





Compartiendo el Avance de la Estrategia de Cronicidad

Evolución de los proyectos 2010 – 2012



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2012

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: <http://www.euskadi.net/ejgv/biblioteka>

Edición: 1.ª, febrero 2012

Tirada: 2.500 ejemplares

©

Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Sanidad y Consumo

Internet:

www.euskadi.net

Edita:

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1 – 01010 Vitoria-Gasteiz

Diseño y maquetación:

Dreams Factory. Arte Digital

Impresión:

mccgraphics

D.L.: VI 85-2012



Salvo indicaciones, esta obra se publica bajo una licencia Creative Commons (BY)
Mas información y licencia completa: <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.es>

Fotografías cubierta: ©M. Arrazola - EJ-GV / istockphoto/Getty Images

Índice

Preámbulo	5
-----------	---

Introducción	6
--------------	---

Visión Poblacional

Proyecto 1: Estratificación de la Población	8
---	---

Prevención y Promoción

Proyecto 2.1: Estrategia Integrada de Prevención y Promoción de la Salud	10
--	----

Proyecto 2.2: De_Plan	13
-----------------------	----

Autonomía del Paciente

Proyecto 3: Paciente Activo – Paziente Bizia	15
--	----

Proyecto 4: Apoyo a las Asociaciones de Pazientes Crónicos	17
--	----

Continuo de Atención

Proyecto 5: Historia Clínica Unificada. Osabide Global	19
--	----

Proyecto 6: Atención Clínica Integrada	21
--	----

Proyecto 7: Desarrollo de Hospitales de Subagudos	23
---	----

Proyecto 8: Competencias Avanzadas de Enfermería	26
--	----

Proyecto 9: Colaboración Sociosanitaria	28
---	----

Proyecto 10: Financiación y Contratación	30
--	----

Intervenciones Personalizadas

Proyecto 11: Osarean. Osakidetza no Presencial	32
Proyecto 12: Desarrollo de la Farmacia y de la Receta Electrónica (RE)	35
Proyecto 13: Centro de Investigación para la Cronicidad	37

Innovación

Proyecto 14: Innovación desde los Profesionales Clínicos	39
Anexos al Proyecto de Innovación desde los Profesionales Clínicos	41
Anexo 1: Proyectos de Investigación del Departamento de Sanidad, Convocatoria 2010 - Desarrollo 2011 y 2012	43
Anexo 2: Proyectos de Investigación del Departamento de Sanidad, Convocatoria 2011 - Desarrollo 2012	45
Anexo 3: Proyectos de Investigación Kronikgune Convocatoria 2011 - Desarrollo 2012	47
Anexo 4: Contrato Programa	49

Oficina para la Estrategia de la Cronicidad

Oficina para la Estrategia de la Cronicidad (OEC)	53
---	----

Preámbulo

Desde el inicio de 2009 hemos avanzado con paso firme hacia la implementación de una transformación del modelo asistencial en la Comunidad Autónoma Vasca.

La razón para un cambio tan ambicioso fue doble: por un lado era evidente que el “chasis” organizativo del Sistema Sanitario español, incluido Osakidetza, se había quedado anticuado en relación a los retos del siglo XXI. Además, las futuras mejoras del sector no surgirían de la disponibilidad de mayor financiación sino de la transformación del modelo de prestación de servicios, un modelo asistencial que es en general fragmentado, que no cuenta con un paciente activo, que actúa de forma reactiva y que a menudo no cumple con los estándares adecuados de seguridad.

De esa forma surgió la Estrategia de Cronicidad, como relato nuevo y principal línea de política sanitaria para el sector sanitario. No sólo es un relato mejor adaptado a las nuevas necesidades de la población sino que ha proporcionado direccionalidad y estabilidad en medio de una crisis económica muy profunda, a la vez que ha permitido crear condiciones para que se de la transformación del Sistema Sanitario.

La década 2010 -2020 será la más exigente para el sector sanitario en toda su existencia. Consecuentemente, cuanto más duro sea el entorno externo, cobrará mayor importancia para el sector salud el disponer de una visión común cohesionada.

En la presente Legislatura hemos seguido un proceso de transformación ambicioso y planificado usando todas las poleas posibles para avanzar, sabiendo que los sistemas de salud no se transforman solos. De esa lógica de poleas surgen 14 proyectos que han sido elaborados por profesionales directivos y sanitarios de la red asistencial. Esos proyectos y su avance están detallados en este documento.

Creo que resulta interesante comentar que, aunque es un cambio a medio plazo, se puede avanzar muy rápido en esta transformación.

Prácticamente nadie en el sector hubiera creído que podríamos estar ya tan avanzados y que la mayoría de los proyectos pudieran quedar enraizados en la organización en el tiempo de una legislatura. Ese es el objetivo.

Conviene resaltar que el desarrollo de los proyectos estratégicos no transcurre en paralelo al día de día de las organizaciones del sistema de salud.

Después de una fase de estudio y pilotaje se van integrando e incorporando progresivamente en la estructura organizativa existente.

Este documento detalla en qué fase de “incorporación” está cada proyecto y, aun más importante, el alineamiento existente entre todos ellos.

Por último, se ha probado acertada la idea fuerza de generar soluciones desde los profesionales de la red y no desde un grupo de élite en el centro de la organización. Gran parte del cambio se debe a la contribución de los profesionales de la red. Por tanto, este documento es testigo de su compromiso y enorme capacidad de innovación cuando se crea un entorno favorable para que participen en cambios que van más allá de su actividad clínica asistencial.



Rafael Bengoa

*Consejero de Sanidad y Consumo
Enero 2012*

Introducción

Transcurridos dos años largos desde la definición e inicio de la Estrategia de Cronicidad (EC), el desarrollo de los proyectos que la componen ha alcanzado una velocidad de cruce que nos obliga permanentemente a evaluar su avance y reajustar todos aquellos aspectos necesarios para asegurar un progreso armónico y adecuado de la misma.

Revisando esta breve historia, en julio de 2010 se publicó el documento "Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi" (ver en WEB: <http://cronicidad.blog.euskadi.net/proyecto-estrategico/>), que recogía el planteamiento estratégico y evolución incipiente de los 14 proyectos que constituyen la EC.

En Mayo de 2011, coincidiendo con el III Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico, celebrado en Donostia, se edita otro documento que pone al día los avances conseguidos en los proyectos de la EC. (Incluido en la Web: <http://cronicidad.blog.euskadi.net/pagina-descargas/>).

El documento ahora presentado es el tercero (marzo 2012) y describe el momento actual de la EC y la situación de sus 14 proyectos. Llegados a este punto merece la pena reflexionar sobre la manera en que todo este despliegue de actividades está materializándose en el día a día de nuestras Organizaciones de Servicios (OOS), y por tanto influyendo en nuestros profesionales y en nuestros pacientes.

La aportación de los 14 proyectos de la EC, supone inyectar en nuestro sistema sanitario un mosaico de servicios, utilidades, herramientas, cambios organizativos, nuevas tareas y en definitiva, una nueva forma de organizar la atención, fundamental para el logro de mejores resultados clínicos y satisfacción en los pacientes crónicos, así como importantes ganancias en términos de eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.

El despliegue paulatino de todos estos proyectos, propicia una mejora del manejo de los pacientes crónicos por cuanto aporta numerosas ventajas y utilidades para facilitar su atención y seguimiento.

A continuación se exponen brevemente las aportaciones de todos estos proyectos:

Proyectos que constituyen herramientas de carácter centralizado que ejercen un efecto facilitador para mejorar el proceso de atención al paciente crónico.

- **Osabide Global:** Mejora de accesibilidad a los datos, ayuda a la toma de decisiones, mejora en la utilización de medios diagnósticos y terapéuticos, facilita la comunicación entre profesionales y niveles, etc. . .



Escanee estos códigos QR con su móvil, smartphone para ir a las páginas web.



- **Osarean:** Aportación de una cartera creciente de servicios no presenciales en temas administrativos, asistenciales, preventivos, de activación del paciente, de promoción de la salud, etc. . .
- **Receta Electrónica:** Mejora en la calidad de la gestión farmacéutica, en su seguridad y ahorro importante de tiempo y trámites administrativos de nuestros profesionales y pacientes.
- **Estratificación:** Revoluciona la atención al aportar una visión poblacional que establece grupos de pacientes conforme a sus necesidades de atención para propiciar intervenciones eficientes a los mismos basadas en la evidencia científica.
- **Financiación/Contratación:** Se constituye en un potente instrumento para impulsar a las OOS a trabajar con una visión poblacional (estratificando los pacientes) y coordinando/integrando actuaciones entre ellas en el ámbito local ("micro sistemas" o sistemas integrados locales de salud).

Proyectos que denominamos "finalistas" porque su desarrollo se lleva a cabo en las OOS, dependiendo de sus particularidades, ritmo de implantación, etc.

- **Competencias avanzadas de enfermería:** Este proyecto supone el enriquecimiento de la tarea enfermera incorporando nuevos roles y funciones que permitirán una atención más eficiente, continua y coordinada del proceso asistencial de pacientes complejos.
- **Atención clínica integrada:** Los cambios organizativos llevados a cabo, mediante la creación de nuevas estructuras denominadas OSI (Organizaciones sanitarias integradas) y sobre todo, el impulso de experiencias y proyectos de coordinación entre diferentes niveles asistenciales y profesionales, está propiciando una importante mejora de la calidad y eficiencia del proceso clínico, convirtiéndose en uno de los ejes fundamentales de la EC. En este contexto, no debe olvidarse asimismo el papel a jugar por lo "social" que debe engranarse con lo clínico como otro ingrediente indispensable en el proceso de atención a este tipo de pacientes.
- **Prevención y Promoción:** Constituye un elemento indispensable para aumentar la eficacia de la EC, mediante las actuaciones en el ámbito de acción institucional, y también local, incorporando una visión poblacional y comunitaria y propiciando el trabajo conjunto entre los profesionales clínico-asistenciales y los de salud pública. Se trata de actuar eficazmente sobre los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas potenciando estrategias como la cooperación intersectorial.

- **Paciente Activo:** Como el anterior, atesora una importante capacidad de eficiencia y de mejora del proceso crónico derivado de la gran capacidad del paciente para entender la evolución de su enfermedad y erigirse en protagonista del autocuidado.
- **Atención Sociosanitaria.** Implica desarrollar la coordinación sociosanitaria sobre todo a nivel de Atención Primaria (AP), como garantía de una atención integrada, contemplando el domicilio como principal provisor de cuidados, es decir, una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de atención.
- **Hospitales de Subagudos.** Este proyecto añade una interesante dimensión al entramado de organizaciones que intervienen en el proceso del paciente crónico, al incorporar una visión mucho más adaptada en recursos y bagaje de sus profesionales a sus peculiaridades, perfectamente conectada a la atención primaria y resto de organizaciones y por ende, mucho más eficiente en el uso de los recursos.

Proyectos relacionados con la innovación desde los profesionales:

- **Innovación desde los profesionales clínicos.** Constituye el complemento necesario en la EC, al incorporar la visión y capacidad de generar conocimiento asistencial de los verdaderos conocedores del “día a día” del paciente crónico y su interacción con el sistema sanitario.
- **Kronikgune:** Representa todo lo que el mundo de la investigación puede aportar al manejo del paciente crónico constituyendo la mejor herramienta para situarnos en la vanguardia de la atención al mismo.

En un escenario de despliegue completo de esta acción multidimensional que maneja las numerosas poleas descritas en la EC (provenientes del Chronic Care Model) cabe esperar un horizonte con un paciente activo involucrado eficazmente en la autogestión de su proceso crónico, que observa numerosas prácticas de promoción/prevenición de su salud y cuya atención esté perfectamente organizada mediante una adecuada coordinación entre los niveles asistenciales (primaria y especializada), entre profesionales (médicos, enfermeras, administrativos...), entre sectores (lo asistencial y lo social), entre ámbitos (la salud pública y lo asistencial) y entre servicios presenciales y no presenciales (consultas, Osarean, ingresos, etc...).

Así mismo, la información inherente a su proceso se gestiona eficazmente (Osabide Global) y los profesionales que velan por su salud se coordinan adecuadamente a través de estas herramientas (consultas no presenciales, telemedicina, tecnologías de la comunicación y de la información) y su prescripción farmacéutica se gestiona de forma segura y eficaz ahorrando al paciente y profesionales engorrosos trámites administrativos.

Además, todo el caudal de conocimiento que surge de quien mejor conoce el proceso asistencial, es decir los propios profesionales, se recoge, potencia y canaliza mediante becas del Departamento de Sanidad y Kronikgune, así como a través de proyectos e iniciativas plasmados en los Contratos Programa.

Finalmente, los cambios introducidos en la financiación y materializados a través del Contrato Programa de las OOS, plantean un nuevo escenario que contribuye a llevar la EC al terreno práctico, al empujar a las OOS a trabajar conjuntamente, teniendo como centro el proceso asistencial del paciente, y a aplicar una visión poblacional que se concreta en intervenciones específicas basadas en la evidencia científica sobre segmentos de pacientes seleccionados mediante la estratificación.

Estos dos últimos elementos, visión poblacional para ser mucho más eficaces y eficientes en las intervenciones sanitarias y trabajo integrado de los diferentes actores sanitarios en el ámbito local (“micro sistemas”), constituyen actualmente dos de los hitos más importantes para la consecución de los objetivos de la EC.

El planteamiento de la EC esta basado en las mejores evidencias y practicas recogidas en el ámbito internacional, que cuentan con resultados constatados. En el Sistema Sanitario Vasco, el trabajo de contextualización a nuestro entorno, esta aportando las claves para avanzar y para que los resultados sean efectivos y eficientes en nuestros centros.

