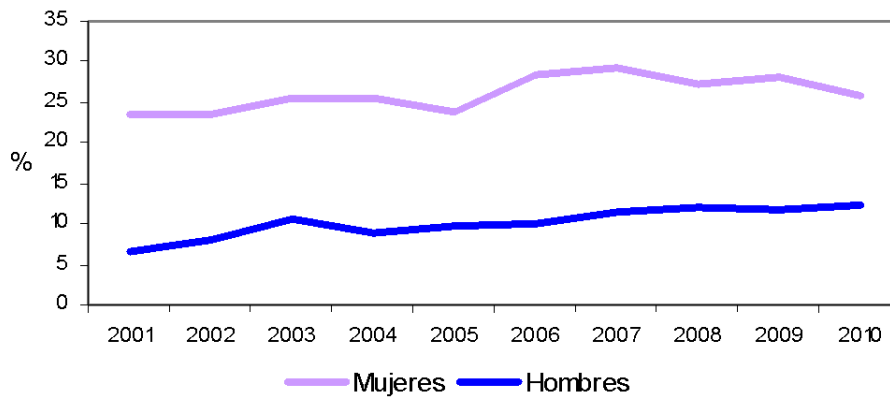


Fuente: Encuesta de salud para Asturias, 2012.

La repercusión de las enfermedades crónicas para los entornos cercanos de apoyo y cuidados y para las estructuras económicas, sociales y sanitarias de nuestra comunidad autónoma son evidentes. Asturias presenta una alta proporción de personas con discapacidad (8,5% vs 5,1% de España) ligada a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas (el 50% en Asturias está ligado a estas enfermedades) y al envejecimiento, siendo superior en mujeres.

Por otro lado, el porcentaje de mujeres mayores que viven solas es sensiblemente superior a la de los hombres. Esta situación es muy relevante en cuanto a la planificación de las necesidades de apoyos a las personas con enfermedades crónicas o limitaciones funcionales para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

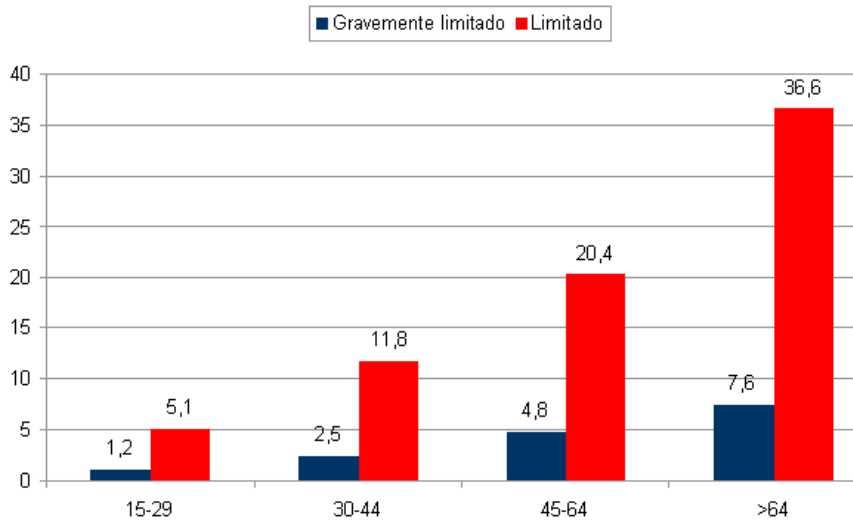
Figura 14. Mujeres y hombre de 65 y más años que viven solas en Asturias 2001-2010



Fuente: SADEI, 2013.

La restricción crónica grave de la actividad es del 4,3% y la limitada del 20% en el año 2012. Esta prevalencia se incrementa con la edad y es más elevada en el caso de las mujeres. Así mismo la proporción de dependencia es muy alta: en España cerca del 30% de las familias está afectadas por la existencia de personas con dependencia, estando muy ligada a la presencia de enfermedades crónicas.

Figura 15. Restricción crónica de la actividad.



Fuente: Encuesta de salud para Asturias, 2012.

Un fenómeno creciente en la presentación epidemiológica de las enfermedades crónicas es el hecho de la confluencia de múltiples entidades nosológicas en un mismo paciente, generando una alta proporción de usuarios de los servicios sanitarios con múltiples etiquetados diagnósticos relacionados o no con la historia natural o la

etiopatogenia de las diversas enfermedades. Pongamos por caso diabetes, cardiopatía isquémica, hipertensión esencial, hiperuricemia, asma bronquial, etc.

El fenómeno de la pluripatología y consecuentemente de la polimedicación exige un nuevo abordaje de los pacientes desde la perspectiva de su biografía individual y comunitaria más que desde la de cada una de las entidades patológicas y especialidades particulares. Un abordaje integrador y centrado en el paciente y la comunidad.

Según un estudio realizado en el Servicio de Salud Público Andaluz en el periodo que va desde el año 2000 al año 2010 el porcentaje de altas hospitalarias relacionadas con al menos una enfermedad crónica ha sufrido un incremento del 27%, pasando de 32% de las altas hospitalarias al 43%. En el caso de los pacientes pluripatológicos este incremento ha sido del 66,82%, pasando del 9,54% de las altas hospitalarias al 16,78% en el periodo de estudio.

Es conocida la repercusión asistencial de los trastornos crónicos, particularmente en sus últimos años de vida, lo que ha conllevado el establecimiento de servicios específicos para la atención paliativa que permitan la descarga del hospital y de la red de atención primaria.

2. Evolución de los niveles de organización del sistema sanitario en el Principado de Asturias para la atención a las personas con enfermedades crónicas¹²¹³

El Sistema Nacional de Salud establecido por la Ley General de Sanidad, Ley14/1986, de 25 de abril, es el conjunto de Servicios de Salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas. Esta Ley dispone que los Centros Sanitarios de la Seguridad Social queden integrados en el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en los casos en que la misma haya asumido competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social de acuerdo con su Estatuto de Autonomía. En Asturias, se compatibilizaron, de forma transitoria hasta el año 2002, dos Instituciones: el INSALUD, que gestionaba provisionalmente la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social y el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), creado por la Ley 1/1992, de 2 de julio como ente de derecho público adscrito a la Consejería de Sanidad, dedicado a la realización de las actividades sanitarias y a la gestión de los servicios sanitarios propios de la Comunidad Autónoma, así como a la preparación organizativa para la asunción de las transferencias.

La década de los 80 representó un período de notable expansión de los servicios sanitarios públicos. Durante ese período se refuerza la red hospitalaria con los Hospitales comarcales de Cangas y Jarrio, y se hace un notable esfuerzo en la implantación de las reformas de la atención primaria de salud y de la salud mental

2.1 Desarrollo del modelo de Atención Primaria

El modelo de Atención Primaria se fundamenta en los principios de integridad, interdisciplinaridad y continuidad en la atención a los ciudadanos. Nuestra Comunidad fue pionera en el proceso de reforma de la Atención Primaria con la publicación del Decreto 112/1984, de 6 de septiembre, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de Asturias, que ha sido el instrumento que ha determinado la implantación y ordenación territorial de la Atención Primaria en el conjunto del territorio asturiano. Posteriormente el Decreto 117/1989, incorporó como centro de referencia del distrito 1 del Área Sanitaria V al Hospital de Jove, vinculado a la red del INSALUD mediante concierto sustitutorio. En 1997 se puso en funcionamiento la Fundación Hospital Oriente de Asturias, que se integró como centro hospitalario de referencia para el Área VIII en el Mapa Sanitario de 2001.

Uno de los más importantes logros de la reforma sanitaria iniciada en los 80 ha sido el dotar de una amplia red de servicios de atención primaria, con una cobertura poblacional completa y muy accesible, que garantiza no sólo una equidad geográfica y poblacional, sino también socioeconómica. El mantenimiento del médico de familia como puerta de entrada al sistema contribuye a garantizar la continuidad de la asistencia y a racionalizar el uso de los recursos.

La formación especializada de médicos de familia, iniciada antes de la reforma, contribuye a crear un perfil profesional enfocado a tratar enfermos en lugar de enfermedades y, por tanto, más atento a las condiciones medioambientales y socioeconómicas de las personas y poblaciones que atienden. La concepción de trabajo en equipo multiprofesional y el desarrollo de instrumentos de garantía de la calidad en atención primaria (historia clínica, cartera de servicios, normas técnicas, etc.) han contribuido al desarrollo de una atención sistemática a los pacientes y poblaciones.

2.2 La red hospitalaria

Las características principales del proceso seguido por la Atención Hospitalaria pública en Asturias en los últimos años, son:

- La redistribución de los recursos hospitalarios: a comienzos de los años 80 la atención hospitalaria giraba casi exclusivamente en torno a los pacientes hospitalizados. Además, todos los hospitales existentes se localizaban en el área central de Asturias. Desde mediados de los 90, las ocho áreas sanitarias de Asturias tienen, al menos un hospital de referencia. El proceso de descentralización de los recursos de Atención Hospitalaria, que se inicia con la aprobación del primer Decreto del Mapa Sanitario de Asturias en 1984, supuso una mejora en el grado de accesibilidad de los servicios a la población.
- La diversificación en las modalidades de atención: se ha mejorado notablemente la cartera de servicios hospitalarios de todas las áreas sanitarias, incorporándose diferentes procedimientos de tipo diagnóstico o de tipo terapéutico. También se ha desarrollado la oferta de procedimientos de referencia como es el caso de los trasplantes. Se ha desarrollado un rápido proceso de ambulatorización de los procedimientos. Se potenciaron las consultas externas, los hospitales de día y se desarrolló la Cirugía Mayor Ambulatoria. Por último, hay un proceso de mejora de las condiciones de habitabilidad y confort en las instalaciones.
- El Decreto 71/2002, de 30 de mayo, constituye la Red Hospitalaria Pública y la Red Sanitaria de Utilización Pública, previstas en la Ley 1/1992. La última está integrada por los centros y establecimientos con financiación pública, es decir, por la Red Hospitalaria Pública y los centros privados vinculados mediante concierto, convenio u otra forma de gestión integrada o compartida con el Servicio de Salud del Principado de Asturias. El Decreto 71/2002 clasifica a los centros integrados en la Red Sanitaria de Utilización Pública en: Hospital de Área o Distrito; Hospital de Agudos Asociado; Centros de Convalecencia y Centros Privados Concertados.
- Se ha promovido, desde 1985, la creación de unidades de atención geriátrica en las áreas sanitarias centrales. Los Hospitales Monte Naranco de Oviedo, Cruz Roja Española de Gijón, Fundación Hospital de Avilés y Sanatorio Adaro de Langreo, disponen de unidades funcionales para la provisión de cuidados a pacientes geriátricos con reagudizaciones de las patologías crónicas o que precisen tratamiento de recuperación funcional.

2.3 Reforma de Salud Mental

En los años 80 se inicia, en Asturias, una Reforma de la Salud Mental que se caracteriza por:

- Dentro de la orientación de la Atención: por la desinstitucionalización de los enfermos, la atención comunitaria, el abordaje de los problemas de salud mental con un carácter interdisciplinario y multicausal (incluye el factor social), la continuidad en los cuidados, y la integración y la reinserción del enfermo mental.
- Dentro de la organización: por la superación del Hospital Psiquiátrico, la integración de la asistencia hospitalaria en los hospitales generales, la creación de estructuras intermedias para la atención, la descentralización territorial y diversificación de los servicios y unidades asistenciales, el predominio de la atención ambulatoria convirtiendo al Centro de Salud Mental en el eje central de la organización de la atención, y la creación de dispositivos y programas de reinserción.
- Dentro de la gestión: por la integración de los diferentes dispositivos en la red única de atención, y la creación de una unidad rectora, la tendencia a homogeneizar criterios de gestión, y el desarrollo de una gestión territorial en las áreas sanitarias, mediante la creación de los Coordinadores de Área.

El "Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011 - 2016" es ejemplo de estrategia de atención integral a la cronicidad marcando como prioridades el impulso de las actividades de promoción, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, abarcando en ello a la población general y a la población atendida.

La actual red de servicios de Salud Mental se configura como un conjunto de unidades asistenciales descentralizadas, que abarca a más de 45 unidades asistenciales, agrupadas en distintas tipologías, que dan cobertura a las ocho áreas sanitarias en que se divide el mapa sanitario asturiano: Centros de Salud Mental, Centros de Tratamiento Integral, Unidades de Hospitalización, Comunidades Terapéuticas, Hospital de Día, Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario, Unidades de Tratamiento de Toxicomanías, Unidades Residenciales y Alojamientos Tutelados.

2.4 Atención Sociosanitaria

La Asistencia Sociosanitaria es un subsistema asistencial que debe tener presente la heterogeneidad de las situaciones, la variabilidad de las necesidades y la flexibilidad para adoptar cambios sucesivos en la asignación de recursos y la organización de los cuidados, al incluir el conjunto de servicios que precisan las personas con limitaciones físicas, mentales o cognitivas, con un impacto suficiente para comprometer su independencia y autonomía personal y requerir, por tanto, cuidados de larga duración.