El progreso y dinamismo que requiere la EC, depende ahora de nuestra capacidad para extender todas estas líneas de trabajo a la totalidad de nuestro sistema sanitario, y sin duda, la implicación decidida y cada vez más numerosa de nuestros profesionales es el elemento clave que esta contribuyendo a ello.

El camino esta definido, y tal y como se ha reseñado, las herramientas diseñadas y los cambios impulsados, representan una realidad con resultados tangibles que aportan a esta nueva forma de abordar la cronicidad, la materia prima imprescindible para avanzar.

A continuación se exponen las fichas de todos los proyectos de la EC recordando su definición y objetivos, y aportando información resumida sobre actividades y resultados hasta la fecha y objetivos/acciones previstas para el 2012.

1 Estratificación de la Población

Responsable proyecto: **Jon Orueta**

Los modelos predictivos permiten estratificar a la población en función de los cuidados sanitarios que requerirán el año próximo. Ofrecen a las organizaciones sanitarias la oportunidad de **intervenir proactivamente, diseñando intervenciones específicas, adecuadas al nivel de necesidad de los distintos grupos de personas**. La EC de Euskadi plantea el empleo de tales modelos, integrándolos con otras políticas y áreas de cambio.

A final de 2010 se realizó por primera vez una clasificación prospectiva de la población del País Vasco. En

2011 esta información ha sido utilizada por la Subdirección de Asistencia Sanitaria (oferta preferente) y en algunos proyectos estratégicos como Nuevos Roles de Enfermería y Batera Zainduz.

En los **Contratos Programa de 2012**, la Dirección de **Aseguramiento y Contratación Sanitaria ha decidido incluir grupos de pacientes en las patologías más prevalentes** para realizar sobre ellas intervenciones sanitarias adecuadas a su nivel de complejidad.

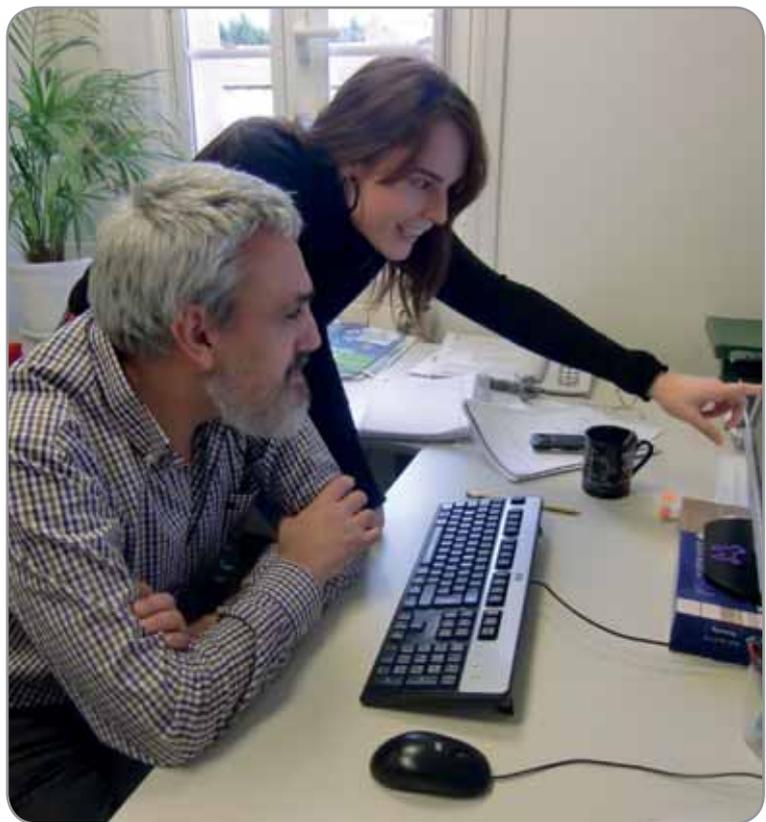
DEFINICIÓN DEL PROYECTO

La estratificación consiste en **segmentar a la población en diferentes grupos** a partir del nivel de complejidad y comorbilidad de las personas. Este enfoque nos permite el **diseño de intervenciones proactivas y específicas**, adaptadas a las necesidades de atención sanitaria de cada uno de estos grupos.

Para llevarlo a cabo, se realiza una estimación de los requerimientos futuros de asistencia sanitaria de cada ciudadano, según sus características individuales. Así será factible identificar poblaciones diana, formadas por los conjuntos de pacientes que puedan beneficiarse de nuestras actuaciones.

El proyecto Estratificación parte como un estudio de investigación cuyo objetivo es establecer la validez en nuestro medio de distintos métodos de agrupación de pacientes y, a partir de ellos, construir los modelos estadísticos prospectivos que proporcionarán para cada individuo una estimación de consumo de recursos sanitarios en el año siguiente.

De manera simultánea, se está llevando a cabo la implantación de estos sistemas en el mundo real. Desde el año 2010 se realiza la estratificación de toda la población del País Vasco, basándonos en variables demográficas, clínicas, sociales y utilización previa de recursos. Para ello se extraen anualmente datos ya registrados en los sistemas de información de Osakidetza y Dpto. de Sanidad y, actualmente, se está trabajando para desarrollar mecanismos que permitan que dicha recogida de datos se realice con una mayor periodicidad.



OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROYECTO

Generales:

Proporcionar al Sistema Sanitario Vasco instrumentos para seleccionar a las personas que, por sus características demográficas, clínicas, sociales y el coste previo de su atención sanitaria, sean candidatos de **intervenciones y programas específicos que se diseñen**.

Específicos:

- Determinar la capacidad de diferentes modelos estadísticos, para predecir la utilización y consumo de recursos sanitarios. Estimar y comparar la validez de tales modelos predictivos para la identificación de personas que realizarán un alto consumo de recursos sanitarios el año siguiente a su valoración.
- Implantación de un sistema que permita la extracción de la información registrada y su utilización secundaria para la **realización periódica de la estratificación de la población de la CAPV**.
- Analizar las **actitudes y las percepciones de los profesionales sanitarios** (clínicos y gestores) respecto a la estratificación poblacional, su utilización en el País Vasco y las **barreras para su aplicación**.

ACCIONES Y RESULTADOS HASTA LA FECHA

- Para realizar el estudio de investigación se ha recopilado y depurado la información de los años 2008 y 2009 de todas las personas mayores de 14 años asignadas a Osakidetza. Los pacientes han sido clasificados en 3 sistemas de case-mix y se han desarrollado modelos estadísticos apropiados. Dicha información permitirá el empleo de **indicadores propios del País Vasco** para realizar la estratificación de la población a partir de 2011.
- **Implantación de la Estratificación en la Comunidad Autónoma**. A final de 2010 se realizó por primera vez una clasificación prospectiva de la población del País Vasco. En 2011 esta información ha sido utilizada por la Subdirección de Asistencia Sanitaria (oferta preferente) y en algunos proyectos.

- A finales de 2010 se elaboró el protocolo de un nuevo estudio de investigación cuyos objetivos son conocer la capacidad de los modelos estadísticos desarrollados para predecir otras variables, así como comprobar el comportamiento de dichos modelos en subgrupos específicos de población, esto es, pacientes crónicos afectados de determinadas enfermedades específicas.
- Con el fin de conocer las expectativas de los profesionales sanitarios de primaria respecto a la estratificación, se está realizando un **estudio cualitativo**. En diciembre de 2010 se reunieron tres grupos de discusión de enfermeras y médicos de familia.

OBJETIVOS Y ACCIONES PARA EL 2012

- Clasificación prospectiva de toda la población de la CAPV, mediante el sistema de case-mix denominado "Ambulatory care groups" (ACGs), empleando estimadores propios de nuestra organización.
- La Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitaria ha decidido incluir en los Contratos-Programas de 2012 grupos de pacientes seleccionados con la herramienta de estratificación para realizar sobre ellos intervenciones sanitarias adecuadas a su nivel de complejidad.
- Marzo 2012: Finalización del 1er. estudio y publicación de sus resultados en una revista internacional de investigación en servicios de salud de gran impacto.
- Mayo 2012: Puesta en marcha de un Plan de Difusión del Proyecto de Estratificación en Osakidetza.
- Diciembre 2012: Finalización del estudio de investigación nº2.
- Elaboración de un protocolo para la implantación de una estructura suficiente, que permita que la estratificación poblacional sea un proceso trimestral.

2.1 Estrategia Integrada de Prevención y Promoción de la Salud

Responsable proyecto: **Mercedes Estébanez**

Se trata de construir un **marco común de Prevención y Promoción de la Salud**, combinando las líneas estratégicas sobre los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas y priorizando el ámbito local-comunitario.

Una actuación destacada en este ámbito la constituye la elaboración del borrador de la **nueva ley de Salud Pública** (Propone un modelo asistencial integrador en el ámbito local, denominado "microsistema" que integre las funciones tradicionales clínico-asistenciales con intervenciones de salud poblacional y la identificación

de eficiencias). Ello requiere el trabajo conjunto de profesionales clínicos y profesionales de salud pública.

Otros aspectos reseñables son: la definición del Plan de Salud 2012-2020, la promoción de la actividad física en la CAPV (AKTIBILI), el plan "Euskadi libre de humo de tabaco", la Evaluación del impacto en salud (EIS), el plan de Salud Comunitaria, etc.

DEFINICIÓN DEL PROYECTO

Crear un marco común para las intervenciones de prevención y promoción de la salud actuando sobre los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas.

En él se agrupan diversas intervenciones concretas que se realizan:

Centralizadamente:

- Evaluación del impacto en salud (EIS).
- Nueva ley de Salud Pública.
- Plan de salud comunitaria.
- Innovación e investigación en promoción de la salud.
- Plan de "Euskadi libre del humo de tabaco".
- AKTIBILI. Promoción de la actividad física en la CAPV.
- Relación y apoyo a entidades del tercer sector.
- Realización de la encuesta nutricional de la CAPV.
- Nuevo Plan de Salud 2012-2020.
- Prevención de dependencias a sustancias en colaboración con la Dirección de Drogodependencias.



Por iniciativas desde la base:

- Centros Comarcales de Salud Pública con actuaciones en prevención y en cooperación con los ámbitos asistenciales locales (micro sistemas) y tercer sector.
- Acciones y consejo breve de prevención con evidencia de efectividad (Prescribe Vida Saludable y otros).

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROYECTO

Generales:

- **Crear, apoyar y potenciar iniciativas de prevención y promoción en el ámbito de vida de las personas con patologías crónicas**, es decir, ámbito local-municipal-barrio-comunidad.
- Ofrecer y garantizar la cobertura institucional mediante un marco común de prevención y promoción de la salud y la cooperación intersectorial.

Específicos:

- Fomentar el desarrollo de actividades comunitarias desde el marco de la eficiencia y eficacia.
- Evaluar el Impacto en Salud de la CAPV.
- Pasos para la aprobación y publicación de la Ley de Salud Pública de la CAPV.
- Desarrollar y evaluar AKTIBILI, para la promoción de la actividad física.
- Realizar el seguimiento y **evaluación** del Plan "Euskadi libre de humo de tabaco".
- Implantar el programa de Educación Afectivo sexual en la Educación Secundaria Obligatoria (ESO).
- Desarrollo e implantación del Proyecto D-Plan: (Ficha específica).

ACCIONES Y RESULTADOS HASTA LA FECHA

Plan de activación Comunitaria

- Creación del grupo de salud comunitaria **y realización del diagnóstico** de situación en relación a los procesos comunitarios.

Evaluación del impacto en Salud en la CAPV:

- Constitución de la Comunidad de Práctica (CoP) dentro del Plan de Innovación Pública del Gobierno Vasco.
- Definición de los objetivos, actuaciones y cronograma consensuado.
- Documento para el desarrollo de la estrategia de implantación, de la capacitación técnica y de la difusión de la EIS.

AKTIBILI, promoción de la actividad física en la CAPV

- Elaboración del mapa de ofertas, recursos y práctica que ya se realiza a nivel municipal.
- Elaboración del documento Marco para la acción y elaboración de las propuestas de intervención.
- Reunión consejeros y viceconsejeros de Sanidad y Cultura para liderar la adhesión del Gobierno Vasco a Aktibili.
- Visibilización del proyecto mediante: Creación de la imagen de marca, AKTIBILI, y creación de espacios en web (Osakidetza.net, Euskadi.net e Irekia).

Plan "Euskadi libre de humo de tabaco":

- Formación **de profesionales sanitarios** en deshabituación individual (finalizada) y grupal (en marcha).
- Creación y difusión del video de intervención en tabaquismo.
- Difusión de la estrategia en todas las comarcas, centros de atención especializada y salud mental.

Programa de educación afectivo-sexual en adolescencia y juventud:

- Realizado el estudio sobre la "Sexualidad en la adolescencia de la Comunidad Autónoma Vasca. Perfiles de comportamiento sexual y estado de la educación sexual en la ESO del País Vasco."
- Firma del convenio para la Coordinación del Plan afectivo sexual con BIOEF.
- Elaborado el programa de educación afectivo sexual.

Ley de Salud Pública:

- En fase de redacción.

Plan de Salud 2012-2020

- Evaluación del Plan 2002-2010.
- Definición y aprobación de las metas del Plan 2012-2020, Constitución de la comisión de coordinación técnica y planificación de los grupos de trabajo.

Desarrollo e implantación del Proyecto D-Plan:

(Ficha específica).

OBJETIVOS Y ACCIONES PARA EL 2012

Plan de salud comunitaria.

- Generar y potenciar alianzas entre A. Primaria, A. Especializada y Salud Pública.
- Impulsar la participación de la comunidad en la mejora de la salud y los cuidados de la enfermedad.

Evaluación del impacto en Salud en la CAPV:

- Formación de personal técnico de Salud Pública, de Ayuntamientos y de la Administración.
- Proceso de elaboración conjunta de evaluación de impacto ambiental y de salud, abril - diciembre 2012.

Con relación a AKTIBILI, promoción de la actividad física:

- Reunión institucional (Departamentos del Gobierno Vasco, Diputaciones Forales, Ayuntamientos de capital, EUDEL) para aprobación de las actuaciones (febrero 2012).
- Jornada de presentación de AKTIBILI ante la sociedad (junio 2012).
- Diseño de herramientas necesarias, gestión de la comunicación y seguimiento (enero - abril 2012).

“Euskadi libre de humo de tabaco”:

- Finalización de cursos **a profesionales sanitarios en des-habitación tabáquica**, tanto de formación individual como grupal.
- Implantación en asistencia especializada de la estrategia de intervención en consejo breve.

Programa de educación afectivo-sexual en adolescencia:

- Acciones para la comunicación, formación e implantación del programa (febrero - diciembre 2012).
- Herramienta de evaluación de competencias del alumnado (enero-junio 2012).

Ley de Salud Pública:

- Pendiente de publicación.

Plan de Salud 2012-2020

- Aprobación por el Dpto. de Sanidad y por el Consejo de Gobierno del Gobierno Vasco (octubre - noviembre. 2011).
- Remisión a Parlamento Vasco (nov. 2012).
- Publicación, estrategia de comunicación y puesta en marcha (dic. 2012-2013).

Desarrollo e implantación del Proyecto D-Plan:

(Ficha específica).

2.2 De-Plan

Responsable proyecto: **Carmen Silvestre**

El programa De-Plan es un programa de **prevención de la diabetes tipo 2 (DM 2)** en la práctica clínica. Después de la identificación de individuos de alto riesgo para el desarrollo de DM2 realiza una intervención educativa intensiva y continuada de hábitos saludables: actividad física y alimentación.

En el año 2011 se han **identificado 752 candidatos de alto riesgo a desarrollar DM 2** de 1300 encuestados. De ellos, 547 han accedido a formar parte del estudio de investigación. Para el 2013 se pretende actuar sobre 2500 personas.



DEFINICIÓN DEL PROYECTO

El programa De-Plan es un programa de prevención de la DM 2 en la práctica clínica desarrollado en la Unión Europea tras la identificación de individuos de alto riesgo para el desarrollo de DM 2.

Realiza una intervención intensiva y continuada que ha mostrado ser exitosa en condiciones experimentales.

Consta de varias fases consistentes en:

- Cribado de sujetos con alto riesgo de desarrollar DM 2 mediante la escala FINDRISC.
- Programa de intervención educativa consistente en 4 sesiones formativas grupales sobre modificación de hábitos no saludables.

- Revisiones anuales en los centros de salud para evaluar los resultados de la intervención en la disminución del riesgo de padecer diabetes. Para llevar a cabo el ensayo clínico, se seguirán 5068 individuos, durante dos años, pertenecientes a 16 centros de Atención Primaria que han sido asignados al azar al grupo de intervención o de control.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROYECTO

Generales:

- Evaluar e implantar un programa de intervención para la prevención de la DM 2 en personas no diagnosticadas, a riesgo de padecer la citada patología, en una muestra de centros de Atención Primaria de Osakidetza.

Específicos:

- Evaluar la factibilidad del proyecto (alcance, adopción, implantación y aceptabilidad) en los servicios de atención primaria de Osakidetza.
- Estimar la efectividad atribuible a la intervención D-Plan comparando los resultados de sus pacientes con los de centros control.
- Determinar la prevalencia de alto riesgo de diabetes mediante la escala FRINDISC.
- Evaluar el coste-utilidad incremental del programa.

ACCIONES Y RESULTADOS HASTA LA FECHA

- Diseño del proyecto.
- Participación de 12 Centros de Salud/6 Comarcas de AP, 2 CS de OSI Bidasoa, 7 laboratorios de hospitales y 5 Biobankos.
- Compromiso de participación de 206 profesionales (104 médicos y 102 enfermeras). Un profesional coordinando el proyecto en cada centro.
- Selección y contratación de persona de apoyo para el proyecto (compartida con Unidad de Investigación de Bizkaia (UIAPB)).
- Formación a Enfermería para la realización del cribado y la intervención a los pacientes.
- Elaboración de materiales para enfermeras y participantes.
- Cribado de pacientes y de talleres educativos.
- Diseño y creación de formularios de registro de toda la información de los participantes en Osabide.

- Formación entrevistadores para la evaluación y para la intervención continuada (nov. 2011).
- Datos preliminares de resultados de participación (15/03/2011 – 30/12/2011).
- Cribado de pacientes: 1.300 pacientes de los cuales se identifican de alto riesgo de DM 2: 752 (58%).
- Participación en el proyecto: 547:
 - Centros control: 320 pacientes (89 % de los identificados de riesgo).
 - Centros intervención: 227 pacientes (58 % de los de alto riesgo).
 - Talleres educativos: se han organizado 11 grupos (Total de participantes: 69). Impartidos por 29 enfermeras.

OBJETIVOS Y ACCIONES PARA EL 2012

- Revisión de la intervención (cuando los centros hayan finalizado los talleres de intervención de 2 grupos de participantes) (dic./2011-ene./2012).
- Informe de la revisión sistemática sobre intervenciones para la prevención de la DM 2.
- Elaboración de memoria anual del proyecto (1ª y 2ª) (mar/2012).
- Publicación del protocolo del estudio y Difusión (marzo/2012).
- 1ª Evaluación anual de los participantes (abr. /2012).
- **Informe preliminar de resultados** (4º Trim. 2012).

3

Paciente Activo – Paziente Bizia

Responsable proyecto: **Estibaliz Gamboa**

El objetivo de este proyecto es **capacitar a los pacientes crónicos para la autogestión de su enfermedad**.

El aspecto diferencial respecto a otro tipo de formación consiste en que es **impartida por personas que padecen la misma enfermedad**.

El programa pretende completar la labor de los profesionales sanitarios, no sustituirla, poniendo en manos

de los pacientes el conocimiento para controlar de mejor manera su enfermedad crónica y el impacto que esta tiene en sus vidas y en relación con su entorno.

En el año 2011 **se han formado en autogestión de su salud 463 pacientes** y para el año 2012 se extenderá el programa al resto de las comarcas sanitarias por medio de su inclusión en CP, teniendo como objetivo alcanzar la cifra de unos 1500 pacientes activados.



DEFINICIÓN DEL PROYECTO

El proyecto de Autocuidado y Educación al Paciente, Paciente Activo - Paziente Bizia, trata de facilitar al paciente las herramientas necesarias para **potenciar su responsabilidad y autonomía**. El programa consiste en 6 sesiones formativas que abarcan desde el fomento del ejercicio físico o el uso apropiado de la medicación hasta cuestiones como comunicación con la familia y los profesionales sanitarios, entre otros temas.

La primera fase del proyecto consiste en la realización de un ensayo

clínico aleatorizado sobre la Diabetes tipo II con **una muestra de 556 pacientes** procedentes de tres comarcas (Araba, Ekialde y Ezkerraldea) y de la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Bidasoa divididos en dos grupos: control e intervención. A todos ellos se les medirán variables de resultado en diabetes, calidad de vida, autoeficacia y utilización de servicios sanitarios con el fin de comprobar la efectividad del programa.

Siguiendo la misma metodología pero fuera del ensayo clínico se impartirán cursos de autocuidado para enfermos crónicos de cualquier patología.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROYECTO

Generales:

- **Enseñar a autogestionar la enfermedad crónica**, es decir, ser capaces de entender su enfermedad, de responsabilizarse de su salud y manejar de manera adecuada las distintas opciones de tratamiento.
- **Analizar y evaluar la efectividad del programa** sobre el control metabólico, disminución del riesgo cardiovascular, calidad de vida, y autonomía de los pacientes con diabetes tipo 2.

Específicos:

- Evaluar la eficacia en la mejor utilización de los servicios sanitarios.
- Evaluar el impacto del sobre el coste de la medicación utilizada por la población diabética.
- Evaluar la mejoría en la práctica de la actividad física y composición de la dieta.
- Evaluar la factibilidad de la implementación del programa en la comunidad.

ACCIONES Y RESULTADOS HASTA LA FECHA

- Formación, según la metodología de la U. de Stanford, de los instructores del programa. Estas personas deben impartir 3 cursos para ser acreditados como "Master Trainer" y poder formar a los pacientes que hayan asistido al programa y quieran ser líderes en futuros grupos.
- Para dar a conocer el programa tanto a la población como al personal sanitario, se han realizado:
 - Sesiones clínicas en los centros.
 - Entrevistas en medios de comunicación.
 - Presentación del proyecto en diversos congresos.
- Se ha colaborado en la difusión del programa en diferentes organizaciones e instituciones; Gobierno de Canarias, Kronet, Red de salud mental de Bizkaia, Gobierno de Valencia, Instituto Catalán de la Salud, Plan de "Euskadi libre del humo de tabaco" y asociaciones de pacientes.

- Se han realizado **2 cursos en los que se ha formado a 37 líderes**: (32 sanitarios y 5 pacientes).
- Se han realizado **40 cursos (Tomando control de su salud: 9; Manejo personal de la Diabetes: 31)** en los que se ha formado a **463 pacientes**.
- Se han realizado encuestas de satisfacción tras la finalización de los cursos, tanto a nivel de usuarios como a nivel de los formadores de los grupos. **Ambas encuestas han sido muy positivas**, los pacientes han dado una nota media sobre la satisfacción general del curso de **4,7 sobre 5**. Los formadores, han dado un **4,3 sobre 5**.

OBJETIVOS Y ACCIONES PARA EL 2012

- Análisis y evaluación de los resultados del Ensayo Clínico a los 12 meses. (Grupo intervención versus control).
- Obtener una bolsa de unos 60 pacientes Instructores en el programa.
- **Extender el Programa** al resto de las comarcas sanitarias del País Vasco, por medio de la inclusión del Programa Paciente Activo en **Contrato Programa 2012**.
- Formar a 1000 / 1500 pacientes.
- Adaptación de la metodología Stanford a la realidad de Euskadi .
- **Buscar acuerdos de colaboración** con Instituciones, empresas, asociaciones de pacientes, vecinos, etc para poder impartir la formación en el curso "Tomando control de su salud".
- Desarrollar un equipo de trabajo duradero y estable, que gestione el proyecto.
- Adaptación del programa al "Plan de Euskadi libre de humo" en colaboración con la Subdirección de Asistencia Sanitaria.
- Establecer circuitos y mecanismos de **difusión del programa**.
- Diseñar **soporte on-line** para la impartición de los cursos.

4

Apoyo a las Asociaciones de Pacientes Crónicos

Responsable proyecto: **José Asua**

Este proyecto estratégico servirá a **las asociaciones de pacientes para conseguir una comunicación más fluida y activa** entre sus miembros, facilitándoles la socialización del conocimiento existente mediante el aprovechamiento de las nuevas tecnologías (Web 2.0).

Se están llevando a cabo **convocatorias anuales de ayuda** a las asociaciones de pacientes y cuidadores crónicos, así como de profesionales sanitarios, orientadas a que desarrollen su estrategia de comunicación

vía web y para la creación de una red social web 2.0 entre sus miembros.

En la actualidad se ha completado el desarrollo de todas las plataformas tecnológicas tanto de las Asociaciones de Profesionales (22 Asociaciones) como las de pacientes (44 asociaciones).

Para el 2012 se completará la iniciativa haciéndola extensiva a las 140 Asociaciones de pacientes y profesionales identificadas en Euskadi.

DEFINICIÓN DEL PROYECTO

Fortalecimiento de las asociaciones de pacientes para el abordaje en la **mejora de la salud a través de las tecnologías** de la información y la comunicación (TIC).

Por ello se llevan a cabo **convocatorias anuales** de ayudas a las asociaciones de pacientes y cuidadores crónicos así como de profesionales sanitarios, orientadas a que desarrollen su estrategia de comunicación web y de creación de una red social con mentalidad web 2.0.

Además se pondrá en manos de los pacientes crónicos de la CAPV un espacio de comunicación digital que facilite la interacción entre pacientes crónicos de distintas patologías. (**KRONET – Comunidad vasca de pacientes**).



OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROYECTO

Generales:

- Fomentar la **colaboración y cooperación de las asociaciones** de forma más efectiva con el sistema sanitario y sus líneas estratégicas.
- Contribuir a la **innovación y modernización de las entidades o asociaciones** de personas afectadas y familiares a través de la incorporación de las TIC a su vida cotidiana.

- Crear **sistemas basados en TICs orientados a mejorar la calidad de vida de los pacientes**.

Específicos:

- Dotar a las asociaciones de pacientes de plataformas tecnológicas para:
- El fomento de la comunicación bidireccional.
- Generar documentación accesible, veraz y sencilla sobre la patología.

- Difundir y dinamizar las acciones que se realizan desde la Asociación.
- Dotar a las asociaciones de profesionales de plataformas tecnológicas para el fomento de la comunicación bidireccional generando entornos de Gestión del Conocimiento.