La red de Establecimientos Residenciales de Asturias (ERA), de la Consejería de Bienestar Social, constituye el instrumento más importante para la provisión de prestaciones sociales y sociosanitarias en régimen institucional y centros de día de nuestra región. La estructura de esta red se ha acomodado a la prestación de cuidados a personas mayores mediante la transformación progresiva de plazas para personas válidas a plazas para residentes con diferentes grados de dependencia. Este cambio cualitativo en la población institucionalizada está generando una demanda sanitaria en ocasiones no bien resuelta, por lo que se debe avanzar en el desarrollo de soluciones que promuevan la atención integral y no solo la generada por la demanda.

Mención especial merece la Fundación Sanatorio Adaro, que desde su constitución, en 1996, su transformación ha sido constante, intentando responder en todo momento a las necesidades de atención sanitaria y sociosanitaria que desde su área de influencia geográfica eran percibidas por la población de referencia, la Administración, los agentes sociales, otras Entidades Públicas y el propio Patronato. Se ha configurado como un Hospital de Media y Larga Estancia, geriátrico, rehabilitador, de convalecencia y cuidados paliativos, que amplía su atención ambulatoria a otros ámbitos de la Salud. La Fundación Sanatorio Adaro cuenta con una Unidad de Larga Estancia geriátrica de 91 camas, concertadas con las consejerías de Bienestar Social y Sanidad, mediante un sistema de financiación mixta, de las que 74 constituyen plazas de duración indefinida y diecisiete 17 plazas son de estancia temporal (entre 30 y 120 días).

2.5 Cuidados Paliativos

Con la puesta en marcha de la Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias en el año 2009, se trata de ubicar a los pacientes con enfermedad avanzada terminal en todos los niveles y recursos del sistema sanitario. Tratando de propiciar una mejora en la atención a estos pacientes con la puesta en marcha de medidas en cada uno de ellos. Todos los recursos asignados y las acciones planificadas tendrán una contribución escasa si no se trabaja en mejorar la coordinación entre los recursos y niveles existentes.

El lugar idóneo de atención de un paciente en situación avanzada y compleja esta en función de diversas variables (sintomatología y nivel de sufrimiento, apoyo existente, preferencias del paciente y familia). El nivel asistencial óptimo cuando el paciente está en el domicilio es la Atención Primaria, mientras que la Atención hospitalaria será responsable del paciente hospitalizado o en tratamiento activo.

A partir de la Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias se da un salto cualitativo en la atención al paciente terminal con la creación de la mayor parte de Equipos de Apoyo en Cuidados Paliativos actuales (12 equipos para el total de las Áreas Sanitarias).

La intervención de estos dispositivos específicos se basa en principios de efectividad y eficiencia, y se reserva para la atención de enfermos con mayor complejidad, promoviendo la capacidad de resolución de los recursos convencionales ya existentes.

2.6 Programas orientados hacia la enfermedad crónica

En el Principado de Asturias existen diversos programas y planes de atención para los pacientes con enfermedades crónicas. Algunos ejemplos son:

- Los "Programas de crónicos" que figuran en la cartera de servicios de Atención Primaria: Diabetes, Hipertensión Arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Hipercolesterolemia, Obesidad, etc.
- Los "Programa Clave de Atención Interdisciplinar" (PCAI), suponen un proyecto de atención homogénea y transversal a las personas con un determinado problema de salud, liderado por profesionales de diversas disciplinas que coordinan sus actividades para mejorar sus resultados en términos de calidad científico-técnica y de satisfacción para el paciente. Se centran en las enfermedades crónicas, incluyendo entre estas a los cánceres que tienen un comportamiento de enfermedad crónica, se refieren a: Ansiedad; Cáncer de mama; Cáncer colorectal; Cáncer de próstata; Cardiopatía Isquémica; Consumo de alcohol y alcoholismo; Demencia; Depresión; Diabetes; Dolor crónico musculoesquelético; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; Hipertensión Arterial e Ictus.
- Además cabe destacar que existen en Asturias numerosas iniciativas surgidas de las asociaciones de pacientes o de las de sus familiares y otras organizaciones que contribuyen a la mejora de los cuidados de los pacientes crónicos, contando en muchos casos con la implicación de profesionales sanitarios del Servicio de Salud y apoyo institucional.
- Recientemente la Consejería de Sanidad del Principado ha incorporado la metodología desarrollada en la Universidad de Stanford como modelo de trabajo para las escuelas de pacientes.

3. Modelos de referencia en estrategias de salud poblacional y de atención a población con enfermedad crónica

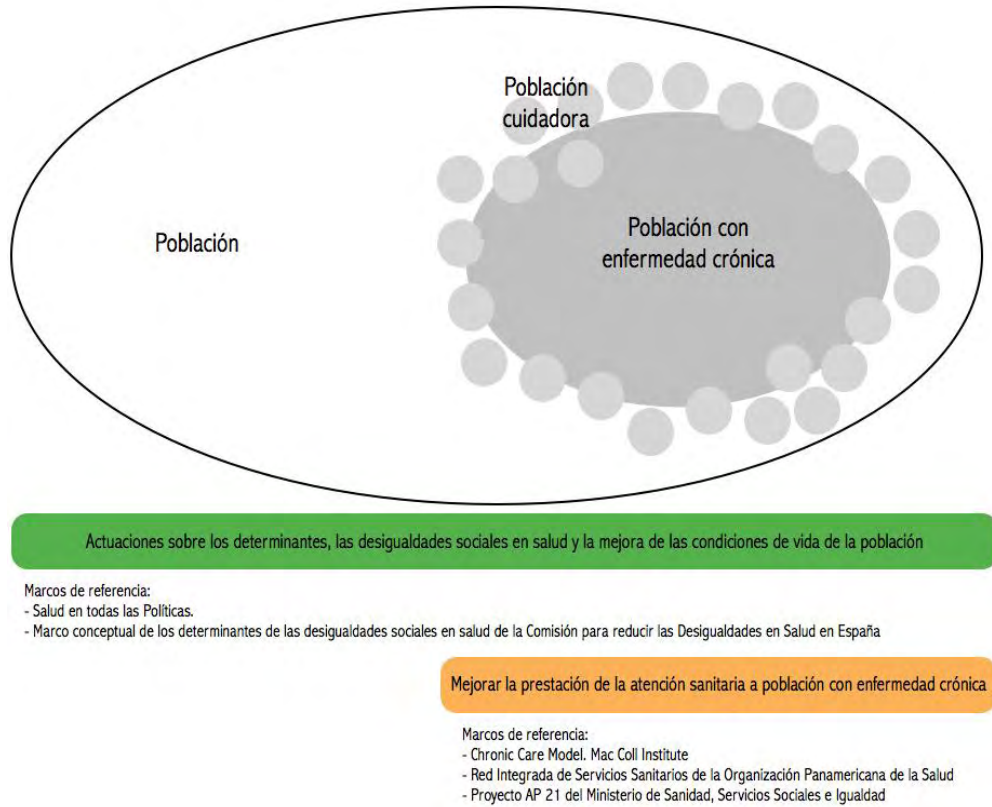
La puesta en marcha de las Estrategias de Atención a la Cronicidad en otras comunidades autónomas así como el marco de referencia del documento del Ministerio¹⁴¹⁵¹⁶ ha servido para orientar la propuesta realizada desde Asturias, pero sin perder de vista una orientación y abordaje lógico del problema desde la perspectiva y la experiencia que tenemos en nuestra Comunidad en el ámbito asistencial y con un enfoque del problema desde la salud pública¹⁷¹⁸. Así mismo, el trabajo desarrollado en nuestra comunidad autónoma en los últimos años desde el Observatorio de la Salud de la Dirección General de Salud Pública en el terreno de la monitorización de los determinantes sociales de la salud, de las actividades comunitarias y de los activos en salud, ha facilitado una mejor visión estratégica, reforzando la inclusión de proyectos relacionados con la salud en todas las políticas y la promoción de la salud.

Las premisas para el desarrollo de la Estrategia y los modelos de referencia utilizados son las siguientes:

- La población con enfermedad crónica, como se ha señalado en el apartado anterior, representa - y representará - un peso importante del conjunto de la población asturiana.
- El abordaje sanitario de la enfermedad crónica puede ser más complejo, con consumo de diferentes recursos, requerir abordajes integrados y una optimización de nuestros servicios sanitarios.
- Esta atención compleja requiere una conexión importante con otros sectores no sanitarios, fundamentalmente servicios sociales.
- El peso del cuidado de la cronicidad recae de forma significativa en el sistema sanitario pero también en el sistema de cuidados informales, representado mayoritariamente por mujeres. Muchas de las personas cuidadoras son también enfermas crónicas.
- La existencia de una sociedad más justa, con una mejora de los determinantes sociales y con una disminución de las desigualdades tendrá un impacto positivo en disminuir la aparición de nuevas enfermedades crónicas (por ejemplo la incidencia de problemas cardiovasculares) y en la calidad de vida de las ya existentes.
- Por otro lado la generación de entornos saludables (en condiciones y estilos de vida) tendrá una repercusión en la calidad de vida de las personas cuidadoras y de las personas con enfermedad crónica.

Por todo ello, podríamos resumir los marcos de referencia de la ESAPC en dos grandes bloques de modelos teóricos: en primer lugar el modelo de determinantes sociales de la salud y su impacto en las desigualdades en salud y en segundo lugar diferentes modelos de ordenación asistencial (Figura 17).

Figura 16 Personas sanas, poblaciones sanas. Marcos poblacionales y teóricos de referencia para la ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias, 2013



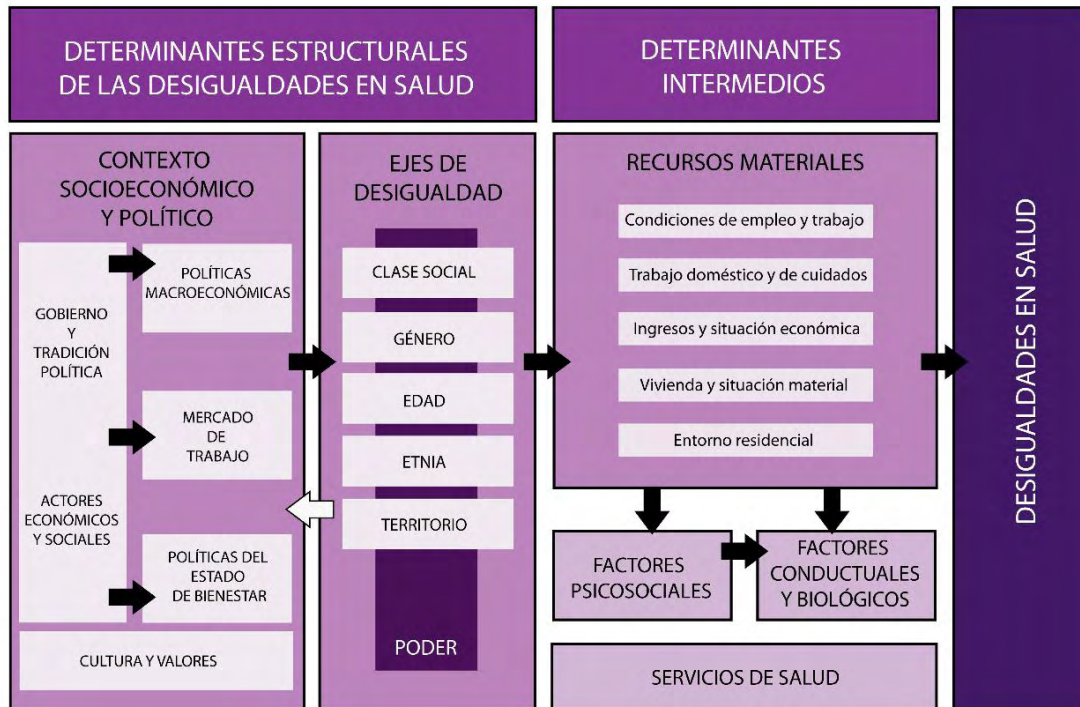
Fuente: elaboración propia

3.1 Modelo de determinantes sociales de la salud y su impacto en las desigualdades en salud.

En primer lugar planteamos como marco de referencia de la ESAPC la puesta en marcha de estrategias en base poblacional orientados a actuar sobre los determinantes sociales, las condiciones de vida y las desigualdades en salud de la población.

Los modelos teóricos utilizados han sido Salud en todas las Políticas de la OMS y el marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud de la Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España (basado en Solar e Irwin¹⁹ y Navarro²⁰). Dicha Comisión elaboró el documento Avanzando en equidad en mayo del 2010 incluyendo una serie de propuestas de políticas e intervenciones.

Figura 17 Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales basado en Solar e Irwin y Navarro^{17 18}



Fuente: Avanzando en Equidad, Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, 2010.

Para más información sobre los modelos teóricos [consultar el Anexo I](#)

3.2 Modelo Ampliado de Cuidados Crónicos, Red Integrada de Servicios Sanitarios de la OPS y el Proyecto AP 21

Centrándose en la población con enfermedad crónica y población cuidadora utilizamos como marcos teóricos aquellos centrados en mejorar las intervenciones y prestación de servicios sanitarios y sociales a población con enfermedad crónica: Chronic Care Model del Mac Coll Institute y sus adaptaciones como son el Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas de la OMS; la Red Integrada de Servicios Sanitarios de la Organización Panamericana de la Salud y el Proyecto AP 21 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

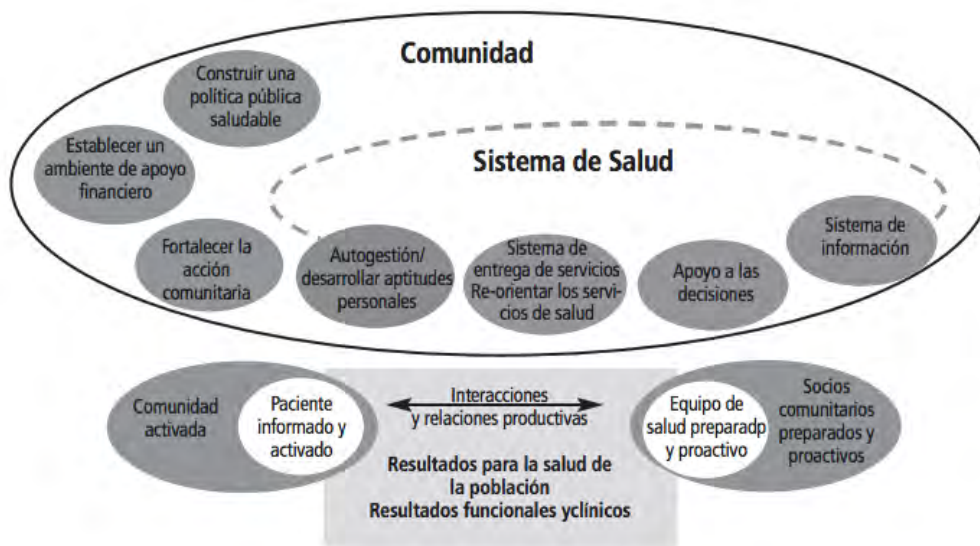
El Chronic Care Model (CCM. Modelo de Atención a la Cronicidad) es probablemente uno de los modelos más conocidos y utilizados como marcos de referencia en otras estrategias de atención a la cronicidad de nuestro contexto. Ha sido desarrollado por el MacColl Institute for Health Care Innovation en Estados Unidos y ha sido mejorado después de la creación del MacColl Center en 1998 por la Robert Wood Johnson Foundation y de la creación de un programa de implementación nacional de la iniciativa denominado "Improving Chronic Illness Care"²¹²²²³²⁴

El CCM identifica seis puntos clave que interactúan entre ellos para mejorar la atención a la población con enfermedad crónica:

- La organización del sistema de atención sanitaria.
- El estrechamiento de relaciones con la comunidad.
- El apoyo y soporte al autocuidado.
- El diseño del sistema asistencial.
- El apoyo en la toma de decisiones.
- El desarrollo de sistemas de información clínica.

Sobre la base de este modelo se desarrolló en Canadá el Modelo Ampliado de Cuidados Crónicos que mantiene los seis elementos del original y añade actividades de promoción de la salud, prestando atención especial a los determinantes sociales de la salud²⁵.

Figura 18 Modelo ampliado de cuidados crónicos.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

3.3 La Estrategia como una oportunidad en Asturias

El punto de partida para el desarrollo de la Estrategia ha sido la realización de un exhaustivo análisis de la situación. No sólo en términos epidemiológicos o de indicadores de salud, sino en términos de proceso y evaluación de las diferentes actividades que se vienen realizando desde nuestro sistema sanitario.

Desde el traspaso de competencias en materia de sanidad a la comunidad autónoma en el año 2002 se ha producido una importante proliferación de diferentes Planes, Programas y Estrategias que en ocasiones han crecido de una manera desordenada y sin un marco común de actuación.

De una forma global el análisis crítico inicial incluye los siguientes aspectos que son comunes a análisis realizados en otras comunidades autónomas:

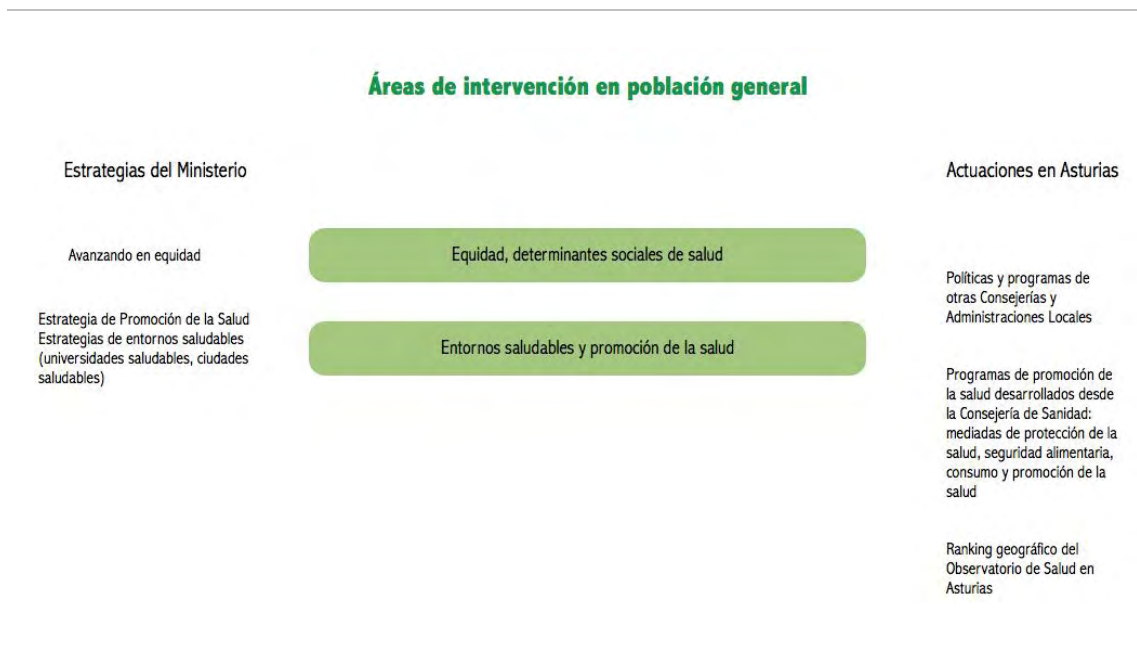
- En los últimos años se han iniciado diferentes proyectos dentro de nuestro sistema sanitario que han seguido diferente rumbo, pero sin una Estrategia definida que los englobara. Esto ha producido duplicidades, variabilidad en la implantación de los proyectos o planificación errática.
- Se ha producido una disonancia entre sistemas de información de salud poblacional, sistemas de información sanitaria y actividades desarrolladas en el sistema sanitario o despliegue de herramientas de gestión.
- La ciudadanía y los pacientes no han sido realmente empoderados y han sido muchas veces tratados como consumidores o usuarios en vez de cómo población activa con derechos y con deberes.
- Tendencia hacia estructuras hospitalocéntricas y agotamiento de los sistemas de Atención Primaria.
- Poca relación de los servicios sanitarios con otros servicios no sanitarios con una alta implicación en el mantenimiento de la salud poblacional.
- Variabilidad entre diferentes herramientas de planificación y programación (Planes, PCAIs, Programas, Estrategias, etc) tanto en su diseño y desarrollo como en su implementación.
- Poca visibilización de las buenas prácticas que sí se han ido consiguiendo en este tiempo. Nuestra comunidad tiene muchos proyectos de alta calidad y con un gran rendimiento profesional pero, salvo excepciones, no se ha conseguido generar una visibilización adecuada de los mismos y procesos que pudiera facilitar su extensión dentro del sistema.
- Necesidad de una revisión y de un refuerzo del compromiso con el sistema de los diferentes integrantes del mismo (estructuras directivas y estructuras profesionales).
- Un sistema sanitario no eficiente y con excesos de prevención y de medicalización en varias de sus prácticas.
- Un incremento de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente producido por una medicalización cada vez mayor de los problemas sanitarios y un exceso de confianza en la tecnología sanitaria.
- Inconsistente optimización de las funciones y tareas que pueden ejercer algunos profesionales dentro del sistema sanitario.

- La ausencia de mecanismos que recojan las innovaciones profesionales que propongan los propios profesionales clínicos.

3.4 La Estrategia como un elemento de ordenación

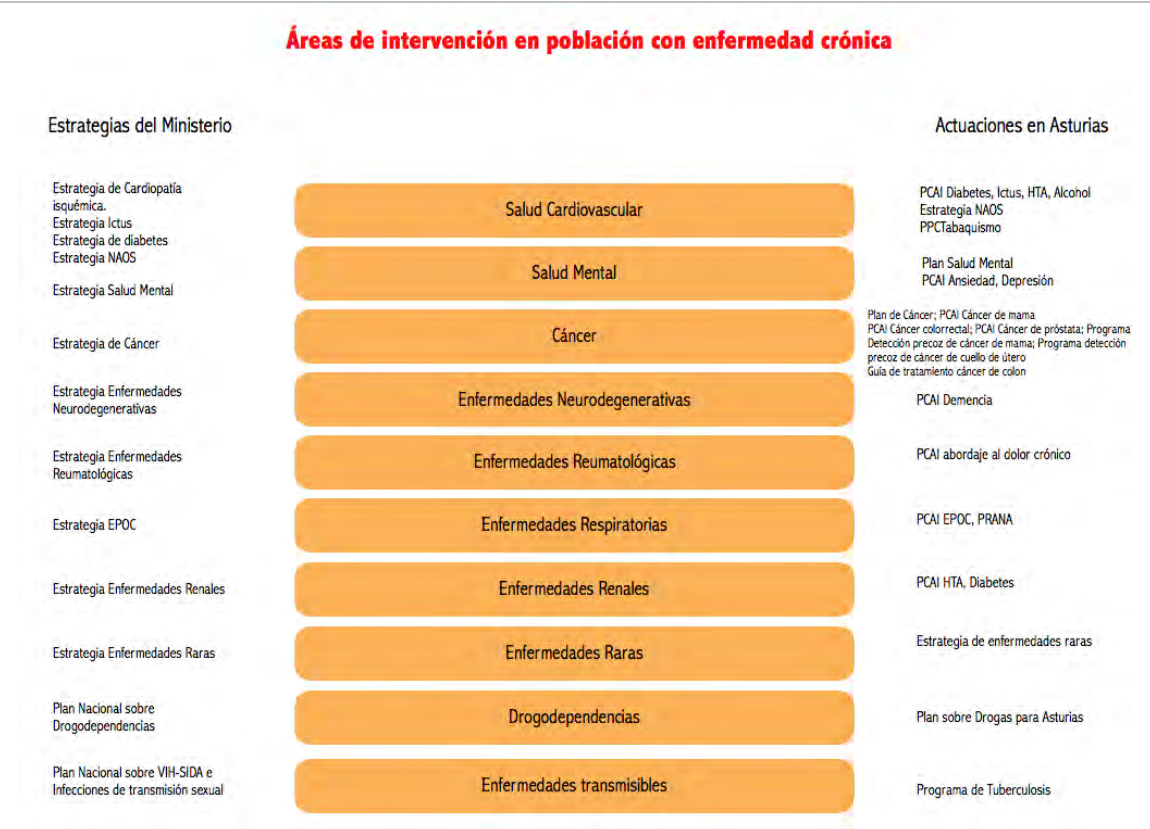
La Estrategia plantea ordenar aquellas actuaciones que se estén desarrollando en el ámbito de la salud, tanto a nivel de población general como a nivel de población con enfermedad crónica, y en este sentido, mantener una línea de coherencia con las Estrategias planteadas desde el Ministerio, así como con otras estrategias planteadas dentro de nuestra comunidad autónoma.