ACCIONES Y RESULTADOS HASTA LA FECHA

- Se han concedido ayudas económicas a 44 asociaciones de pacientes y a 22 asociaciones profesionales (2010).
- Se ha completado el desarrollo de todas las plataformas tecnológicas tanto de las asociaciones de pacientes (44 asociaciones) como las de profesionales (22 asociaciones).
- Se ha elaborado un plan formativo para la ciudadanía en el uso de las correspondientes plataformas tecnológicas. También existe un plan de formación para los gestores de las asociaciones, así como un plan de Emprendizaje Social para los Gerentes/Administradores de las mismas.
- La Comunidad Vasca de Pacientes (KRONET) está finalizada y su apertura al público se realizará próximamente.
- Se ha conformado el II Encuentro del Comité Estratégico del Tercer Sector.
- Se ha redactado la memoria de actividades de la secretaría técnica en esta primera edición y recopilación de encuestas de las Asociaciones sobre la consecución de este proceso.

OBJETIVOS Y ACCIONES PARA EL 2012

- Completar la iniciativa y hacerla extensiva hasta las 140 Asociaciones de pacientes y profesionales identificadas en Euskadi.
- Completar las acciones formativas para la ciudadanía con el fin de reducir la brecha digital existente.
- Se plantean 3 sesiones de interacción con formato de World-Café, con el tejido asociativo al objeto de recoger iniciativas y opiniones sobre la EC.
- Plan de presentación de Kronet y las plataformas de las asociaciones que fueron resueltas en la 1ª Orden de Subvenciones.
- Plan de seguimiento y dinamización de los proyectos ya consolidados de las primeras 44 asociaciones con un proyecto de acompañamiento.
- Crear proyectos conjuntamente con las asociaciones que tengan mayor alcance, p.ej. prescribe vida saludable, plataformas de crowd-funding, buscadores específicos para personas con discapacidades físicas/biológicas.



5

Historia Clínica Unificada: Osabide Global

Responsable proyecto: Mikel Ogueta Lana

Esta herramienta permite recoger toda la información de interés de cada paciente para que todos los profesionales implicados en la labor asistencial la compartan y ayude así a la toma de decisiones.

La implantación total en la Atención Especializada se finalizará en marzo de 2012 y su extensión, que contempla la integración con la Atención Primaria, a finales de año.



DEFINICIÓN DEL PROYECTO

La historia clínica electrónica única (Osabide Global) será una herramienta que permitirá a los profesionales tener una **visión integral y global del paciente/usuario** de la sanidad vasca, independientemente en qué nivel asistencial se encuentre.

Se constituye el grupo de trabajo (G12) el 20 de noviembre 2010, compuesto por médicos y enfermeras de diferentes OOS y ámbitos asistenciales de Osakidetza. Se crearon subgrupos de trabajo de profesionales sanitarios de diversos niveles asistenciales para detectar las necesidades clínicas. En dichas reuniones de trabajo han participado unos 800 profesionales, junto a profesionales de apoyo informático.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROYECTO

Generales:

- **Crear y desplegar Osabide Global para todos los niveles asistenciales y profesionales** para que éstos puedan disponer del 100% de la información clínica de un paciente las 24 horas del día desde cualquier punto de atención de Osakidetza.

Específicos:

- Prestar una **atención continua** independientemente de donde se de la asistencia sanitaria, con seguridad, y con una visión global e integral.

- **Posibilitar el intercambio de datos, la comunicación, y la implicación de los profesionales.**
- Propiciar la coordinación interservicios y organizaciones mediante el uso de una historia única por paciente/usuario, únicos datos.

ACCIONES Y RESULTADOS HASTA LA FECHA:

- Validación de la aplicación Informática.
- Implantación de Osabide Global en **16 Hospitales de Osakidetza** (88%) **y más de 50 consultas externas extrahospitalarias** (CCEE) de la red, tras un proceso de formación previa a los profesionales sanitarios. Durante la implantación se han registrado más de 770.000 evolutivos (399.835 en CCEE, 286.626 en hospitalización y 78.558 en hospitalización a domicilio), por 40 servicios diferentes de la red que incluyen tanto áreas médicas como quirúrgicas.
- Implantación de las **Consultas No Presenciales** (atención primaria y especializada) en algunas **especialidades** como dermatología, traumatología y endocrino, entre otras.
- Desde la atención primaria es posible acceder a toda la información registrada en Osabide Global (informes de hospitalización, urgencias, de pruebas, de radiología con su imagen correspondiente, evolutivos, constantes, etc.).
- Citación priorizada para determinadas patologías entre la atención primaria y especializada.

OBJETIVOS Y ACCIONES PARA EL 2012

Para marzo 2012 está prevista la finalización de la implantación de Osabide Global en toda la atención especializada de Osakidetza.

Integrar los resultados de todos los dispositivos tecnológicos (radiología digital, etc.) utilizados en Osakidetza.

Aumentar la integración de imágenes a otras especialidades como cardiología, ginecología, etc., tal como se ha hecho con la radiología.

Continuar con la integración primaria–especializada, aumentando los módulos comunes entre ambas áreas asistenciales (pacientes, callejero, receta electrónica, cartilla del embarazo, etc.).

Potenciar las Consultas No Presenciales como elemento de comunicación integrada entre niveles asistenciales en la historia clínica.

Identificar (marcar) en la historia clínica grupos de pacientes estratificados para llevar a cabo sobre ellos intervenciones adecuadas. Ej. Pacientes pluripatológicos, Insuficiencia cardiaca (IC), DM tipo II, EPOC ligados al Contrato-Programa 2012.

6

Atención Clínica Integrada

Responsable proyecto: **Eduardo Gárate Guisasola**

Este proyecto pretende **desarrollar experiencias de integración asistencial** tanto de tipo organizativo como por medio de procesos asistenciales, entre la atención primaria y la atención especializada.

En este sentido se han creado de manera normativa cuatro organizaciones sanitarias integradas (OSIs) y una Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB).

Así mismo existen **numerosas iniciativas y proyectos de integración clínica en torno a patologías prevalentes** entre las OOS de atención primaria y especializada que intervienen sobre una determina-

da área local de salud ("microsistema"). Existen 120 aproximadamente.

Como herramienta que favorecerá la atención clínica Integrada se han definido los **Planes de Intervención Poblacional (PIP)** incluidos en el **Contrato-Programa 2012**, que incorporan la definición y desarrollo de rutas clínicas en pacientes seleccionados por estratificación; este año se han priorizado cuatro grupos de patologías prevalentes: pacientes pluripatológicos; pacientes con DM tipo II; IC y EPOC.



DEFINICIÓN DEL PROYECTO

Existen diversas experiencias de integración en marcha en Euskadi, que se dividen en dos grupos en función de su tipología: por un lado, las experiencias que suponen la unificación de diferentes dispositivos asistenciales en una única Organización Sanitaria Integrada (OSI), y Red de Salud Mental (RSM), y por otro lado, experiencias centradas en la integración de procesos asistenciales.

Todas ellas pretenden **garantizar la continuidad asistencial** mediante el desarrollo de sistemas integrados de salud a nivel local al objeto de dar una respuesta de calidad y eficiencia al paciente crónico.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROYECTO

Generales.

- Reorientar las OOSs hacia **modelos más integrados** para dar una respuesta de calidad y eficiencia al paciente crónico.

Específicos:

- Creación de organizaciones sanitarias Integradas (OSIs).
- Desarrollar iniciativas de integración clínica en torno a procesos asistenciales.
- Impulsar y dinamizar estrategias de integración asistencial a través de los Planes locales de Cronicidad.

ACCIONES Y RESULTADOS HASTA LA FECHA

- Creación de la **Red de Salud Mental de Bizkaia**, mediante Real Decreto 345/2011.
- Creación y pilotaje de **OSI Bidasoa** mediante Acuerdo del Consejo de Administración el 13 de diciembre de 2010.
- Implantación de **tres nuevas OSIs en el Área de Gipuzkoa** mediante Acuerdo del Consejo de Administración de Osakidetza del 3 de octubre de 2011. (OSI Bajo Deba, OSI Alto Deba, OSI Goierri-Alto Urola).
- En los dos últimos años, se están desarrollando en la red de Osakidetza **numerosas iniciativas/proyectos específicos de Integración del proceso asistencial** basados en una adecuada coordinación de niveles, incluyendo alianzas entre profesionales de ambos ámbitos, en algunos casos incluyendo tecnologías de la comunicación (Telemedicina,...), etc. En la mayoría de los casos, estas experiencias provienen del ámbito de las innovaciones desde los profesionales. En conjunto, el número actual de **estas experiencias se puede cifrar en unas 120 aproximadamente**.
- Recientemente, con la definición del Contrato-Programa de 2012, estas actividades de integración del proceso asistencial han experimentado un impulso mediante los **Planes de Intervención Poblacional (PIP)** incluidos en el mencionado Contrato-Programa. Estos PIPs incorporan la definición y desarrollo de "rutas clínicas", en pacientes seleccionados por estratificación, en cuatro grupos de patologías prevalentes: Pacientes Pluripatológicos Pacientes con Diabetes Mellitus tipo II; IC y EPOC. Asimismo incluyen actividades de soporte a la autogestión y prevención/promoción.

- Las "rutas clínicas", mencionadas constituyen actividades de integración del proceso clínico en las patologías referidas y se despliegan en **11 Áreas Integradas de Salud (AIS)**, que son: (AIS C. Bilbao-H. Universitario Basurto - H. Sta. Marina; AIS C. Interior-H. Galdakao-Usánsolo - H. Sta. Marina; AIS C. Uribe-H. Gortiz - H. Universitario Cruces; AIS C. Ezkerraldea -H. Gortiz - H. San Eloy - H. Universitario Cruces; AIS C. Araba - H. Universitario Araba-H. Leza; AIS C. Gipuzkoa - H. Universitario Donostia; AIS Sub-Comarca Tolosaldea - H. La Asunción; OSI Bidasoa; OSI Mendaro; OSI Alto Deba; OSI Goierri-Urola).
- Celebración de diversas **Jornadas de difusión**, tanto a nivel de centro como institucionalmente, en las que se han presentado y debatido los diversos modelos integradores existentes tanto en Osakidetza como en otras partes del Estado.
- Participación en la Conferencia de Sevilla junto a las Sociedades Científicas de Medicina Interna y SEMFYC.
- Se ha creado un **Marco Evaluativo** de las experiencias de Integración Asistencial.

OBJETIVOS Y ACCIONES PARA EL 2012

- **Evaluación de los resultados** intermedios tanto de las OSIs como de la Áreas Locales Integradas de Salud (AISs), avanzando hacia el seguimiento del nuevo modelo de contrato programa 2012.
- **Evaluación** de las diferentes iniciativas de integración mediante el uso del Marco Evaluativo.
- **Extensión** de aquellas experiencias y/o procesos asistenciales que hayan mostrado resultados adecuados en cuanto a eficacia, eficiencia y satisfacción.
- Identificación e impulso de nuevos procesos clínicos para incorporar a los PIPs.
- Organización de una jornada de buenas practicas en integración asistencial.
- Participación en foros nacionales e internacionales sobre experiencias integradoras en cronicidad.

7

Desarrollo de Hospitales de Subagudos

Responsable proyecto: **Adela Olaskoaga Arrate**

Se trata de **desarrollar un modelo de hospital de subagudos** (HsA) que pueda tratar las reagudizaciones, la convalecencia y la rehabilitación de enfermos crónicos de forma más adecuada para el paciente y eficiente en términos del sistema sanitario. Asimismo, es un hospital estrechamente conectado con la comunidad, con la atención primaria y el resto de recursos sanitarios y sociosanitarios.

En esta fase de evolución se encuentran los hospitales de Gorliz y Santa Marina así como el H. de Leza. Se

ha constituido asimismo la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de pacientes frágiles y convalecientes del H. Universitario Donostia. Se están desarrollando los planes funcionales de los hospitales de subagudos de Eibar y H. Universitario de Alava.

En términos generales, actualmente se están desarrollando **rutas asistenciales junto con hospitales de agudos y atención primaria para la atención a pacientes pluripatológicos** y también modelos de valoración integral para estos pacientes.



DEFINICIÓN DEL PROYECTO

Se trata de **consolidar un nivel de atención especializado dirigido a personas con enfermedades crónicas complejas**, en el que se realice un abordaje integral de la situación de estos pacientes atendiendo especialmente a sus necesidades de recuperación funcional. La rehabilitación, dirigida a estos pacientes o a perfiles diferentes (neuromuscular postquirúrgico, neurológico post-ictus, etc) es otro de los terrenos de trabajo que distinguen a estos centros.

Los hospitales de media–larga estancia actuales, dentro de su heterogeneidad, representan un vehículo privilegiado para hacer frente a esta necesidad. Por lo tanto, se está desarrollando un modelo de hospital de subagudos (HsA) que pueda tratar las reagudizaciones, la convalecencia y la rehabilitación de enfermos crónicos de forma más adecuada para el paciente y eficiente para el sistema sanitario.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROYECTO

Generales.

- **Asegurar una atención integral en los hospitales de subagudos**, basada en evidencias adecuadas y con cuidados orientados a restablecer la estabilidad clínica y las funciones deterioradas.
- Diseñar e implementar planes de atención coordinada entre la **atención primaria, hospitales de agudos y los HsA** para la atención a las personas con enfermedades crónicas complejas.

ACCIONES Y RESULTADOS HASTA LA FECHA

Hospital de Leza

- Desarrollo del **proceso integrado cuidados paliativos**.
- Desarrollo del proceso integrado para la **atención a la EPOC con atención primaria AP**.
- Protocolo con Bienestar Social para agilizar salida en pacientes pendientes de valoración de dependencia.
- Reuniones de consenso con Hospital Universitario Araba y Comarca Araba para plasmar las bases del futuro Plan de Intervención Poblacional.

Hospital Donostia (UGC de pacientes frágiles y convalecientes)

- **Consolidación de la UGC:** designado jefe de la unidad y asignados a la unidad los servicios de medicina interna MBE, rehabilitación y hospitalización a domicilio. Elaborado mapa de procesos. Desarrollado proceso convalecencia de pacientes neuroquirúrgicos, ictus, postoperatorios complejos (cirugía, traumatología) y otras cirugías, procedentes de intensivos.
- Establecido con AP el **proceso de atención a pacientes que reingresan con patología crónica** agudizada.
- Establecido el **proceso de atención con residencias gerontológicas**.

Hospital de Eibar

- **Redactado el plan funcional.** Licitado el proyecto constructivo.

Hospital de Subagudos del Hospital Universitario Araba

- **Plan funcional en elaboración.**

Hospital Gorliz.

- Establecidos con Emergencias acuerdos de derivación directa.
- Establecidos procedimientos para asegurar la continuidad de cuidados al alta.
- Establecidos con el Instituto Foral de Bienestar Social (IFAS) y resto de **residencias de mayores acuerdos de derivación directa**.
- Iniciados procesos de formación de profesionales en residencias de mayores.
- Desarrollo de grupos de trabajo con C. Uribe, C. Ezkerraldea-Enkarterri, H. Universitario Cruces y H. San Eloy para **establecimiento de circuitos en atención a pacientes pluripatológico**.

Hospital Santa Marina

- Elaboración, planificación y difusión de la estrategia del hospital 2011-2013 como Hospital de Subagudos.
- Definición, planificación y desarrollo de la **Unidad de día**.
- Desarrollo de grupos de trabajo con C. Bilbao y H. Universitario Basurto, C. Interior y H. Galdakao-Usánsolo para **establecimiento de circuitos en atención a pacientes pluripatológicos**.
- Identificación de áreas de mejora a través de grupos focales con cuidadores de pacientes.
- Análisis de la eficacia y detección de áreas de mejora en el ámbito de la asistencia social.
- Participación en el proyecto de nuevos roles de enfermería: enfermera de enlace hospitalario.
- Colaboración en los proyectos PROMIC y TELBIL.

OBJETIVOS Y ACCIONES PARA EL AÑO 2012

Generales:

- Desarrollo de rutas asistenciales junto con hospitales de agudos y AP para pacientes pluripatológicos.
- Utilización de modelos de valoración integral de paciente crónico para pacientes pluripatológicos.

- Implantación de un protocolo para la detección precoz de riesgo social y actuaciones subsiguientes.

Hospital de Leza

- Se establece intervención específica en el área integrada de Araba por contrato programa para pacientes estratificados: **pacientes plutipatológicos, EPOC e IC.**

Hospital Donostia (UGC de pacientes frágiles y convalécientes)

- Negociación de **objetivos y contrato para 2012**; prevista la firma de contrato en febrero 2012 (en función de contenidos concretos de contrato programa).
- **Ampliación a otras Unidades de Atención Primaria (UAP)** del proceso de atención a pacientes que reingresan con patología crónica agudizada.
- Previsible ampliación a otras residencias, en función de las prioridades de la Dirección Territorial de Sanidad (DTS) del proceso de atención con residencias gerontológicas.

H. Subagudos de Eibar

- **Redacción del Proyecto constructivo.**

Hospital de Subagudos del Hospital Universitario Araba

- **Plan funcional en elaboración.**

Hospital Gorliz

- Revisión y desarrollo de programas compartidos en el área de **coordinación socio-sanitaria con ayuntamientos y Diputación Foral.**
- Incorporación de representantes de las residencias de mayores de las comarcas de referencia al grupo de valoración del paciente pluripatológico.

- Desarrollo de un programa de rehabilitación en hospital de día, de prótesis de rodilla, en coordinación con hospitales de agudos para mejorar la eficiencia en la utilización de camas.

- Incorporación de un **neuropsicólogo** (daño cerebral, atención a los déficits cognitivos).

- Proyecto de atención con telemonitorización a pacientes con disfagia en domicilio.

- Proyecto de colaboración con la Asociación de familiares y pacientes de daño cerebral.

- Programa de ampliación y adecuación de rehabilitación para pacientes de la Unidad de cuidados paliativos.

- Revisión y propuestas de programas para los pacientes con patologías crónicas osteoarticulares potenciando el papel de pacientes activos.

Hospital Santa Marina

- Desarrollo de la figura del cuidador activo: **educar y formar a las familias y cuidadores** posibilitando un mayor protagonismo/responsabilidad en el cuidado al paciente.

- Consolidación y potenciación de la Unidad de cuidados paliativos: Creación de unidad de gestión clínica.

- Despliegue de la estrategia planificada para el **cuidado integral e individualizado de los pacientes pluripatológicos en los microsistemas**: Comarca Bilbao y Comarca Interior.

- Definición y despliegue de la estructura organizativa del hospital adaptándola a las nuevas modalidades y necesidades asistenciales (de organización por servicios a organización por necesidades de pacientes).

- Definición y despliegue de **alianzas con residencias** para facilitar la continuidad asistencial de los pacientes.

8 Competencias Avanzadas de Enfermería

Responsable proyecto: **Inmaculada Sánchez Martín**

Este proyecto trata de elaborar una propuesta **para el desarrollo de competencias avanzadas de enfermería enfocadas hacia la atención a la cronicidad** en Osakidetza.

Para ello se han diseñado e implantado **8 experiencias piloto** con la participación de **24 enfermeras** combinando diferentes roles: Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario (EGEH), Enfermera Gestora de la Continuidad (EGC) y Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas (EGCA). En estas experiencias se ha intervenido **sobre 900 pacientes**.

Para la **evaluación de la eficacia de estos roles** se han utilizado cuestionarios de calidad de vida, de satisfacción de pacientes y cuidadores, de satisfacción de profesionales y registros de reingresos y de las intervenciones realizadas.

Resultados obtenidos hasta la fecha: **Necesidad de implantar las competencias de las EGEH y EGCA**. Asunción de las competencias de la EGC en los equipos de AP y utilizar un sistema de información integrado con definición de estándares de actividad y protocolos de actuación.



DEFINICIÓN DEL PROYECTO

Desarrollar y desplegar en la práctica nuevos roles de enfermería enfocados hacia la atención de la cronicidad.

Para ello, se ha definido una estrategia y metodología para su puesta en marcha que contempla 5 fases:

- Fase I.- Definición Marco Competencial: Estudio Benchmarking y sesiones Grupos de Trabajo interdisciplinar.
- Fase II.- Diseño, formación y lanzamiento de Pilotos.
- Fase III.- Pilotajes.
- Fase IV.- Evaluación y Reflexión Estratégica según resultados.
- Fase V.- Implantación de las nuevas competencias en Osakidetza.



OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROYECTO

Generales:

- **Elaborar una propuesta para el desarrollo de competencias avanzadas de enfermería** enfocadas hacia la atención a la cronicidad en Osakidetza.
- **Reflexionar** sobre posibles marcos competenciales y **necesidades para su implantación y despliegue** en el Sistema Vasco de Salud.

Específicos:

- Identificar nuevas competencias en las enfermeras de Osakidetza para la atención integrada y continua al paciente crónico.
- Diseñar e implantar las competencias a través de experiencias piloto.
- **Evaluar la eficacia de las competencias pilotadas** en resultados de salud y calidad de vida en personas con patologías complejas de larga duración, así como su satisfacción con la atención y la de los profesionales implicados.

ACCIONES Y RESULTADOS HASTA LA FECHA

- Análisis, diseño y definición de las nuevas competencias de enfermería a través de la realización de un **Benchmarking** Nacional e Internacional de experiencias en Enfermería de gestión de caso y grupo de trabajo interdisciplinar.
- Identificación y formación de los nuevos roles a pilotar: **EGEH, EGC y EGCA**.
- Desarrollo de un estudio clínico, finalizado en diciembre del 2011, basado en **8 pilotos** en el que han intervenido **24 enfermeras** distribuidas en un total de 21 organizaciones sanitarias entre hospitales y comarcas de atención primaria. Aproximadamente **900 pacientes captados**.
 - **Piloto 1.**- Centros de Hondarribia; Dunboa e Irún Centro y Hospital de Bidasoa (EGC).
 - **Piloto 2.**- H. Universitario Donostia (EGEH) y Centro Beraun (EGC).
 - **Piloto 3.**- H. Universitario Cruces (EGEH) y Comarca Uribe Costa (EGCA).
 - **Piloto 4.**- H. Santa Marina (EGEH) y Comarca Bilbao (EGCA).
 - **Piloto 5.**- H. San Eloy (supervisoras-EGEH) y Comarca Ezkerraldea (EGC).

- **Piloto 6.**- H. Universitario Araba (2 EGEH) y Comarca Araba (EGC).
- **Piloto 7.**- H. Zumárraga (EGEH) y Comarca Mendelbaldea (EGCA).
- **Piloto 8.**- Tolosaldea (EGC) y la Clínica la Asunción.
- Colaboración de otros proyectos estratégicos como el de "Estratificación" y "Osarean".
- Elaboración: check-list, hojas seguimiento, mapas relacionales e indicadores por piloto.
- Celebración de reuniones semanales de seguimiento de pilotos y tutorización.
- Puesta en marcha de Wiki colaborativa para información, comunicación, coordinación y seguimiento de pilotajes.
- Selección e implantación de cuestionarios de satisfacción y de calidad de vida para pacientes y cuidadores.
- Diseño e implantación del sistema de contraste y evaluación de actividad y resultados antes y después de la implantación de los nuevos roles de enfermería.
- Unificación de bases de datos para la explotación final de los datos.
- Adjudicada financiación por Kronikune para la explotación de datos relativos al proyecto.
- Recogida de información preliminar de actividad y resultados por piloto. **En la actualidad en proceso de elaboración de informes preliminares por piloto**, disponiendo ya de informes relativos a pilotos 2 y 4.

OBJETIVOS Y ACCIONES PARA EL 2012

- Elaboración, validación, implantación y análisis de las encuestas de satisfacción a profesionales, pacientes familiares a realizar en febrero – abril 2012.
- Recogida de información preliminar de actividad y resultados por piloto. Finalización de informes de resultados por piloto.
- **Realizar informe final** dónde se incluirá el análisis, evaluación y extracción de conclusiones por rol, las mejoras y **propuestas de acciones para la posible extensión:** abril-mayo del 2012.
- Intensificar la difusión y comunicación del proyecto y sus objetivos hacia los profesionales de medicina y enfermería de AP y AE.
- Sistematizar circuitos y práctica asistencial en el seguimiento de los pacientes captados estableciendo mínimos de atención para todas las organizaciones.
- **Implantación de la propuesta a lo largo del 2012.**

9

Colaboración Sociosanitaria

Responsable proyecto: **Elena Elosegui**

Este proyecto va dirigido a las **personas que necesitan una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable**. Implica la valoración integral de los pacientes y engloba todos los elementos de atención a la cronicidad desde la vertiente de atención sociosanitaria a través de la **reorganización y coordinación del sistema sanitario y de los servicios sociales**. Asimismo, contempla el domicilio como principal ámbito de provisión de cuidados.

En febrero de 2011 se aprobó el **Documento Marco** para la elaboración de las directrices de la atención sociosanitaria para la CAPV.

Se han elaborado los Planes operativos territoriales, se ha creado una unidad de ortogeriatría en Gipuzkoa, se han puesto en marcha 3 equipos piloto de coordinación sociosanitaria.

El año 2012 se completará el diseño de un nuevo modelo de planificación, financiación y atención sociosanitaria; se elaboraran protocolos de coordinación que garanticen una atención integral. También se contará con la Interoperabilidad de los sistemas de información sanitaria y social.



DEFINICIÓN DEL PROYECTO

Este proyecto está enfocado a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o riesgo de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de atención. Implica la valoración integral de los pacientes y **engloba todos los elementos de atención a la cronicidad desde la vertiente de atención sociosanitaria**, no sólo mediante la incorporación de nuevos recursos, sino a través de la reorganización y coordinación del Sistema Sanitario y de los Servicios Sociales.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROYECTO

Generales:

- Desarrollar los servicios sociosanitarios, **potenciando la coordinación sociosanitaria a nivel de atención primaria (AP)** mediante equipos interdisciplinares, como garantía de una atención integrada en el continuo asistencial, contemplando el **domicilio como principal ámbito de provisión de cuidados**.

Específicos:

- Implantar un **sistema de información** en el que confluyan los dos sistemas potenciando las estructuras organizativas existentes, dotándolas de mayor poder vinculante y desarrollando las estructuras necesarias de coordinación a nivel comunitario.
- Determinar los **convenios de colaboración** necesarios para cubrir la atención sociosanitaria de las personas susceptibles de la misma.
- Desarrollar un modelo de **atención temprana** para la CAPV.
- Aprobar un plan de acción entre las administraciones y departamentos con competencias en sanidad sobre enfermedades raras en la comunidad.
- Desarrollar una red de equipos de atención primaria sociosanitaria que responda de forma integral e integrada a las necesidades de la población diana.
- Promover la formación, la investigación y la innovación en el espacio sociosanitarios.