Figura 19 Intervenciones del Ministerio de Sanidad y de Asturias sobre población general



Fuente: elaboración propia

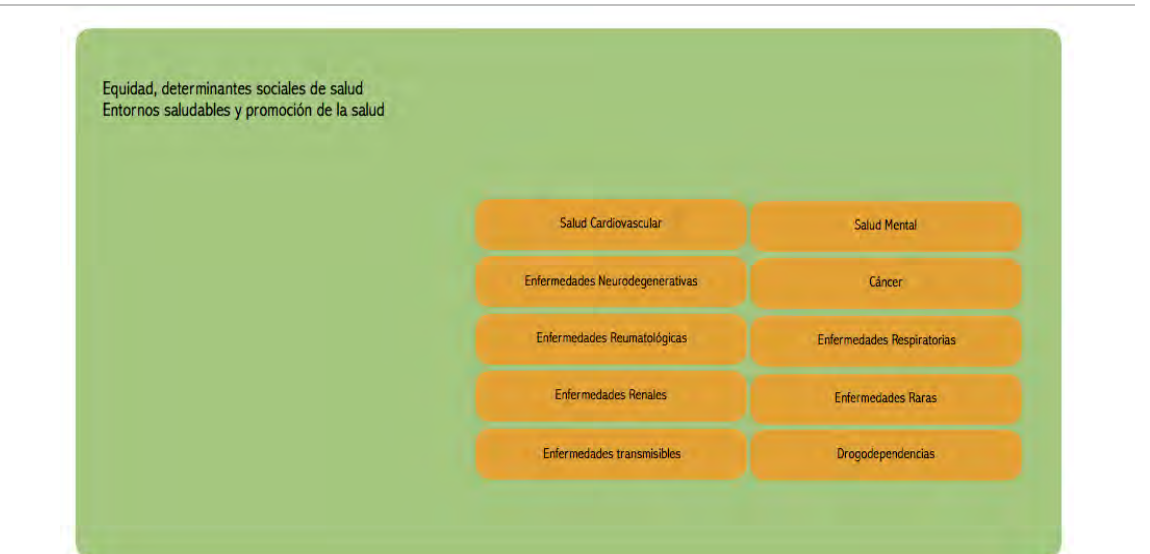
Figura 20 Intervenciones del Ministerio de Sanidad y de Asturias sobre población con enfermedad crónica



Fuente: elaboración propia

Otro de los elementos clave y de los principios rectores de la Estrategia es –como se describe más adelante- la ordenación y agrupamiento de las diferentes intervenciones, ya se realicen éstas en población general o en población con enfermedad crónica.

Figura 21 Visualización de las diferentes intervenciones según ámbito de salud/enfermedad que abordan



Fuente: elaboración propia

4. La Estrategia en Asturias

Como se señalaba anteriormente, la Estrategia propone dos acciones fundamentales: ordenar y elaborar.

La Estrategia diseñada para Asturias parte de una Visión (descripción a largo plazo de los que se pretende), una Misión (descripción a medio plazo de que lo que se pretende), unas Líneas Políticas que son las guías de actuación para alcanzar la Visión y unos Proyectos Estratégicos en los que se desplegarían las iniciativas concretas de trabajo.

4.1 Principios rectores:

- El abordaje de la atención a la población con enfermedad crónica ha de tener un enfoque poblacional.
- El punto inicial para el abordaje de la atención a la población con enfermedad crónica son las actuaciones sobre los determinantes sociales de la salud y sobre las condiciones de vida de la población con una perspectiva de desigualdades. Para este desarrollo es preciso incorporar estrategias de Salud en todas las Políticas.
- La Estrategia se centrará en la Promoción de la Salud y en una perspectiva de Salutogénesis. La Promoción de la Salud como una estrategia poblacional aplicada al conjunto de la misma y no sólo a los enfermos, orientada al desarrollo de la salud y al abordaje de sus causas sociales.
- Es necesario asegurar el protagonismo y liderazgo de Atención Primaria como eje de la atención al paciente con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.
- Es preciso desarrollar modelos de continuidad asistencial donde se incluyan aspectos de integración sociosanitaria.
- Adecuar los roles profesionales a través de la mejora de competencias profesionales
- Desarrollar iniciativas que favorezcan potenciar la autonomía y participación del paciente: empoderamiento de los/las pacientes y apoyo al autocuidado.
- Ordenar y mejorar las diferentes estrategias, planes y programas que se están desarrollando.
- La población, como ciudadanos todos y como pacientes algunos, deben tener un protagonismo relevante en participación, autonomía y responsabilidad.
- Es necesario incorporar una perspectiva de género, dado que esta estrategia redonda de una manera importante en el desarrollo de acciones específicas destinadas a mujeres, tanto en su papel mayoritario de enfermas crónicas, como de cuidadoras.
- Evitar actuaciones preventivas, diagnósticas o terapéuticas innecesarias, ineficientes y poco seguras.
- Transparencia y visibilización de la Estrategia y del desarrollo de cada uno de sus proyectos estratégicos.

4.2 Visión

Mejorar la salud de la población asturiana, sus determinantes y establecer una nueva forma de organizar la prestación de la atención sanitaria en nuestra comunidad autónoma.

4.3 Misión

Para la población: mejorar el desarrollo de espacios y entornos saludables que hagan más fácil, al mejorar las condiciones de vida, tomar decisiones saludables y estar menos expuestos a procesos de enfermedad evitables.

Para las personas afectadas de enfermedades crónicas y para quienes cuidan de ellas supondrá acceder a un sistema sanitario que les ofertará mayor atención integrada, con una mayor preocupación en términos de equidad y de evitar la variabilidad, tratando de mejorar sus resultados en salud y su calidad de vida.

La Estrategia implicará una mayor participación ciudadana y un mayor protagonismo de los pacientes en sus cuidados favoreciendo su responsabilidad y autonomía. En este sistema sanitario recibirán una atención con un alto nivel de seguridad evitando la realización de prácticas preventivas, diagnósticas o terapéuticas innecesarias

Para los/las profesionales clínicos la Estrategia tendrá que suponer una mejora en sus condiciones de trabajo facilitando que el tiempo sea dedicado a actividades con mayor valor añadido y evitando burocracias y duplicidades. Se generará un entorno con herramientas que faciliten que el profesional pueda tomar decisiones clínicas adecuadas, realizando un correcto abordaje biopsicosocial en aquellos casos que sea requerido, con soporte por otros profesionales y trabajando en un sistema comunicado entre niveles.

Para los/las profesionales no clínicos y personal directivo: el establecimiento de la Estrategia supondrá tener una hoja de ruta donde se podrá visibilizar el protagonismo que otras actividades no clínicas tienen en la salud poblacional (por ejemplo aquellas actividades desarrolladas en el ámbito extrasanitario), la importancia de la influencia sobre los determinantes sociales. Permitirá tener una hoja de ruta para evitar planificaciones erráticas y que los nuevos proyectos que se puedan ir incorporando se integren en el *paraguas* de la Estrategia y puedan ser visibilizados automáticamente por todos los integrantes de la misma.

Para otros sectores y administraciones no sanitarias: la Estrategia, por su impulso de actuaciones en el ámbito de salud en todas las políticas, servirá para poner en valor que dichos sectores tienen en la salud y bienestar de la población así como a establecer junto con organismos sanitarios aquellos espacios locales de gobernanza adecuados para implantar en el terreno la Estrategia.

4.4 Líneas políticas de la Estrategia y Proyectos Estratégicos

El despliegue de la estrategia se articula a través de 4 grandes líneas políticas que se hacen operativas a través de 19 proyectos estratégicos

Enfoque poblacional	Salud en todas las políticas	Participación y Autonomía del paciente	Continuidad asistencial y adaptación de las intervenciones
<ul style="list-style-type: none"> 1. Sistemas de Gobernanza Local en Salud 2. Observatorio de Salud en Asturias 3. Estratificación de la población 	<ul style="list-style-type: none"> 4. Desarrollo de proyectos intersectoriales 5. Desarrollo del Plan de Salud y Medio Ambiente del Principado de Asturias 6. Coordinación sociosanitaria 7. Promoción de estilos de vida saludables: alimentación, ejercicio físico, tabaco y alcohol 8. Incorporación de la perspectiva de desigualdades en los diferentes programas e intervenciones 9. Formación, Investigación e innovación 	<ul style="list-style-type: none"> 10. Participación ciudadana en Salud 11. Escuelas de Pacientes y Pacientes expertos/as 12. Atención a las personas cuidadoras 13. Instrucciones previas 	<ul style="list-style-type: none"> 14. Continuidad asistencial en pacientes crónicos complejos 15. Organización de la atención domiciliaria para la atención a pacientes crónicos. 16. Desarrollo de hospitales o dispositivos de subagudos y convalecencia 17. Fomentar iniciativas de Educación y promoción de la salud 18. Desarrollo del Plan de Salud Mental 2014-20 19. Desarrollo de tecnologías sanitarias y sistemas de información y comunicación 20. Calidad y Seguridad en la asistencia sanitaria

Línea política 1. Enfoque poblacional

El objetivo principal de esta Línea es orientar las actuaciones de salud hacia la población desde una perspectiva de déficits y activos de salud, con un modelo de determinantes sociales de la salud y con una perspectiva de equidad, mejorando el acceso a la visualización de dicha información por parte de los profesionales y la comunidad.

Proyecto estratégico 1. Sistemas de Gobernanza Local en Salud

Responsable técnico. Rafael Cofiño Fernández

Dependencia

Servicio de evaluación de la Salud, Calidad y Programas. Dirección General de Salud Pública

Objetivo

Mejorar la acción coordinada de un conjunto de organizaciones sanitarias (atención primaria, salud pública, atención hospitalaria, atención a subagudos y salud mental) y otros agentes no sanitarios (ayuntamientos, agentes sociosanitarios, tercer sector, asociaciones que trabajan en salud comunitaria, agentes locales de salud laboral) de una determinada zona geográfica que operan en el continuo de la promoción de la salud, la prevención y la asistencia sobre su población de referencia compartiendo responsabilidad sobre los determinantes y resultados en salud de dicha población, buscando eficiencias y evitando las desigualdades.

Acciones a desarrollar

- Elaboración de una nueva Ordenación de los servicios sanitarios en Asturias que sustituya la vigente de 1992. La actualización territorial y funcional de la ley 1/1992 ordenará un nuevo espacio territorial sanitario más lógico y eficiente para prestar atención sanitaria a la población asturiana.
- Actualización y dinamización de las estructuras de participación social en el territorio (Consejos de Salud de Área y Zona Básica, red de Asturias Actúa en salud, redes municipales de promoción).
- Definir e implementar Sistemas Integrados locales de Salud (Microsistemas) iniciando un pilotaje en ámbito rural y otro pilotaje en zona urbana.

Proyecto estratégico 2. Observatorio de Salud en Asturias

Responsable técnico: Rafael Cofiño Fernández

Dependencia

Servicio de evaluación de la Salud, Calidad y Programas. Dirección General de Salud Pública

Objetivo

Desarrollar una herramienta que permita visibilizar la información de salud poblacional relevante en Asturias, y las actuaciones comunitarias de los diferentes profesionales, organismos e instituciones en el territorio.

Acciones a desarrollar

- Actualización y difusión anual de indicadores de salud en el territorio.
- Actualización y difusión anual del mapa de actividades comunitarias y activos de salud “Asturias Actúa en Salud”.
- Elaboración de un procedimiento para la validación de criterios de calidad de los activos en salud identificados dentro de Asturias Actúa
- Incorporar dentro del OBSA un panel de indicadores para la monitorización de la Estrategia de Atención a la Población con Enfermedades Crónicas.
- Incorporar dentro del OBSA un panel de indicadores para la monitorización de la Estrategia de Salud Cardiovascular .
- Incorporar dentro del OBSA información relevante que permita llevar a cabo el seguimiento de resultados en Salud (mortalidad, morbilidad) y de otras estrategias de salud.
- Incorporar en los diferentes análisis de salud presentados una perspectiva de desigualdades.
- Garantizar el acceso a dicha información como un icono de acceso directo desde los monitores de asistencia en los servicios de salud de médicos, enfermeras y trabajadores sociales
- Incorporar dentro del OBSA un panel de indicadores para la monitorización de las desigualdades en salud.
- Elaboración y difusión de un boletín informativo con información del seguimiento de las estrategias de salud con información sobre diferentes líneas de información y acción en salud en nuestra comunidad autónoma.
- Realizar una sesión anual en cada Área Sanitaria, y microsistema local por el personal técnico de salud, de los principales indicadores sobre resultados y determinantes en el ámbito local y sobre las actualizaciones del mapa de actividades comunitarias.

Proyecto estratégico 3. Estratificación de la población

Responsable técnico: Roberto Saiz Fernandez

Dependencia

Servicio de Sistemas. Dirección General de Ordenación, Planificación e Innovación Sanitaria.

Objetivo

Organizar la prevención de las enfermedades crónicas y la atención a los pacientes con enfermedades crónicas de la forma más eficiente y adaptada a las necesidades concretas de cada individuo.

Acciones a desarrollar

- Ensayar un modelo adaptado de estratificación que proporcione información de tipo poblacional utilizando como referencia la pirámide de "Kaiser ampliada", para un conjunto de patologías de alta prevalencia, de importancia en términos de salud-enfermedad, evitando un hiperetiquetado medicalizador de la población y que incluya la perspectiva de los determinantes sociales.
- Desarrollar protocolos de actuación específicos basados en los resultados de la estratificación de la población para pacientes crónicos complejos que requieren una gestión de caso individualizada o la intervención sociosanitaria.
- Evaluar el resultado de la aplicación del modelo y extenderlo, si procede, de forma progresiva.

Línea política 2. Salud en todas las Políticas

El objetivo principal de esta Línea política es facilitar el desarrollo de actuaciones en Salud en todas las Políticas, desde una perspectiva de Promoción de la Salud y con el enfoque de desigualdades en las diferentes actuaciones.

Proyecto estratégico 4. Desarrollo de proyectos intersectoriales

Responsable técnico: Francisco M. Suárez García

Dependencia

Servicio de evaluación de la Salud, Calidad y Programas. Dirección General de Salud Pública

Objetivo

Establecer un marco de coordinación entre diferentes departamentos de la administración pública que permita desarrollar acciones relacionadas con la salud en todas las políticas con un enfoque de determinantes de la salud y desigualdades.

Acciones a desarrollar

- Desarrollo e implantación de la Ponencia de Salud y Medio Ambiente del Observatorio de sostenibilidad en el seno del Plan de Salud y Medio Ambiente.
- Creación de una comisión intersectorial para la coordinación sociosanitaria integrada por responsables de la Consejería de Sanidad, Consejería de Bienestar Social y Vivienda, Organismo Autónomo ERA y Servicio de Salud del Principado de Asturias. Con la finalidad de evaluar y seguir el Plan de coordinación interdepartamental
- Impulsar el desarrollo de modelos de municipios saludables y Agenda 21 de los municipios en colaboración con la información poblacional del Observatorio, la Estrategia de Promoción de la Salud y los ayuntamientos.
- Fortalecer la Coordinación entre el sistema sanitario y el educativo en la Educación para la Salud y la cooperación asistencial con objeto de promover hábitos de vida saludables y atención a la discapacidad a través de un acuerdo interinstitucional.
- Desarrollo e Implantación del Plan de Control de la Cadena Alimentaria del Principado de Asturias(Consejería de Sanidad y la Consejería de Agroganadería y Recursos Autóctonos)

Proyecto estratégico 5. Desarrollo del Plan de Salud y Medio Ambiente del Principado de Asturias

Responsable técnico: Valentín Rodríguez Suárez

Dependencia

Servicio de evaluación de la Salud, Calidad y Programas. Dirección General de Salud Pública

Objetivo

El Plan de Acción de Salud y Medio Ambiente del Principado de Asturias (PASYMA) es un proyecto coordinado por la Consejería de Sanidad cuya meta es proteger la salud de los ciudadanos en el contexto de un desarrollo sostenible, para lo cual es preciso identificar las condiciones ambientales y los potenciales riesgos para la salud y trabajar intersectorialmente con los departamentos de la administración regional que tengan relación -directa o indirecta- con los diferentes determinantes ambientales y/o de salud.

Acciones a desarrollar

- Realizar un diagnóstico de situación sobre salud y medio ambiente en Asturias.
- Formar un grupo de trabajo intersectorial estable, activo y cualificado para revisar y analizar los diferentes riesgos ambientales y su repercusión en la salud, con capacidad de hacer propuestas de mejora.
- Adaptar los registros y sistemas de información sanitarios (SIS) para que puedan ser relacionados con riesgos ambientales: geocodificación de SIS.
- Identificar patologías relacionadas con el medio ambiente que puedan ser objeto de seguimiento o monitorización, con el objetivo de que actúen como alertas de situaciones de riesgo indeseadas o mal controladas: vigilancia epidemiológica de ciertas enfermedades.
- Impulsar estudios e investigaciones sobre riesgos ambientales y salud, fundamentalmente de la Universidad de Oviedo.
- Impulsar la implantación de la metodología de Evaluación de Impacto en Salud (EIS) como herramienta para actuar en el marco de la Salud en Todas las Políticas (STP), con el compromiso de la administración sanitaria, medio ambiental, agroganadería
- Planificar conjuntamente con la administración competente en materia de medio ambiente, la comunicación y gestión de los riesgos ambientales cuando afectan a la salud de la población: coordinación de la información presentada en el portal de salud (Astursalud) y en el Observatorio de la Sostenibilidad (Osasturias) del Principado de Asturias, y elaboración de material informativo sobre los riesgos medioambientales que más preocupan a la población.
- Elaborar un mapa de riesgos de las industrias más contaminantes en Asturias para poder realizar un seguimiento de las emisiones e inmisiones de las mismas en relación con la salud de las poblaciones circundantes.
- Analizar la factibilidad de realizar biomonitorización de algunas sustancias nocivas presentes en el organismo en una muestra de la población, como indicador de la carga corporal de sustancias tóxicas persistentes en la población asturiana.

Proyecto estratégico 6. Coordinación sociosanitaria

Responsable técnico: Francisco M. Suárez

Dependencia

Servicio de evaluación de la Salud, Calidad y Programas. Dirección General de Salud Pública

Objetivo

Facilitar a las personas el mayor grado posible de autonomía e independencia en las actividades de la vida diaria y, al mismo tiempo proporcionar una atención de calidad a las necesidades de apoyo sociosanitario que presentan.

Acciones a desarrollar

- Creación e implementación de estructuras de coordinación sociosanitaria que faciliten intervenir de forma coordinada en aquellas situaciones que requieran acciones de ambos sistemas, garantizando que cada usuario esté en el recurso más adecuado para su situación personal y familiar.
- Identificar y documentar los roles de las trabajadoras sociales en el ámbito sociosanitario.
- Coordinación de la asistencia institucional a mayores dependientes: mediante la creación de unidades de valoración geriátrica en el ERA, de Unidades de Convalecencia y cuidados continuados en las residencias públicas.
- Establecer en los procesos concretos de atención a pacientes crónicos las actividades correspondientes a los servicios sociales.
- Desarrollar instrumentos que permitan identificar precozmente las situaciones de pérdida de independencia, de autonomía y de calidad de vida.
- Unificar la puerta de entrada, mediante la configuración del proceso asistencial, para los servicios a prestar a los pacientes crónicos con discapacidad, incluyendo el apoyo a las familias.
- Coordinación de los EAP con los apoyos sanitarios específicos de que dispongan los establecimientos residenciales.
- Establecer cauces de comunicación entre los EAP y las residencias de personas mayores mediante la implantación del programa OMI-AP en las residencias pertenecientes al ERA.
- Protocolizar la atención por parte de Salud Mental de los pacientes que viven en residencias del ERA, de tal forma que existan canales de comunicación que permitan la actuación ágil y precoz ante posibles agudizaciones.
- Implantación del Programa de Atención a la Salud Oral de discapacitados psíquicos con una Unidad Especial en el Hospital Monte Naranco.

Proyecto estratégico 7. Promoción de estilos de vida saludables: alimentación, ejercicio físico, tabaco y alcohol

Responsable técnico: José Ramón Hevia

Dependencia

Servicio de Promoción de la Salud y Participación Comunitaria. Dirección General de Salud Pública

Objetivo

Contribuir a mejorar la protección de la salud y la promoción de estilos de vida más saludables

Acciones a desarrollar

- Promover la educación alimentaria, ambiental y la realización de ejercicio físico.
- Análisis, mejora y evaluación de menús escolares dentro de la Estrategia NAOS
- Realización de actividades formativas con Ayuntamientos, Comunidades, Familias, Escolares, etc.
- Evaluación del Programa de Control y Prevención del Tabaquismo 2009/12 y propuesta de nuevas acciones.
- Desarrollo reglamentario de la Ley del Principado de Asturias de Atención Integral en materia de Drogas
- Fomentar la realización de actividades de EpS dentro del ámbito educativo para la prevención del consumo de sustancias tóxicas

Proyecto estratégico 8. Incorporación de la perspectiva de desigualdades en los diferentes programas e intervenciones.

Responsable técnico: Oscar Suárez Álvarez

Dependencia

Servicio de evaluación de la Salud, Calidad y Programas. Dirección General de Salud Pública

Objetivo

Incorporar la perspectiva de desigualdades en las diferentes evaluaciones de los programas desarrollados en el marco de la Estrategia

Acciones a desarrollar

- Diseño y adaptación de una herramienta de evaluación desde la perspectiva de de desigualdades en salud.
- Incorporar la herramienta a la sistemática de evaluación de todos los proyectos e intervenciones que se desarrollen bajo el marco de la Estrategia.
- Proponer, en base a dicha evaluación, intervenciones que modifiquen y tengan en cuenta los ejes de desigualdad.

Proyecto estratégico 9. Formación, Investigación e innovación

Responsable técnico: Jesús Vicente García González

Dependencia:

Servicio de Investigación y Gestión del Conocimiento. Dirección General de Planificación, Ordenación e Innovación Sanitaria.

Objetivo

Impulsar acciones de formación e investigación que fomenten el desarrollo de la calidad y eficiencia en el abordaje de la atención a personas con enfermedades crónicas

Acciones a desarrollar

- Establecer una línea de acción prioritaria para la realización de cursos formación dirigidos a profesionales con interés en el abordaje de las patologías crónicas.
- Constituir el grupo de investigación sobre cronicidad.
- Impulsar plataformas de difundir de proyectos que sean considerados como “buenas prácticas”.

Línea política 3 Participación de la Comunidad, del Ciudadano/a y Autonomía del paciente

El objetivo principal de esta Línea política es establecer un marco de actuación que permita el desarrollo de mecanismos de participación de la comunidad y la ciudadanía en la atención a pacientes crónicos.

Proyecto estratégico 10. Participación ciudadana en Salud

Responsable técnico: José Feliciano Tato Budiño

Dependencia

Servicio de Promoción de la Salud y Participación Comunitaria. Dirección General de Salud Pública

Objetivo

Impulsar la participación de la comunidad en los diferentes ámbitos y sectores relacionados con la salud de la comunidad para la formulación y evaluación de las políticas públicas de salud potenciando su capacidad para definir y abordar sus demandas y necesidades de salud.

Acciones a desarrollar

- Promover la participación ciudadana en salud a través de la realización de actividades de sensibilización a la población general y a colectivos específicos con objeto de fomentar la autonomía de las personas en la gestión de su salud.
- Impulsar los actuales Consejos de Salud de Área, de Zona y Municipales.
- Articular acciones de salud con las organizaciones del tercer sector, particularmente las asociaciones de enfermos crónicos
- Promover la formación específica sobre participación comunitaria en el marco de la formación continuada de los profesionales.
- Realizar actividades formativas en el ámbito asociativo y municipal (talleres, encuentros, cursos..)
- Elaborar guías metodológicas y materiales para realizar actividades comunitarias en salud.
- Diseñar estrategias de difusión del conocimiento para la participación (mapeos de recursos, blogs, transmisión informal...).

Proyecto estratégico 11. Escuelas de Pacientes y Pacientes expertos/as

Responsable técnico: Marta Pisano González¹, Marta González Sánchez²

Dependencia

¹Servicio de Promoción de la Salud y Participación Comunitaria. Dirección General de Salud Pública

²Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados. Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios. SESPA

Objetivo

Mejorar la calidad de vida de personas afectadas por patologías crónicas a través de mecanismos de apoyo y formación entre iguales que faciliten una mayor autonomía del paciente y sus familias, y mayor efectividad en los cuidados.

Acciones a desarrollar

- Identificar dentro del sistema sanitario pacientes expertos en las patologías más prevalentes.
- Desarrollar acciones formativas dirigidas a pacientes y profesionales a través de pacientes expertos
- Establecer mecanismos que faciliten la relación de las personas con enfermedades crónicas con los servicios sanitarios y resto de organismos
- Producir información accesible para el afrontamiento de la enfermedad
- Cooperar con las asociaciones de pacientes en la educación grupal a pacientes y cuidadores en relación con los programas de atención a crónicos específicos.

Proyecto estratégico 12. Atención a las personas cuidadoras

Responsable técnico: Marta González Sánchez

Dependencia

Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados. Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios. SESPA

Objetivo

Contribuir al desarrollo personal, satisfacción y bienestar de las personas cuidadoras en la experiencia del cuidado.

Acciones a desarrollar

- Formar a profesionales sanitarios en la utilización de la Guía de Atención a las Personas Cuidadoras
- Desarrollar talleres grupales a personas cuidadoras en cada zona básica
- Evaluar los talleres e informar a profesionales los resultados obtenidos
- Implantación de acciones de difusión, visibilización de la problemática que afecta a la población cuidadora, formada fundamentalmente por mujeres, y fomento de la corresponsabilidad familiar del cuidado, entre las y los profesionales sanitarios.

Proyecto estratégico 13. Instrucciones previas (testamento vital)

Responsable técnico: Sergio Gallego Riestra

Dependencia

Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios. Dirección General de Ordenación, Planificación e Innovación Sanitaria.

Objetivo

Facilitar información a los ciudadanos para que puedan manifestar anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos.

Acciones a desarrollar

- Normalizar un procedimiento de actuación que permita informar de forma proactiva a los pacientes a través de los diferentes dispositivos tanto del ámbito sanitario, social y asociativo.
- Desarrollar una campaña de información proactiva sobre el testamento vital en pacientes crónicos complejos.