ACCIONES Y RESULTADOS HASTA LA FECHA:

- **28/2/2011:** Aprobación por el Consejo vasco de atención sociosanitaria del **Documento Marco** para la elaboración de las directrices de la atención sociosanitaria y del modelo de atención temprana para la CAPV.
- **Creación del Centro Vasco de Innovación Sociosanitaria (Etorbizi)**, cuyo fin es el impulso y la articulación de iniciativas de investigación, desarrollo e innovación de carácter sociosanitario para la prevención y atención de situaciones derivadas del envejecimiento, las enfermedades crónicas, la discapacidad o la dependencia.
- **Planes operativos Territoriales:** Aprobación del Plan Operativo Sociosanitario de Gipuzkoa y de Araba entre los agentes implicados. Propuesta elaborada pendiente de aprobación en Bizkaia.
- **Septiembre 2011:** Firma del Convenio para la Mejora de la Atención Sociosanitaria en Álava.
- **Bizkaia:** Externalización de pacientes psiquiátricos. En 2010 han salido de los hospitales psiquiátricos a pisos tutelados 15 nuevos pacientes, financiados al 50% por la Dirección Territorial y la Diputación de Bizkaia. A finales de 2010 había 222 plazas residenciales concertadas y 500 de centros de día. Además, la Red de Salud Mental tiene otras 200 plazas de hospital de día y 16 en pisos tutelados.

■ Gipuzkoa:

- Creación de la Unidad de Ortojeriatria, entre el Hospital Universitario Donostia y la Fundación Matía para el proceso de fractura de cadera. Primer año: 390 pacientes atendidos y 2'6 millones de ahorro estimado.
- Creación de una Unidad de patología dual sociosanitaria.
- Atención por la Red de Salud Mental a Unidades de Psicogeriatría en Centros Residenciales.
- Protocolo de planificación de altas sociosanitario implantado.
- Tres equipos sociosanitarios en funcionamiento.

OBJETIVOS Y ACCIONES PARA EL 2012

- Diseño de un **nuevo modelo** de planificación, financiación y atención sociosanitaria en centros residenciales.
- Modelo de **atención temprana** para la CAPV.
- **Interoperabilidad de los sistemas de información** sanitaria y social.
- Diseño de protocolos de coordinación sociosanitaria que garanticen una atención integral e integrada a las necesidades cambiantes de la población diana.
- Reorganizar y mejorar la atención a personas con problemas de salud mental.
- Establecer alianzas con las asociaciones de personas afectadas y familiares.
- Elaboración de Planes territoriales locales.
- Guía de evaluación de proyectos sociosanitarios.
- Diseño de un modelo de servicio de teleasistencia avanzada.

10 Financiación y Contratación

Responsable proyecto: Patricia Arratibel

Este proyecto trata **renovar el proceso de contratación** de servicios sanitarios convirtiéndose en 2012 en palanca de cambio y acelerador en la creación de "micro sistemas".

Estos "micro sistemas" están constituidos por las OOSS que actúan sobre una población local trabajando de forma coordinada, con lógica poblacional y objetivos estratégicos por grupo poblacional según **estratificación**, compartiendo responsabilidad sobre los resultados en salud y buscando **eficiencias**.

Durante el 2012 se llevará a cabo el **seguimiento de la financiación compartida** entre organizaciones para el desarrollo de los Planes de Intervención de los micro sistemas.

Asimismo, se evaluará el cumplimiento de los Planes de intervención poblacionales (PIP) que se han definido en base a criterios de prevalencia de patologías crónicas y utilizando la estratificación (Para 2012 se ha priorizado: Pacientes pluripatológicos, Diabetes tipo II, IC y EPOC).

DEFINICIÓN DEL PROYECTO

El proyecto de Financiación y contratación sanitaria es uno de los principales instrumentos de que dispone el Departamento de Sanidad y Consumo para establecer lo que compra y **promover cambios en el modelo de provisión**, alineando a los proveedores con su estrategia, así como para asignar la financiación de los servicios sanitarios.

El importante avance de los últimos dos años en todos los proyectos de la EC y, particularmente, el hecho de disponer en esta comunidad autónoma de la estratificación del 100% de su población, permite situar en 2012 al proyecto de Financiación y Contratación sanitaria como palanca de cambio y acelerador en la creación de micro sistemas.



OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROYECTO

Generales:

- Este proyecto persigue renovar el proceso de contratación de servicios sanitarios en la CAPV orientándolo hacia la mejora de salud y continuidad de cuidados.
- Procurar una nueva lógica de coordinación y organización entre los diferentes agentes que proveen asistencia (micro sistemas).
- Avanzar hacia una asignación de los recursos ajustada por riesgo y orientada al cumplimiento de objetivos en salud.

Específicos:

- Disponer en el año 2012, el 100% de las organizaciones sanitarias organizadas en micro sistemas. Esto implica que todas las OOSS que actúan sobre una población trabajen de forma coordinada, con lógica poblacional y objetivos estratégicos por grupo poblacional según estratificación, compartiendo responsabilidad sobre los resultados en salud y buscando eficiencias.
- Disponer en el año 2012 del 100% de micro sistemas con PIP en funcionamiento.
- Disponer en el año 2012 de un marco evaluativo de la calidad basado en las dimensiones de la IOM. (Institute of Medicine).
- Promover en el año 2012 iniciativas/proyectos de innovación

(Bottom-up) en los microsistemas. Estos proyectos de innovación tendrán su espacio en el Contrato-Programa.

ACCIONES Y RESULTADOS HASTA LA FECHA

Los principales avances realizados en el proyecto en los últimos años han sido:

Alineamiento de los objetivos de la contratación al cumplimiento de la EC (compartir la visión).

- Avances cualitativos:
 - Se han diseñado nuevos instrumentos para la planificación de la contratación: **Directrices Estratégicas de contratación.**
 - **Planes de Contratación Territoriales (PCTs):** instrumentos de planificación territorial que determinan qué comprar, con qué recursos y los vincula a los provisos locales (públicos y privados), en base a las directrices de contratación.
- Avances operativos:
 - Se ha simplificado la estructura de los contratos programas y se ha orientado su contenido al cumplimiento de la EC (anexos de calidad).
 - Se han habilitado espacios para la contratación de proyectos de cambio/innovación: Bottom-up.
 - Se ha aumentado el peso relativo del anexo de calidad (1,5%).
- **Definición de instrumentos de coordinación:** "Hoja de Ruta de la contratación" (instrumento de trabajo que pretende alinear las funciones y roles de todos los agentes implicado activamente en el ciclo anual de contratación).
- **Avance en la asignación territorial ajustada y en asignación finalista contra resultados:** asignación territorial del presupuesto con reequilibrios y financiación finalista centralizada.

OBJETIVOS Y ACCIONES PARA EL 2012

Durante el año 2011 se ha llevado a cabo una profunda reflexión y modificación de los contratos programa que se desarrollarán en 2012. En concreto, los principales **hitos 2012 del proyecto son:**

- El **seguimiento de la financiación compartida** entre organizaciones para el desarrollo de los Planes de Intervención de micro sistemas. **La nueva propuesta vincula un 3% de la financiación de las OOSS** que conforman cada microsistema, al cumplimiento de objetivos del mismo sobre

intervenciones integradas (PIP: 2% del presupuesto; calidad: 0,5% del presupuesto; innovación y prioridades estratégicas: 0,5% del presupuesto).

- **Cumplimiento de los Planes de Intervención Poblacionales** que se han definido en base a criterios de prevalencia de patologías crónicas y existencia de avances en la coordinación entre niveles asistenciales. En 2012, son los siguientes:
 - Gestión del caso: **Plan de Intervención a pacientes pluripatológicos.**
 - Gestión de la enfermedad: **Plan de intervención Diabetes, IC y EPOC.**
 - Autogestión: **Paciente activo en diabetes, actividad física y dieta en diabéticos, control del riesgo cardiovascular, deshabituación tabáquica y vacunación antigripal.**
 - Prevención y promoción: **Deshabitación y consejo antitabáquico y vacunación antigripal.**
- Las **poblaciones diana de intervención** para el conjunto de la CAPV son:

	Plurip	EPOC	DM	IC
Territorio Gipuzkoa	2.272	3.020	7.412	4.593
Territorio Araba	916	1.314	2.703	1.2076
Territorio Bizkaia	3.575	5.294	10.984	3.699

Realización de la evaluación de los Planes de Intervención en 2012 (mayo/junio; octubre) a fin de poder retroalimentar los avances incluidos en 2012 y proponer áreas de mejora para 2013 así como nuevas intervenciones.

11

Osarean: Osakidetza No Presencial

Responsable proyecto: Rafael Sánchez Bernal

Osarean desarrolla un **modelo de relación y servicio a distancia "no presencial", centrado en las necesidades de pacientes**, ciudadanos y profesionales sanitarios que pretende: Mejorar los procesos asistenciales; Implicar a los pacientes y ciudadanos con su salud y liberar a los profesionales de la salud de aquellas tareas que no aportan ningún valor (trámites administrativos) para que puedan centrarse en actividades de alto valor (trabajo clínico).

En la actualidad el **nuevo modelo de cita previa** a través de canal telefónico y a través de la Web de Osakidetza atiende ya a la totalidad de la población de

Euskadi. Así mismo se está impulsando el **consejo sanitario telefónico**, que atiende unas 6000 consultas/mes, con un índice de resolución del 90%.

El presente año se desarrollarán entre otros los siguientes proyectos: **carpeta de salud de cada ciudadano**, que permitirá acceder a toda la información clínica contenida en la historia clínica del paciente; creación de una solución integral para la utilización de la **telemedicina en el abordaje clínico**; la facilitación en la tramitación administrativa y el apoyo a la realización de **consultas no presenciales**.



DEFINICIÓN DEL PROYECTO

Osarean es un servicio que facilita a quien lo desee, pacientes, familiares y profesionales, el poder relacionarse con Osakidetza de forma no presencial, mediante el uso de todos los canales de interacción disponibles en la actualidad, (teléfono fijo o móvil, ordenador, e-mail, videoconferencia, tv, web, redes sociales, etc.).

Este proyecto está enfocado hacia el modelo de gestión integral de crónicos utilizando, **de forma complementaria a las actividades asistenciales tradicionales**, las nuevas tecnologías y los canales de interacción no presenciales.

Inicialmente se identificaron tres fases críticas para su desarrollo conceptual:

- Fase I: La realización de un análisis DAFO de la gestión de proyectos piloto.
- Fase II: Se ha realizado un análisis externo de experiencias pioneras en la gestión de la cronicidad.
- Fase III: Se ha definido de manera preliminar un modelo de gestión de la cronicidad apoyado en la tecnología.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROYECTO

Generales:

- Hacer **más sostenible el sistema sanitario**, contribuyendo de manera activa a su transformación, y colaborando en el reto de la cronicidad en Euskadi, apoyando a todos los Proyectos estratégicos de la EC.
- Promover **la implicación del ciudadano con su salud** y de las personas enfermas o sus cuidadores con la enfermedad.
- **Mejorar la coordinación inter-servicios sanitarios** (servicios de emergencias, continuidad asistencial no presencial, acceso a datos clínicos, acceso a información asistencial corporativa on-line).

Específicos:

- Realizar de forma no presencial **procedimientos administrativos** (gestión de cita previa, recordatorio y/o confirmación de citas, informes y certificados médicos, gestión de la tarjeta sanitaria, etc.).
- Obtener información general sobre el sistema sanitario (cartera de servicios, directorio de centros sanitarios, centros y farmacias de guardia, ...).
- **Difundir actividades y programas de promoción de la salud y educación sanitaria** (Foros de Pacientes para la promoción de hábitos de vida saludables, recordatorios de vacunas, información sobre programas de salud pública).
- Formar al paciente en el manejo de su enfermedad.
- Realizar el **seguimiento a distancia** de pacientes con enfermedades crónicas.
- **Descargar a los profesionales** sanitarios de procedimientos administrativos y actividades de seguimiento y control.

ACCIONES Y RESULTADOS HASTA LA FECHA

- Extendido el **nuevo Modelo de cita previa** para Médico de cabecera, Pediatra, Enfermera y Matrona, a través del canal telefónico (IVR y Call center) al 100% de la población (2.200.000 habitantes) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Oferta de **Cita web** al 100% de la población a través de los ordenadores y del móvil.
- Creación del **Consejo sanitario** realizado por enfermeras especialistas de Osakidetza a través del teléfono, (se atienden unas 6.000 consultas mes, con un índice de resolución del 90%; un índice de satisfacción de los ciudadanos del 96%; y en el 95% de los casos el consejo dado supone que no acuden a otro nivel asistencial).
- Creación de un sistema de atención sanitaria a los 23.000 pacientes monitorizados por Asuntos Sociales. (**Programa Beti On**).
- Apoyo a algunas iniciativas de los 13 Proyectos de la EC para afrontar el reto de la Cronicidad: monitorización EPOC, Asma, Diabetes, Prescribe vida saludable, Osteba, CEVIME, etc.
- Se ha puesto en marcha el proyecto de telemedicina entre el centro penitenciario de Nanclares y el Hospital Universitario Araba y en pacientes crónicos con parálisis cerebral escolarizados.
- Liderazgo, impulso y gestión del Nuevo Portal 2.0 de la Sanidad Pública Vasca.
- Encuesta de salud poblacional para detectar el riesgo de padecer cáncer de mama a una población diana de 170.000 mujeres.