Línea política 4: Continuidad asistencial y Adaptación de las intervenciones sanitarias

El objetivo principal de esta Línea política es normalizar los procesos de atención a los pacientes con enfermedades crónicas facilitando la continuidad de sus cuidados y la adaptación de las intervenciones sanitarias que se lleven a cabo.

Proyecto estratégico 14. Continuidad asistencial en pacientes crónicos complejos

Responsable técnico: Elvira Muslera Canclini

Dependencia

Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados. Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios. SESPA

Objetivo

Garantizar la atención integral, segura y eficiente a pacientes crónicos, en especial, aquellos de mayor complejidad y/o pluripatología, en el ámbito más adecuado y por los profesionales que mejor pueden dar respuesta a sus necesidades

Acciones a desarrollar

- Diseñar circuitos asistenciales para pacientes crónicos complejos.
- Implementar sistemas organizativos que permitan consultas y revisiones presenciales y no presenciales coordinadas entre profesionales de AP y especialistas.
- Revisar el protocolo de actuación al paciente polimedicado, centralizando en el equipo de Atención Primaria el control de la medicación.
- Mejorar la atención farmacéutica en las residencias de ancianos.
- Protocolizar la valoración geriátrica para el manejo de pacientes crónicos complejos que acuden a las urgencias hospitalarias.
- Establecer protocolos de continuidad asistencial entre Atención Primaria y Salud Mental en el manejo de problemas de conducta, en los trastornos de adaptación a las enfermedades crónicas y en el seguimiento de los problemas somáticos de paciente con trastorno mental severo.
- Desarrollar la gestión de la continuidad de cuidados a través de las figuras de Enfermería de Continuidad de Cuidados de cada área sanitaria.
- Implementar estrategias de planificación de ingresos y altas hospitalarias.
- Definir protocolos de coordinación con los hospitales de subagudos o media estancia.
- Establecer protocolos de coordinación para la atención continuada de 24 horas entre todos los dispositivos implicados, especialmente para pacientes paliativos y crónicos complejos.
- Establecer reuniones de coordinación entre el equipo de atención primaria y las unidades de apoyo, como por ejemplo fisioterapeutas y trabajadoras sociales.
- Implantar el cribado de retinografía diabética en AP en todas las áreas sanitarias.

Proyecto estratégico 15. Organización de la atención domiciliaria para la atención a pacientes crónicos.

Responsable técnico: Emilia Fernández Álvarez

Dependencia

Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados. Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios. SESPA

Objetivo

Reorientar la atención domiciliaria para mejorar el mantenimiento de las personas en su entorno

Acciones a desarrollar

- Organizar la atención domiciliaria planificada de enfermería y medicina de Atención Primaria.
- Revisar los protocolos de atención domiciliaria de cada uno de los dispositivos asistenciales implicados equipos de paliativos, equipos de hospitalización a domicilio, Salud Mental, servicios sociales, equipos de rehabilitación, fisioterapia y SAMU. Y establecer mecanismos de coordinación.
- Pilotar e Implementar programas de Teleasistencia y Sistemas de monitorización domiciliaria.

Proyecto estratégico 16. Desarrollo de hospitales o dispositivos de subagudos y convalecencia

Responsable técnico: Emilia Fernández Álvarez

Dependencia

Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados. Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios. SESPA

Objetivo

Contribuir a la atención integral del paciente crónico en dispositivos consolidados en una nivel intermedio de asistencia entre la atención primaria y la atención hospitalaria.

Acciones a desarrollar

- Incluir a los hospitales de subagudos en los programas concretos de atención integral a los pacientes crónicos, definiendo claramente las actividades que realizarán dentro del proceso de atención a pacientes institucionalizados y domiciliarios
- Extender la cartera de servicios de los Hospitales de subagudos al ámbito comunitario: hospitalización a domicilio, potenciación de la rehabilitación, formación de personal sanitario y de pacientes y cuidadores informales.

Proyecto estratégico 17. Fomentar iniciativas de Educación y promoción de la salud

Responsable técnico: Marta González Sánchez

Dependencia

Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados. Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios. SESPA

Objetivo

Fortalecer las habilidades individuales y comunitarias con información y educación, para aumentar la capacidad de control sobre su salud.

Acciones a desarrollar

- Elaborar un listado conjunto con todas las recomendaciones de promoción y educación para la salud incluidas en los diferentes PCAIs y realizar un modelo metodológico común para la EPS.
- Integrar las actividades de Promoción de la Salud, Educación para la Salud y Actividades Comunitarias en salud en los sistemas de información de Atención Primaria y del hospital.
- Homogeneizar la cartera de servicios de AP incorporando las actividades de educación grupal en todas las Zonas Básicas de Salud (tabaco, alcohol, personas cuidadoras, diabetes, obesidad y ejercicio físico)
- Asegurar la disponibilidad de recursos necesarios (materiales, humanos y tecnológicos) para que la Atención Primaria identifique y sea capaz de prescribir actividades comunitarias y activos de salud en su entorno de referencia.

Proyecto estratégico 18. Desarrollo del Plan de Salud Mental 2014-20

Responsable técnico: Susana García Tardón

Dependencia: Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental

Objetivo

Mejorar la atención a la salud mental en el Principado de Asturias a través de la implantación de un plan de trabajo para el periodo 2014/20

Acciones a desarrollar

- Establecer mecanismos de coordinación asistencial con Atención Primaria, Atención Hospitalaria y otros dispositivos intermedios.
- Definir el programa de prevención y promoción de la salud mental desde un enfoque poblacional
- Mejorar la red de alojamientos sociales para las personas atendidas en los diferentes dispositivos de la red de salud mental
- Desarrollar protocolos de actuación dentro del marco de atención a la salud mental infantil

Proyecto estratégico 19. Desarrollo de tecnologías sanitarias y sistemas de información y comunicación

Responsable técnico: José María Alonso Fernández

Dependencia

Servicio de Sistemas. Dirección General de Ordenación, Planificación e Innovación Sanitaria.

Objetivo

Mejorar en la calidad del seguimiento y tratamiento a los pacientes crónicos.

Acciones a desarrollar

- Implantar en todo el ámbito del Servicio de Salud del Principado de Asturias la Historia Clínica Electrónica Integrada.
- Extender en todo el ámbito del Servicio de Salud del Principado de Asturias la Receta Electrónica.
- Desarrollo de un sistema de información centralizado de Farmacia (REBOTICA).
- Implantar una comunidad virtual a través de plataforma Web como herramienta de comunicación entre pacientes y profesionales.
- Difusión de los sistemas de información normalizados para el seguimiento de la actividad asistencial (SIAP, ASIS)

Proyecto estratégico 20. Calidad y Seguridad en la asistencia sanitaria

Responsable técnico: Manuel Valledor Méndez¹, Carlos Díaz Vázquez²

Dependencia:

¹Servicio de Sistemas. Dirección General de Ordenación, Planificación e Innovación Sanitaria.

²Servicio de Calidad y Gestión Clínica. Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios. SESPA

Objetivo

Mantener y mejorar la calidad y seguridad del paciente con especial atención al paciente crónico y orientado a ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente en la red sanitaria del Principado de Asturias.

Acciones a desarrollar

- Disminuir la incidencia de iatrogenia a través de la puesta en marcha de programas informativos destinados los pacientes en riesgo de sobretreatmento, para protegerlos de nuevas intervenciones médicas y para sugerirles alternativas éticamente aceptables
- Impulsar la implantación de las recomendaciones basadas en la evidencia, genéricamente denominadas “no hacer”, impulsadas por distintas sociedades científicas nacionales y basadas en experiencias internacionales como el “ChoosingWisely” en EEUU y el NICE en Reino Unido.
- Promover que las áreas sanitarias establezcan su propio plan de seguridad del paciente en el marco de las líneas establecidas corporativamente.
- Fomentar la creación y desarrollo de unidades de gestión de riesgos en las áreas sanitarias.
- Implantar las metas internacionales de seguridad del paciente en atención primaria y atención hospitalaria.
- Implementar un sistema de notificación de incidentes relacionados con la atención sanitaria SINAPS.
- Fomentar acciones y participar en los proyectos existentes para la prevención de la infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS) y la transmisión de microorganismos multirresistentes tanto en atención primaria como en hospitalización.
- Desarrollar planes de cuidados personalizados que incluyan al menos: prevención de caídas, prevención de úlceras por presión, seguridad en las inmovilizaciones terapéuticas, prevención de la malnutrición y deshidratación, prevención de la broncoaspiración, identificación y asistencia al paciente frágil, abordaje integral del dolor, prevención del riesgo de suicidio, prevención de fugas, raptos y abandonos en el ámbito hospitalario, prevención de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar, prevención de las hemorragias.
- Estimular la participación de los pacientes y de la familia en actividades relacionadas con la seguridad de pacientes.

4.5 Coherencia de la Estrategia

La Estrategia plantea mantener una coherencia entre los marcos teóricos referenciados, las actuaciones entre los sectores de la población y el equilibrio entre las actuaciones promotoras de la salud – en verde en las figuras- y aquellas centradas expresamente en población con enfermedad crónica – en naranja.

Figura 22. Visualización de las líneas políticas de actuación



Fuente: elaboración propia

5. Despliegue de Personas Sanas, Poblaciones Sanas. Despliegue de la Estrategia de Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias

Uno de los elementos claves que garantizarán el éxito de las Estrategias de Salud y específicamente de la Estrategia de Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias es su correcto despliegue en el territorio y su impacto real sobre los dos objetivos generales presentados: mejorar la salud de la población asturiana y sus determinantes y ser una nueva forma de organizar la prestación de la atención sanitaria.

Ya se ha señalado a lo largo del documento y en el apartado sobre el contexto histórico, que en Asturias partimos de un proceso de trabajo de varios años. Esta trayectoria está llena de aprendizajes y oportunidades siendo el momento actual, por el contexto de análisis señalado, un momento decisivo para la ordenación de actuaciones en escenarios locales.

Dentro de los marcos teóricos señalados como guía en Personas Sanas, Poblaciones Sanas está el Modelo ampliado de Cuidados Crónicos de la OMS y el modelo de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) de la OPS. La conexión de ambos modelos proporciona herramientas interesantes para esta implementación. En particular, para el despliegue de la Estrategia, existe una serie de elementos clave como son:

- Sistemas de gobernanza únicos para toda la red.
- Participación social amplia.
- Participación profesional
- Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.
- Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.
- Sistemas de información.
- Gestión basada en resultados y mejora continua de calidad.

De forma concreta y siguiendo la trayectoria de experiencias de otros lugares - Escocia, Irlanda del Norte, Dinamarca, País Vasco ²⁶ - de recomendaciones de agencias internacionales para el trabajo intersectorial con una perspectiva de salud pública (King's Fund, 2014²⁷) y partiendo de las diferentes estructuras disponibles en Asturias a nivel macro, meso y micro, se plantea la conceptualización del despliegue local a través de sistemas locales integrados de salud que denominaremos Sistemas de Gobernanza Local de Salud.

¿Por qué trabajar con Sistemas de Gobernanza Local de Salud?

Los presupuestos para trabajar con esta orientación son los siguientes:

1. Perspectiva poblacional. Como ya se señala en la primera de las líneas políticas es necesario orientar las actuaciones en un espacio definido de tiempo y espacio.
2. Planificación integrada. Es necesario concretar en dicho espacio local las conexiones entre todos los agentes sanitarios, sociales o comunitarios relevantes para la salud poblacional y definir, para todos ellos, objetivos de salud comunes. Se conseguirá de esta forma la alianza entre sistema sanitario, salud pública y salud comunitaria en el territorio.
3. Intervenciones integradas. Aportar a la población cuidados planificados, definiendo de forma conjunta sus rutas asistenciales, incluyendo la atención social en estos procesos.
4. Evaluaciones integradas. Las evaluaciones han de servir para definir objetivos relevantes de salud y para mejorar las intervenciones que se desarrollen.

¿Con qué herramientas se desarrollarán los Sistemas de Gobernanza Local de Salud?