OBJETIVOS Y ACCIONES PARA EL 2012

- Crear una **Carpeta personal de salud de cada ciudadano**, que permitirá acceder a toda la información clínica objetiva contenida en la Historia Clínica, y realizar autoevaluaciones sobre su nivel de salud, así como conocer hábitos de vida saludable.
- Apoyo para realizar **Consultas no presenciales**: Interconsultas no presenciales, teléfono, telemedicina, e-mail, y consultas de Tele monitorización en domicilio, e integración de la información en Osabide global, así como impulso a las consultas en las redes sociales.
- Crear una solución de atención a distancia y virtual del pa-

ciente crónico en movilidad, en todos los desplazamientos, integrado en Osabide global.

- Crear una solución integral de Tele medicina domiciliaria que debe integrarse en la Osabide global.
- Crear una solución tecnológica integral de Tele medicina entre profesionales de Osakidetza que atiendan pacientes y que debe integrarse en Osabide global.
- Facilitar la realización de diversos **trámites administrativos** (TIS, 2ª opinión; voluntades anticipadas, etc.).
- Realizar **Campañas poblaciones de salud públicas** y/o informativas. (Vacunación antigripal, el Programa de detección precoz del cáncer de mama, etc).
- Realizar **Encuestas** de expectativas de los ciudadanos y también realizar encuestas de satisfacción para mejorar el conocimiento del sistema sanitario.
- Crear la Escuela de salud: Paciente activo y hojas informativas para los pacientes validadas por médicos y enfermeras especialistas de Osakidetza, y apoyo a las asociaciones y foros de pacientes.

12 Desarrollo de la Farmacia y de la Receta Electrónica (RE)

Responsable proyecto: Paloma Acebedo

Este proyecto permitirá el uso seguro y eficiente del medicamento, minimizando errores en el proceso de prescripción/dispensación, ayudando a mejorar el cumplimiento fármaco terapéutico. Supondrá también una importante **reducción de los trámites administrativos**.

Se están desarrollando los diversos módulos de los que se compone el proyecto: Vademécum, Sistema

Universal de Prescripción (SUPRE), Visado Electrónico, Facturación, Dispensación y Sistema de Explotación de R.E.

En la actualidad se ha definido el Vademécum único, y el resto de módulos del proyecto entrarán en funcionamiento a lo largo del presente año.

DEFINICIÓN DEL PROYECTO

La Receta Electrónica (RE), supone la integración de los procesos de la prestación farmacéutica (prescripción, visado, dispensación y facturación) basándose en las tecnologías de la información.

Permite pasar del concepto de prescripción de fármacos a la instauración de planes fármaco terapéuticos integrados.

Para el desarrollo de los distintos módulos y fases del proyecto se han constituido diversos grupos de trabajo:

- Grupo de trabajo de Vademécum.
- Grupo de trabajo del Sistema Universal de Prescripción. (SUPRE)
- Grupo de trabajo de Visado Electrónico.
- Grupo de trabajo de Facturación.
- Grupo de trabajo de Dispensación.
- Grupo de trabajo del sistema de Explotación de R.E.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROYECTO

Generales:

- Incrementar la seguridad del paciente.
- Promover la eficiencia en el uso de medicamentos.
- Impulsar la integración de todos los niveles asistenciales y la continuidad de cuidados.



Específicos:

- Edición de un Vademécum único para todos los niveles asistenciales.
- Incorporar ayudas asistenciales al sistema de prescripción y dispensación para mejorar la calidad de la misma (evitar las duplicidades, interacciones, etc).
- Favorecer la atención farmacéutica.
- Incrementar el grado de información y cumplimiento terapéutico de los pacientes.
- Establecer un nuevo sistema de gestión e información de la Prestación Farmacéutica.
- Reducción de los trámites administrativos.

ACCIONES Y RESULTADOS HASTA LA FECHA:

- Definición del Modelo y del Plan funcional de cada uno de los módulos.
- Convenio con los Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- Puesta en producción del Vademécum corporativo.
- Difusión y gestión del cambio para cada uno de los agentes de interés
- Puesta a punto de las Tarjetas Profesionales de los prescriptores y la organización de las contingencias de la mismas para la firma electrónica.
- Formación presencial y on-line de los médicos de AP.
- Puesta en marcha de Sistema de prescripción universal en producción en AP (SUPRE).
- Definición, desarrollo y validación del módulo de visado y de la facturación.

OBJETIVOS Y ACCIONES PARA EL 2012

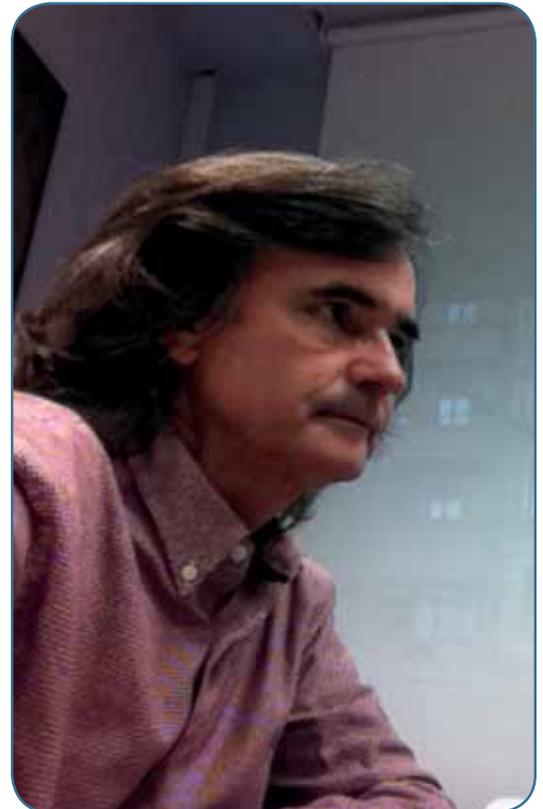
- Puesta en producción y funcionamiento del Visado electrónico (100% inspecciones médicas)
- Formación y puesta en marcha del modulo de Prescripción Universal en la Atención especializada y en Salud Mental (100% para finales del 2012).
- Puesta en producción del nuevo Modulo de facturación (100% de las recetas).
- Puesta en producción del Sistema de información de la prestación farmacéutica: OBI (data budines Warehouse).
- Puesta en producción del Modulo de Dispensación, Integrado con los aplicativos de las farmacias.
- Realización del piloto del ciclo completo de Receta Electrónica y su evaluación.
- Despliegue controlado en las farmacias de la CAPV.

13 Centro de Investigación para la Cronicidad: Kronikgune

Responsable proyecto: Esteban De Manuel

Este Proyecto va a **facilitar el acceso al estado del conocimiento y metodologías de investigación**, así como a fuentes de financiación nacionales e internacionales reforzando la creación de un sistema sanitario innovador. Permitirá atraer a investigadores capaces de conectar la experiencia acumulada en Osakidetza generando una red de mejores evidencias científicas en el tratamiento y cuidado de la cronicidad.

En 2011 Kronikgune lleva a cabo una convocatoria para proyectos de investigación en servicios sanitarios a pacientes crónicos. Se presentaron 74 proyectos de investigación de los que el **44,60% (33) fueron aprobados por valor de 1.050.000 €.**



DEFINICIÓN DEL PROYECTO

Kronikgune es un Centro de Investigación de Excelencia en Cronicidad que nace con la vocación de convertirse en un organismo de referencia mundial en el estudio sobre las respuestas sostenibles de los sistemas sanitarios y sociosanitarios frente a la cronicidad.

El Centro congregará a algunos de los principales expertos mundiales en esta área de conocimiento, que estudiarán desde el País Vasco las consecuencias de la cronicidad y las posibles fórmulas para transformar este reto en oportunidad.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROYECTO

Generales:

- Conocer las implicaciones sanitarias, sociales y económicas de la Cronicidad.
- Determinar los **modelos de identificación de pacientes crónicos**, especialmente de los más complejos.
- Propiciar el **diseño e implementación de intervenciones** (centradas en el paciente).
- Promover los sistemas integrados de atención y cuidado.
- Favorecer la eSalud y el **uso de tecnologías** en este ámbito.

Específicos:

- Convertir los resultados de los proyectos de innovación organizativa desarrollados en la red vasca (o en otros sistemas sanitarios con los que se establezcan acuerdos) en **conocimiento y metodología adaptable que facilite la transformación/innovación del sistema sanitario**.
- Desarrollar proyectos de investigación **que generen conocimiento a nivel global**, con liderazgo de proyectos internacionales y publicaciones de prestigio.
- Actuar como **elemento tractor del sector productivo innovador** y favoreciendo el retorno económico.

ACCIONES Y RESULTADOS HASTA LA FECHA

- Plan de despliegue y presupuesto 2012 aprobados (18/10/2011).
- **Equipo humano** inicial: Director General, Administrador y administrativo seleccionados (22/12/2011).
- Diseño y puesta en marcha web (www.kronikgune.org).
- Convenios Osakidetza y BIOEF estructurando la colaboración de los grupos de investigación y la gestión científica firmados (diciembre 2011).
- Identificación inicial de las líneas de investigación y metodología de implantación desarrolladas (diciembre 2011) y elaboración **Borrador Marco científico**.
- **Convocatoria de ayudas Kronikgune** a proyectos de investigación en servicios sanitarios a pacientes crónicos con sus bases reguladoras y anexos específicos (7-sept-2011).

- Formularios de evaluación para los proyectos y un Manual del evaluador.
- **Concesión de ayudas** a los convocatoria de ayudas Kronikgune a proyectos de investigación en servicios sanitarios a pacientes crónicos. Se presentaron 74 proyectos de investigación de los que el **44,60% (33) fueron aprobados** por valor de 1.050.000€.

OBJETIVOS Y ACCIONES PARA EL 2012

- **Seguimiento** de los proyectos financiados desde las ayudas Kronikgune.
- **Evaluación** de los proyectos finalizados.
- Realización de una **propuesta de extensión** de aquellos proyectos que hayan sido considerados factibles de implementar en función de los criterios establecidos a tal término.
- Convocatoria incorporación grupos de investigación.
- Elaboración y aprobación Programa Científico.
- Participación en **Convocatorias de Proyectos europeos**.

14 Innovación desde los Profesionales Clínicos

Responsable proyecto: Olga Rivera

Las mejores ideas de transformación surgen de la base, del contacto con los pacientes, del conocimiento directo de los problemas no resueltos en los servicios sanitarios. Por eso, **este proyecto alienta las ideas innovadoras que emergen desde los profesionales clínicos** con el objetivo de mejorar la calidad de la atención sanitaria, los procesos asistenciales de sus organizaciones y su propia práctica diaria.

Se trata de **convertir las ideas en conocimiento organizativo**, a través de un proceso de investigación-

acción y, en su caso, **extender los mejores resultados** a todos los niveles sanitarios.

A lo largo de este año se pretende llevar adelante **179 proyectos** procedentes tanto de Becas de Investigación del Departamento de sanidad y Kronikgune como relacionados con los contratos-programa de las Organizaciones Sanitarias.



DEFINICIÓN DEL PROYECTO

Este proyecto, cuyos principales actores son los profesionales, verdaderos agentes del cambio, trata de convertir las ideas en conocimiento organizativo, a través de **un proceso de investigación-acción** y, en su caso, extender los mejores resultados a todos los niveles del sistema sanitario.

Aúna la actividad diaria con la investigación para conseguir mejoras aplicadas en el sistema sanitario a través de un proceso cíclico, colaborativo y participativo que permite el aprendizaje continuo.

Este proyecto se desarrolla mediante los elementos siguientes:

- **Adaptación de la convocatoria de ayudas** a proyectos de investigación del Departamento de Sanidad y Consumo para potenciar iniciativas de investigación-acción.
- Convocatoria de **ayudas de Kronikgune** a proyectos de investigación en servicios sanitarios a pacientes crónicos.
- Cambios en el **Proceso de contratación promoviendo proyectos de innovación organizativa** dentro de la EC.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROYECTO

Generales.

Diseñar el proceso, las herramientas y los responsables de cara a facilitar y promover la innovación por medio de pilotos de “abajo a arriba”, y asegurar su sostenibilidad y extensión a todo el Sistema Sanitario Vasco cuando se alcancen los resultados pretendidos.

Específicos:

Generar proyectos de innovación desde las organizaciones.

Pilotar y **extender** los proyectos generados.

Facilitar la puesta en marcha de los proyectos de innovación desde los profesionales.

Comunicar los proyectos y sus resultados.

ACCIONES Y RESULTADOS HASTA LA FECHA

Hasta la fecha se han realizado las siguientes actuaciones:

- Realizada la convocatoria y la concesión de ayudas a proyectos de investigación del Departamento de Sanidad y Consumo para los años 2010 y 2011.
- Incorporación de modificaciones a las ayudas a proyectos de investigación debido a las necesidades surgidas de la anterior convocatoria: **Concepto de “investigación-acción”**.
- Realizados diversos ajustes en el Contrato Programa alineados con la EC (años 2010 y 2011).
- Creación del Equipo De Apoyo a la Investigación-Acción (EDALIA).
- Se han puesto en marcha **diversas iniciativas para promover la innovación desde los profesionales**: HOBE4+, Ezagutza, Elkarjakintza, Microsystems, . . .
- Los Proyectos de innovación desde los profesionales en desarrollo en el ámbito de la cronicidad son:
 - a) Año 2010:
 - Proyectos de investigación concedidos a través de la convocatoria 2010 de Becas del Departamento de Sanidad y Consumo: **25**
 - Proyectos incluidos en Contrato Programa: **40**
 - Otros proyectos de innovación en las OOSS (OOSS): **2**
 - b) Año 2011:
 - Proyectos de investigación en desarrollo que vienen de la convocatoria 2010 de Becas del Departamento de Sanidad y Consumo: **25**
 - Proyectos de investigación concedidos a través de la convocatoria 2011 de Becas del Departamento de Sanidad y Consumo: **25**
 - Proyectos de Investigación concedidos desde la convocatoria de ayudas Kronikgune: **33**
 - Proyectos incluidos en Contrato Programa: **55** (23 proyectos vienen del 2010).
 - c) Año 2012:
 - Proyectos de investigación en desarrollo provenientes de las convocatorias 2010 y 2011 de Becas del Departamento de Sanidad y Consumo: **50**
 - Proyectos de investigación en desarrollo provenientes de la convocatoria 2011 de ayudas Kronikgune: **33**
 - Proyectos propuestos por las OOSS y cuya inclusión en Contrato Programa será determinada por las Direcciones Territoriales: 116 totales de los cuales hay 20 proyectos repetidos en diferentes “micro sistemas”. De esta forma, tenemos en este capítulo **96 proyectos**.
- Selección de los proyectos y asignación presupuestaria en todas las modalidades: CP, Investigación y Kronikgune.
- Realización de reuniones para el seguimiento y cierre de los proyectos.
- Valoración final de algunas de las iniciativas y análisis de propuestas de extensión al sistema sanitario.