Las herramientas con las que se cuenta o que se desarrollarán para poner en marcha Sistemas de Gobernanza Local en Salud son los siguientes:

1. A nivel de la macrogestión, la elaboración de una nueva Ordenación de los servicios sanitarios en Asturias que sustituya la vigente de 1992. La actualización territorial y funcional de la ley 1/1992 ordenará un nuevo espacio territorial sanitario más lógico y eficiente para prestar atención sanitaria a la población asturiana. El impacto de esta ordenación se ha de apreciar en términos de mejora de la eficiencia en dos grandes capítulos: la adecuación poblacional de las áreas sanitarias y el desarrollo del trabajo en red de los hospitales de distinto nivel.
Para dar continuidad al desarrollo de las Estrategias de Salud y de la Estrategia de Atención a Población con Enfermedad Crónica en Asturias, operativizando los niveles de planificación, ejecución y evaluación entre los servicios centrales de las Consejería de Sanidad y el SESPAs se establecerá una estructura de seguimiento sobre la base de la configuración de la estructura del Grupo Nuclear (ver apartado 6 sobre la Implantación, seguimiento y evaluación de la Estrategia).
2. A nivel de la meso-gestión, el Decreto 14/2014, de 28 de enero, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio de Salud del Principado de Asturias²⁸ y con el papel relevante de dos Direcciones que funcionan a nivel de área sanitaria: la Dirección de Atención Sanitaria y Salud Pública como órgano responsable de la planificación, dirección y control de las actividades asistenciales y de salud pública, constituyendo su función la coordinación entre

los recursos asistenciales del área sanitaria y los asignados a Salud Pública y la Dirección de Gestión de Cuidados y Enfermería con sus funciones en la organización del personal de enfermería del Área Sanitaria, el impulso y coordinación de la implantación de la estrategia de cuidados en el Área Sanitaria, la planificación, organización, seguimiento y evaluación de las actividades en materia de cuidados de enfermería y el diseño e implantación de actuaciones en materia de continuidad de la atención.

La estructura organizativa de Gerencia y direcciones de Área posibilita así un enfoque netamente poblacional, pues las funciones de estas estructuras directivas van dirigidas a la planificación, organización, gestión y evaluación de los programas que recibe la población, y del conjunto de dispositivos y niveles de atención.

3. A nivel micro, el desarrollo del Decreto 66/2009, de 14 de julio, por el que se regula la estructura y funcionamiento de las áreas y unidades de gestión clínica del Servicio de Salud del Principado de Asturias²⁹, permite el desarrollo de iniciativas de gestión a través de las Áreas de Gestión Clínica y su relación otras estructuras sociosanitarias implantadas en el territorio.
4. El documento marco “Propuestas para la Participación Ciudadana en Salud en Asturias” elaborado desde la Dirección General de Salud Pública y Participación en febrero del 2011, y actualizado desde la Estrategia de Promoción de la Salud, recoge las principales recomendaciones y actividades para impulsar la participación social en salud en el ámbito local³⁰. Las disposiciones existentes para impulsar la participación social, en el ámbito regional con la composición y funcionamiento del Consejo de Salud que se regula en la Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias³¹ como en el ámbito local los Consejos de Salud de zona a través del Decreto 2/2006, de 12 de enero³², tienen continuidad a través de las asociaciones de la red “ Asturias Actúa en salud” y de los servicios de promoción de la salud en los municipios.

¿Qué funciones tendrá el Sistema de Gobernanza Local de Salud?

Se define como Sistemas de Gobernanza Local de Salud a aquellos sistemas Integrados de Salud que se establecen a nivel de Área, o en su caso a nivel local (microsistemas) como la acción coordinada de un conjunto de organizaciones sanitarias (atención primaria, salud pública, atención hospitalaria, atención a subagudos y salud mental) y otros agentes (ayuntamientos, agentes sociosanitarios, tercer sector, asociaciones que trabajan en salud comunitaria, agentes locales de salud laboral) de una determinada zona geográfica que operan en el continuo de la promoción de la salud, la prevención y la asistencia sobre su población de referencia compartiendo responsabilidad sobre los determinantes y resultados en salud de dicha población, buscando eficiencias y evitando las desigualdades.

Por tanto los Sistemas de Gobernanza Local de Salud serían unidades básicas intersectoriales integradas tanto por estructuras del Servicio de Salud como por otros sectores no pertenecientes al Sistema de Salud pero que tienen igual competencia y responsabilidad sobre la salud de la población de referencia.

El proceso de elaboración y publicación de la nueva Ordenación y Atención Sanitaria servirá para definir las nuevas Áreas Sanitarias de Asturias y también los Sistemas de Gobernanza Local de Salud desde donde establecer este trabajo intersectorial en salud en el ámbito local. Por ejemplo el País Vasco ha definido 11 Sistemas Locales Integrados de Salud.

Las funciones de dichos Microsistemas estarían orientadas a ejecutar en el ámbito local muchos de los proyectos que se han definido en esta Estrategia:

1. Determinar entre todas las organizaciones que componen el Microsistema los objetivos comunes en determinantes y resultados de salud que marca el documento Personas Sanas, Poblaciones Sanas y definirlos a nivel local. Estos objetivos serán definidos de forma periódica por el Grupo Nuclear de la Estrategia y visibilizados a nivel del territorio a través de la herramienta del Contrato Programa.
2. Establecer un espacio de coordinación entre las diferentes organizaciones sanitarias y no sanitarias del territorio.
3. Asegurar que los sistemas de información para alcanzar los objetivos de salud son comunes y está basado en un sistema de monitorización de indicadores único, coherente, transparente, accesible y sencillo para establecer procesos de evaluación y mejora continua anuales.
4. Garantizar que los Microsistemas establecen procesos para la participación de la ciudadanía en salud y la participación de los/las pacientes en su proceso de enfermedad.
5. Establecer localmente rutas asistenciales adaptadas a las peculiaridades del Microsistema donde se incluyan la incorporación de la coordinación sociosanitaria.
6. Garantizar la redistribución de los recursos estructurales, económicos y humanos del Microsistema en función de las necesidades.

¿Cómo sería la organización del Sistema de Gobernanza Local de Salud?

La coordinación entre los agentes sanitarios y no sanitarios del territorio es un elemento determinante para el correcto funcionamiento de los Sistemas de Gobernanza Local. Otro elemento clave es que exista una correcta alineación entre los servicios centrales y las estructuras que trabajan a nivel periférico.

El órgano de Gobernanza estaría compuesto de la siguiente forma:

- Dirección de Atención Sanitaria y de Salud Pública.
- Dirección de Gestión de Cuidados y Enfermería.
- Técnico/a de Salud Pública del Microsistema.
- Coordinador/a de Salud Mental.
- Directores/as de las Unidades o Áreas de Gestión Clínica. En ausencia de Áreas y Unidades de Gestión Clínica, personas coordinadoras de los Centros de Salud.

- Representación de los Hospitales de Subagudos o de Convalecencia del Microsistema.
- Representación de los ámbitos municipales.

Cómo expresa el Artículo 26 del Decreto 14/2014 de 28 de Enero, a la Dirección de Asistencia Sanitaria y de Salud Pública se le adscriben una serie de Servicios y Unidades en el territorio. Las Direcciones de Asistencia nombrarán qué personal técnico de dichas servicios, con competencias y formación en salud pública, será el encargado de dinamizar los Órganos de Gobernanza y dar seguimiento a las funciones de los mismos.

Así mismo, esta persona designada conectará las funciones de los Órganos de Gobernanza con el desarrollo y funciones de otros órganos de participación en salud que se estén desarrollando en el territorio: Consejos de Salud de Área, Consejos de Salud de Zona y otros movimientos ciudadanos que con impacto en salud y con peculiaridad territorial pudieran estar funcionando en la zona y tengan trascendencia para la salud de la población.

6. Implantación, seguimiento y evaluación de la estrategia

6.1 Definición de roles y responsabilidades de cada organismo participante

Un elemento clave para la correcta implantación de la Estrategia será definir los mecanismos de coordinación y seguimiento. Corresponderán estas funciones a la Comisión de Seguimiento de la Estrategia de Atención a Población con Enfermedad Crónica. Para llevar a cabo la estrategia es fundamental una correcta articulación entre las diferentes Direcciones Generales y el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

La organización de la Comisión de Seguimiento será la siguiente:

- Estará presidida por la Dirección General de Salud Pública.
- La coordinación de la Comisión corresponde al Jefe/a del Servicio de Evaluación de la Salud, Calidad y Programas.
- Formarán parte de ella dos personas designadas para cada una de las Direcciones Generales y del Servicio de Salud del Principado.
- Las personas responsables de cada uno de los Proyectos Estratégicos que no están incluidos en algunos de los puntos anteriores.

Las funciones de dicha Comisión serán:

- Revisión anual de los Proyectos Estratégicos de acuerdo a los objetivos y actividades marcadas en cada uno de ellos y actualización de las mismas según desarrollo e indicadores de evaluación.
- Elaborar la evaluación anual de la Estrategia y garantizar su difusión entre profesionales y población general.
- Monitorizar el desarrollo de la implantación de los Sistemas Locales de Gobernanza de Salud propuestos como elementos claves para el despliegue de la Estrategia en el ámbito local.
- Ejercer una labor de coordinación entre la estructura política y la técnica para garantizar una correcta implementación de la Estrategia.
- Proponer todas aquellas medidas correctoras o de mejora que se consideren necesarias teniendo en cuenta los puntos anteriores.

6.2. Sistemática de planificación, seguimiento y evaluación de la estrategia

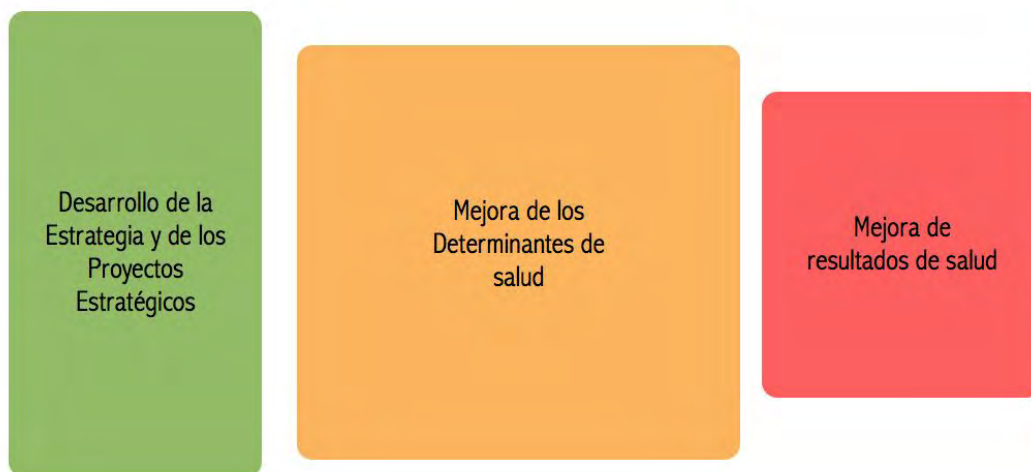
La sistemática de planificación de los proyectos y su seguimiento y evaluación se realizarán anualmente.

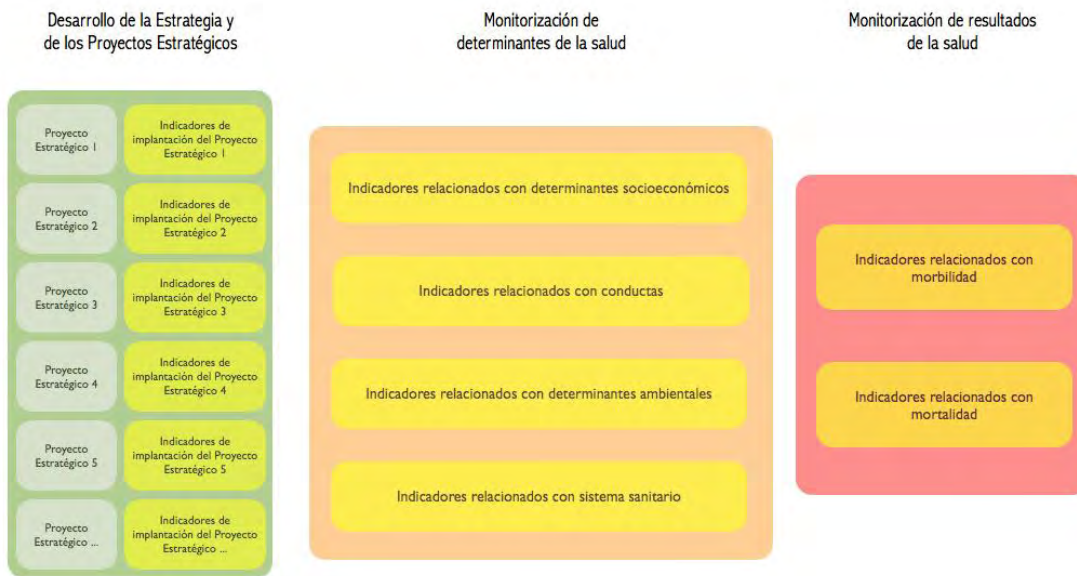
Para llevar a cabo la implementación de las diferentes acciones la Estrategia contará con diferentes herramientas de ayuda:

- La Comisión de Seguimiento
- Los Sistemas de Gobernanza Local de Salud, así como de los diferentes órganos de participación social (Consejos de Salud de Área, Zona,...)
- Los acuerdos de gestión, pactos de objetivos o contratos programa suscritos entre las partes implicadas
- Planes de salud municipales y regional
- Planes de salud sectoriales

La evaluación del desarrollo de la estrategia tendrá un carácter anual y se llevará a cabo a través del siguiente modelo evaluativo.

Figuras 23 y 24. Marco evaluativo de la evaluación de la Estrategia de Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias





La definición de los indicadores para cada uno de los tres sectores se definirá entre junio y julio del 2014 a través de la Comisión de Seguimiento.

Como se puede observar en el modelo evaluativo propuesto se plantean dos grandes áreas de evaluación:

1. Evaluación del desarrollo de la Estrategia y de los Proyectos

Los indicadores de este apartado se realizarán teniendo en cuenta los objetivos específicos de cada uno de los Proyectos Estratégicos. La persona responsable de cada Proyecto será la encargada de definir objetivos e indicadores.

La monitorización de esta parte es fundamental para conocer el grado de implementación y despliegue de cada uno de los Proyectos.

2. Monitorización de determinantes y resultados de la salud

En este apartado se seleccionarán una batería de indicadores que se agruparán siguiendo un esquema similar al de otras estrategias actualmente en desarrollo (Salud Oral, Cardiovascular) y que sean significativos para la Estrategia.

La información que proviene de la estrategia se agrupará en dos bloques de información - determinantes y resultados - que a su vez contienen apartados con indicadores específicos para determinantes (medio ambiente, socioeconómico, , estilos de vida, sistema sanitario) y resultados en salud.

Las dimensiones propuestas a evaluar en este apartado serían las siguientes^{33 34 35}

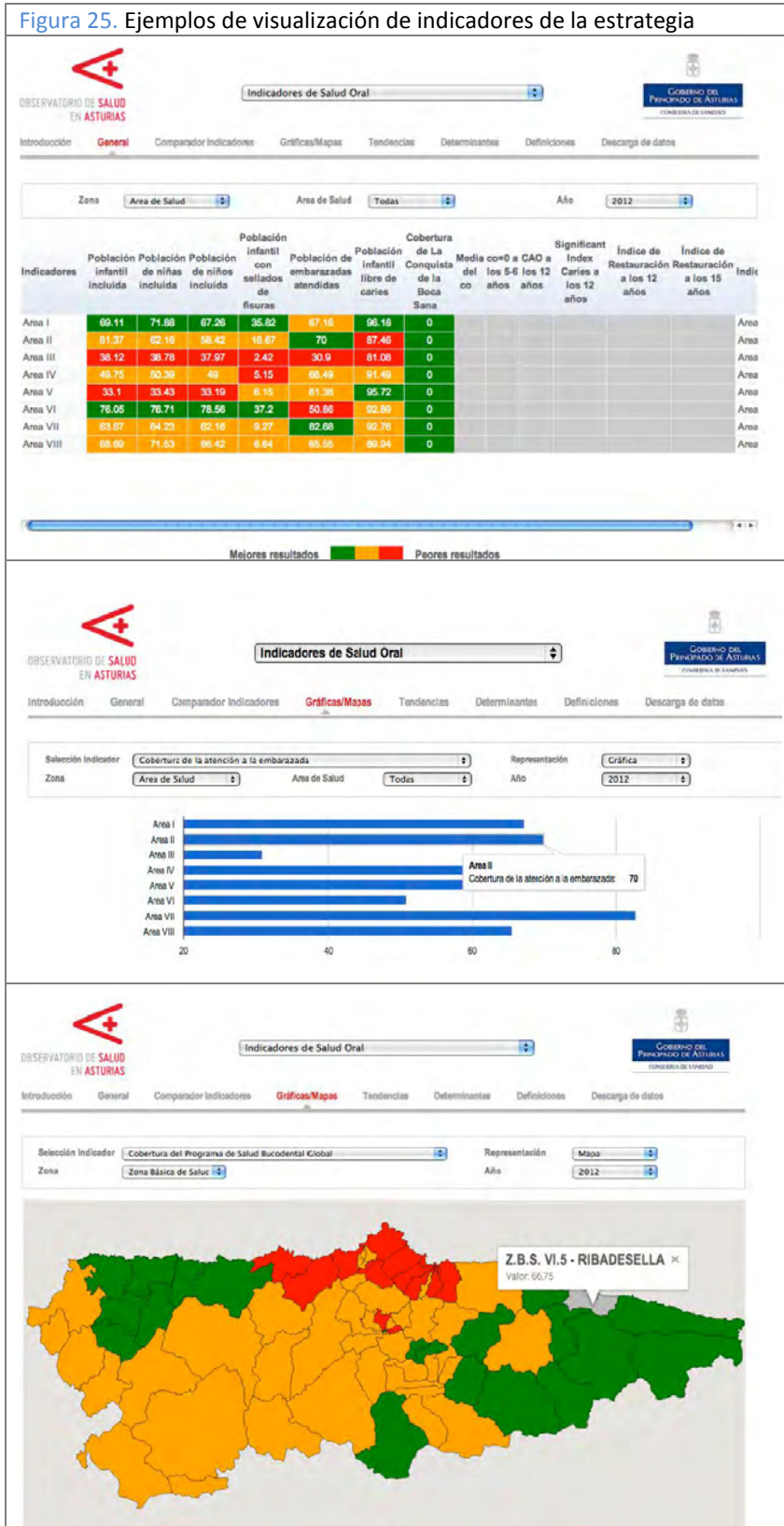
Indicadores de resultados	
Mortalidad	Morbilidad
Esperanza de vida al nacer Esperanza de vida en buena salud Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable	Diabetes tipo 2 Malestar psicológico en el adulto Depresión en adultos Cáncer potencialmente prevenible Cáncer de próstata Demencia Salud oral Osteoporosis severa Enfermedad renal crónica
Indicadores de determinantes	
Determinantes socioeconómicos	Determinantes relacionados con sistema sanitario
Nivel de estudios bajos Desempleo Personas en clase social IV y V Salario Social Básico Personas adultas sin soporte social Familias monoparentales Exclusión social	Reingresos de pacientes hospitalizados Pacientes crónicos polimedcados Días de hospitalización acumulados al año por paciente Frecuentación de urgencias por pacientes crónicos Pacientes crónicos con fármacos de eficacia probada Frecuentación de atención primaria por pacientes crónicos Estancia media de atención hospitalaria de pacientes crónicos Gasto farmacéutico de pacientes crónicos
Determinantes de conductas y estilos de vida	Determinantes relacionados con medio ambiente
Sobrepeso y obesidad infantil Sobrepeso y obesidad en adultos Consumo de tabaco Bajo peso al nacer Hipertensión Consumo de tabaco durante el embarazo Consumo de tabaco en gente joven Alimentación inadecuada Lactancia Consumo de riesgo de alcohol Sedentarismo	Calidad ambiental residencial mala Nivel de contaminación del aire

6.3 Visualización de resultados

Toda la información relativa a la planificación, seguimiento y evaluación de la estrategia se podrá visualizar a través de la Web del Observatorio de Salud para Asturias (OBSA).

La evaluación de los indicadores de seguimiento de los Proyectos Estratégicos se presentará como un informe anual de evaluación mientras que la monitorización de los indicadores de determinantes y resultados se presentarán con un informe dinámico que podrá ser consultado con indicadores de comparación para el total de Asturias, el Área sanitaria y Municipio.

Figura 25. Ejemplos de visualización de indicadores de la estrategia



Bibliografía

- ¹ Consejo Asesor de Sanidad. Directrices para un Plan Integral de prevención de las enfermedades crónicas y de atención a los pacientes crónicos en el Sistema Sanitario del Principado de Asturias. Marzo, 2014. Disponible en: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.ce3ed63eccc24012fb43cb4c68414ea0/?vgnextoid=65fe3ebc2efb4410VgnVCM10000098030a0aRCRD&vgnnextfmt=formatArticuloEditor>
- ² Estadísticas Mundiales Sanitarias 2012, OMS. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf
- ³ Consejo Económico y Social de Asturias. ¿Quién vive aquí? Envejecimiento, territorio y salud. Boletín 1 del Observatorio de Salud en Asturias. Dirección General de Salud Pública. Marzo, 2012. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/OBSA1m.pdf>
- ⁴ Wilkinson R, Marmot M. Los Determinantes Sociales de la Salud. Los Hechos Probados. 2.a ed. OMS 2003. Edición española, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- ⁵ Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. Psychological stress and disease. JAMA. 2007 Oct 10;298(14):1685–7.
- ⁶ Montaner I, Foz G, Pasarín MI. La salud: ¿un asunto individual? AMF 2012;8(7):374-382
- ⁷ Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) 2002. Chronic diseases and associated risk factors in Australia, 2001. Canberra: AIHW.
- ⁸ Encuesta de Salud para Asturias 2012. Oviedo: Dirección General de Salud Pública. Disponible en: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=85a31de9013e1410VgnVCM10000098030a0aRCRD>
- ⁹ Atlas de Hospitalizaciones Potencialmente Evitables, Asturias. Grupo de Variaciones en la Práctica Médica del SNS.
- ¹⁰ Cofiño R, Pasarín M. I, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2012 Mar [cited 2013 Jun 26];26:88–93. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911111003669>
- ¹¹ Vos T, Barendregt J, Mihalopoulos C, Veerman L, Magnus A, Bertram M, et al. Assessing Cost-Effectiveness in Prevention. 2010 Sep; Disponible en: <http://www.sph.uq.edu.au/bodce-ace-prevention>
- ¹² La Sanidad Pública en Asturias. Consejo Económico y Social del Principado de Asturias. 2003.
- ¹³ Futuro del sistema sanitario público del Principado de Asturias. FJ Elola Somoza. Consejo Económico y Social del Principado de Asturias. 2010.
- ¹⁴ Gobierno Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi [Internet]. 2012 [citado 6 de diciembre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://cronicidad.blog.euskadi.net/descargas/plan/EstrategiaCronicidad.pdf>
- ¹⁵ Junta de Andalucía. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012/2016 [Internet]. 2012 [citado 6 de diciembre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PlanAtencEECC.pdf>

- ¹⁶ Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Recuperado a partir de: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
- ¹⁷ Living Well with Chronic Illness: A Call for Public Health Action - Institute of Medicine [Internet]. [cited 2012 Feb 12]. Disponible en: <http://www.iom.edu/Reports/2012/Living-Well-with-Chronic-Illness.aspx>
- ¹⁸ Integrating Primary Care and Public Health - Institute of Medicine [Internet]. [cited 2012 Feb 12]. Disponible en: <http://www.iom.edu/Activities/PublicHealth/PrimaryCarePublicHealth.aspx>
- ¹⁹ Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health [Internet]. WHO; 2007 [citado 6 de diciembre de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
- ²⁰ Navarro V. The Political and Social Contexts of Health. Baywood Publishing Company, Inc.; 2004.
- ²¹ Wagner EH, Austin BT, Korff MV. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. The Milbank Quarterly [Internet]. 1996 [citado 8 de diciembre de 2013];74(4):511. Recuperado a partir de: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/3350391?uid=3737952&uid=2&uid=4&sid=21103085409227>
- ²² Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. HealthAff [Internet]. 11 de enero de 2001 [citado 8 de diciembre de 2013];20(6):64-78. Recuperado a partir de: <http://content.healthaffairs.org/content/20/6/64>
- ²³ Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, part 2. JAMA [Internet]. 16 de octubre de 2002 [citado 8 de diciembre de 2013];288(15):1909-14. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.288.15.1909>
- ²⁴ Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. HealthAff [Internet]. 1 de enero de 2009 [citado 8 de diciembre de 2013];28(1):75-85. Recuperado a partir de: <http://content.healthaffairs.org/content/28/1/75>
- ²⁵ Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. Hosp Q. 2003;7(1):73-82.
- ²⁶ Nuevo modelo de provisión de Euskadi: Sistemas Locales Integrados de Salud – Microsistemas y su gobernanza. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-skacer01/es/contenidos/informacion/principios_programaticos/es_sanidad/adjuntos/gobernanza_web_oficina.pdf
- ²⁷ Buck D. Improving the public's health: a resource for local authorities. [S.l.]: King's Fund; 2013.
- ²⁸ Decreto 14/2014, de 28 de enero, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_General/2014/Decreto%20estructura%20organica%20SESPA.pdf
- ²⁹ Decreto 66/2009, de 14 de julio, por el que se regula la estructura y funcionamiento de las áreas y unidades de gestión clínica del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Disponible en: <http://goo.gl/mVUELL>
- ³⁰ Documento marco: Propuestas para la Participación Ciudadana en Salud en Asturias. Disponible en <http://goo.gl/Nrtnky>

³¹Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Disponible en: <http://goo.gl/jERo77>

³²Decreto 2/2006, de 12 de enero, por el que se regula la constitución de los consejos de salud de Área y de zona. Disponible en: http://www.gestionclinica.info/pdf/consejo_salud.pdf

³³ Observatorio de Salud en Asturias. Informes de Evaluación sobre Determinantes y Resultados de Salud. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/>

³⁴ Australian Institute of Health and Welfare. Key indicators for chronic disease and associated determinants. Disponible en: <http://www.aihw.gov.au/chronic-diseases/key-indicators/>

³⁵ Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Consenso y selección de indicadores para la evaluación de la atención a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Documento preliminar, 2013.