OBJETIVOS Y ACCIONES PARA EL 2012

Seguimiento de los proyectos en la parte correspondiente a la “innovación desde los profesionales” del Contrato Programa.

Seguimiento de los proyectos existentes en los “Planes de Intervención Poblacional” de los Contratos Programa.

Seguimiento de las becas aprobadas por el Departamento de Sanidad.

Seguimiento de las becas aprobadas por Kronikgune.

Seguimiento de otros proyectos que vienen de las OOSS y que no están en Contrato Programa.

Revisión y desarrollo de los circuitos y responsables para la evaluación del impacto y factibilidad de extensión de las recomendaciones derivadas de los resultados de los proyectos de innovación de los profesionales provenientes de las diferentes fuentes reseñadas.

14 Anexos al proyecto de Innovación desde los profesionales Clínicos

A continuación se adjuntan una serie de tablas (Anexos 1-4) que constituyen actualmente, la “foto” de los proyectos en desarrollo, correspondientes a este importante aspecto de la EC que denominamos “innovación desde los profesionales”.

Se han incluido los proyectos provenientes de diferentes fuentes, que son:

- **Las Becas del Departamento de Sanidad y Consumo** (sobre todo las referidas a investigación-acción). En este grupo debe puntualizarse que en 2012 confluyen los **25 proyectos** adjudicadas en 2010 que siguen desarrollándose en 1011 y 2012 con otros **25 proyectos** adjudicados en 2011 que inician su desarrollo en 2012. Se presentan en las tablas del **ANEXO 1 y ANEXO 2**.
- **La Convocatoria de Kronikune 2011**. Constituyen **33 proyectos** seleccionados para su financiación de un total de 77 presentados que empiezan a ser desarrollados en 2012. **ANEXO 3**
- **Los proyectos relacionados con el Contrato Programa 2012**, es decir, aquellos proyectos propuestos por las OOSS para que sea valorada su inclusión en el contrato-programa de este año por parte de las Direcciones Territoriales. En el **ANEXO 4** se presenta la tabla que recoge **116 proyectos** que se ubican en los diferentes “micro sistemas” o conjunto de OOSS que trabajan de forma coordinada en cada ámbito geográfico local y constituyen la totalidad de proyectos. Cabe puntualizar que del conjunto de esos proyectos, hay 20 que se repiten, debido a que algunas OOSS (sobre todo los hospitales de subagudos) trabajan en varios “micro sistemas”. De esta forma, en este bloque tenemos **96 proyectos**.

En los contratos-programa de 2010 correspondientes a todas las OOSS se incluyeron 40 proyectos relativos al tema de la cronicidad; en el 2011 se incluyeron asimismo 55 proyectos. Dado que algunos de estos proyectos requieren más de un año para su desarrollo, pueden aparecer en los contratos-programa de dos años consecutivos.

A continuación se presenta un cuadro que resume el conjunto de proyectos reseñados.

Proyectos de Innovación desde los Profesionales en el Ámbito de la Cronicidad

Resumen

2010	2011	2012
Financiados por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco 25 proyectos (Concedidos)	Financiados por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco 25 proyectos (En desarrollo Convocatoria 2010)	Financiados por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco 25 proyectos (En desarrollo Convocatoria 2010)
		Financiados por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco 25 proyectos (En desarrollo Convocatoria 2011)
	Financiados por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco 25 proyectos (Concedidos)	
	Financiados Ayudas Kronikgune 33 proyectos (Concedidos)	Financiados Ayudas Kronikgune 33 proyectos (En desarrollo Convocatoria 2011)
Contrato Programa 40 proyectos (Anexo de calidad)	Contrato Programa (Anexo de calidad, 55 proyectos agrupados) (23 proyectos vienen del 2010)	Proyectos que surgen de las OOSS y cuya inclusión en el Contrato Programa será determinada por las Direcciones Territoriales: 116 proyectos (20 proyectos repetidos en diferentes micro sistemas)
Desde las Organizaciones de Servicios 2		
67 proyectos	138 proyectos	199 Proyectos (Totalidad de proyectos) 179 (Excluidos proyectos repetidos)

Para cualquier duda o solicitud de información sobre cualquiera de los Proyectos reseñados dirigirse a los profesionales y servicios especificados en los Anexos o a la Oficina para la Estrategia de la Cronicidad:

Tfno: **945 00 60 84**.

E-mail: OEC.OFICINACRONICIDAD@osakidetza.net



Escanee este código QR con su móvil, smartphone para mandar un e-mail

Anexo 1: Proyectos de investigación del Departamento de Sanidad

Convocatoria 2010 - Desarrollo 2011 y 2012

MODALIDAD	PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	INVESTIGADOR	ORGANIZACIÓN / SERVICIO	SITUACIÓN ACTUAL ENERO 2012	RESULTADOS
IA	Efectividad de un programa colaborativo multidisciplinar de optimización de tratamiento y gestión de cuidados para pacientes de alto riesgo con IC PROMIC	AROS BORAU, Fernando	C. Araba, H. Universitario Araba	En desarrollo	Entregado 1º informe anual
C	Análisis de la prescripción farmacológica en enfermedades crónicas. Propuesta de mejora de la calidad de prescripción y la eficiencia.	MARTINEZ GOROSTIAGA, Javier	C. Araba	En curso	Presenta memoria científica del 1º año. Proyecto a 2 años.
IA	Evolución a largo plazo de las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis, su efecto sobre calidad de vida.	RUIZ DE ALEGRIA FERNANDEZ DE RETANA, Begoña	Escuela de Enfermería de Vitoria-Gasteiz	En desarrollo	Sin finalizar
C	Eficacia de dos estrategias psicológicas (rehabilitación cognitiva versus psicoeducación) como tratamiento adicional al farmacológico habitual en el trastorno bipolar.	GONZALEZ-PINTO ARRILLAGA, Ana	H. Universitario Araba (H. Santiago)	En curso	Presenta memoria científica del 1º año. Proyecto a 2 años.
IA	Validación de un programa para AP de tratamiento y seguimiento de los pacientes con síndrome de apneas-hipoapneas del sueño (sahs). Sistema colaborativo-interactivo de control en red entre la medicina de asistencia primaria, las empresas suministradoras de cpap y los especialistas de la unidad de sueño.	DURAN CANTOLLA, Joaquín José	H. Universitario Araba (H. Txagorritxu)	En desarrollo	Sin entregar informe anual al haberse iniciado con retraso el proyecto.
IA	Efectividad de la traslación de un programa de prevención primaria de diabetes tipo-II (De- Plan) a la práctica rutinaria de AP en Osakidetza	SANCHEZ PEREZ, Álvaro	Unidad de investigación de AP de Bizkaia	En desarrollo	Entregado 1º informe anual
IA	Eficacia de un programa de ejercicio para mejorar la calidad de vida de las personas con cáncer de pulmón	MARTIN SANTIDRIAN, Rosa Amaya	Unidad de investigación de AP de Bizkaia	En desarrollo	Entregado 1º informe anual
IA	Programa integral de atención al paciente mayor polimedcado en la comarca Bilbao de AP	GABILONDO ZELAIA, Ixtasne	Comarca Bilbao	En desarrollo	Sin entregar informe anual al haberse iniciado con retraso el proyecto. Prorroga hasta el 2012.
IA	Prescripción inadecuada en mayores polimedcados en AP y la potencialidad de cambio utilizando los criterios STOP/START	MARTIN LESENDE, Iñaki	Comarca Bilbao	En desarrollo	Entregado 1º informe anual
IA	Efectividad de un programa colaborativo multidisciplinar de optimización de tratamiento y gestión de cuidados para pacientes de alto riesgo con insuficiencia cardíaca "PROMIC". Estudio multicéntrico coordinado	DOMINGO RICO, CRISTINA	C. Interior y H. Galdakao-Usánsolo	En desarrollo	Entregado 1º informe anual
C	Elaboración de un protocolo conjunto de actuación que facilite la coordinación entre niveles (Atención Hospitalaria- Atención Primaria- Familia- Paciente) para la provisión de cuidados paliativos a domicilio, por AP.	ABAUNZA BADAYA, Karnele Amaia	C. Interior y H. Galdakao-Usánsolo	En curso	Presenta memoria científica semestral.
C	Diseño de un protocolo de interacción entre AP y hospital para mejorar la detección precoz y el seguimiento de los pacientes con Esclerosis Múltiple	RODRIGUEZ-ANTIGÜEDAD ZARRANZ, Alfredo	H. Universitario Basurto	En curso	Presenta memoria científica semestral. Proyecto a un año.
IA	Detección precoz y cribado poblacional de Diabetes en el País Vasco - Prevalencia de Diabetes en Euskadi	GAZTAMBIDE SAEZ, Sonia	H. Universitario Cruces	En desarrollo	Entregado 1º informe anual

MODALIDAD	PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	INVESTIGADOR	ORGANIZACIÓN / SERVICIO	SITUACIÓN ACTUAL ENERO 2012	RESULTADOS
IA	Incidencia de la "Reagudización transitoria" (Flare) del dolor en pacientes tratados con radioterapia por metástasis óseas dolorosas. Estudio observacional prospectivo.	GOMEZ DE ITURRIAGA PIÑA, Alfonso	H. Universitario Cruces	En desarrollo	Entregado 1º informe anual
IA	TELEPOC: efectividad de un modelo de control de los pacientes con epoc reingresadores utilizando las tecnologías de la información	ESTEBAN GONZALEZ, Cristóbal	H. Galdakao-Usánsolo	En desarrollo	Entregado 1º informe anual
IA	Desarrollo de una intervención innovadora en el tratamiento ambulatorio en pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria (TCA)	PADIERNA ACERO, Jesús Ángel	H. Galdakao-Usánsolo	En desarrollo	Entregado 1º informe anual
IA	Comparación de resultados en la exacerbación de EPOC entre los ingresos asistidos por un algoritmo de ayuda en la toma de decisión y los decididos según criterios implícitos	PULIDO HERRERO, Esther	H. Galdakao-Usánsolo, H. Txagorritxu y H. Alto Deba	En desarrollo	Entregado 1º informe anual
C	Efectividad de los tratamientos rehabilitadores de pacientes con ictus. Repercusión de la discapacidad en su calidad de vida y en la de su cuidador.	PINEDO OTAOLA, Susana	H. Gorliz	En curso	Presenta memoria científica semestral.
IA	Uso racional del medicamento en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad - Coordinación interniveles para la mejora de la prescripción de metilfenidato en el Sistema Vasco de Salud	LASA ZULUETA, Alberto	Salud Mental de Bizkaia	En desarrollo	Entregado 1º informe anual
IA	Selección, adaptación y validación de un cuestionario de calidad de vida para pacientes con patologías de hombro	YROTOSOU, Kalliopi	Unidad Investigación de H. Universitario Basurto	En desarrollo	Entregado 1º informe anual
IA no Osakidetza	Efectividad de la teleasistencia en personas con enfermedades neuromusculares	AMAYRA CARO, Imanol	Universidad de Deusto	En desarrollo	Sin entregar informe anual al haberse iniciado con retraso el proyecto.
IA	Las redes sociales de las personas mayores: identificación, caracterización y análisis de su relación con los hábitos de vida relacionados con la salud	VERGARA MICHELTORENA, Itziar	BIOEF	En desarrollo	Entregado 1º informe anual
C	Elaboración de un programa de prevención primaria de diabetes tipo 2 y pilotaje de la experiencia.	SILVESTRE BUSTO, Maria Carmen	Comarca Gipuzkoa	En curso	Presenta memoria científica del 1º año. Proyecto a 2 años.
C	Estudio de la atención a las personas diagnosticadas de depresión y propuesta de un nuevo modelo de atención integrada.	CALDERON GOMEZ, Carlos	Comarca Gipuzkoa	En curso	Presenta memoria científica del 1º año. Proyecto a 2 años.
IA	Utilidad de la monitorización ambulatoria continua de glucemia en diabéticos insulino-dependientes: impacto sobre el control metabólico	YOLDI ARRIETA, Alfredo	H. Universitario Donostia y H. Zumárraga	En desarrollo	Entregado 1º informe anual

IA: Investigación Abierta C: Comisionada

Anexo 2: Proyectos de investigación del Departamento de Sanidad

Convocatoria 2011 - Desarrollo 2012

	PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	INVESTIGADOR	ORGANIZACIÓN
1	Programa de control integral coordinado del paciente asmático en la comarca interior de Bizkaia. Una combinación de paciente activo, entorno asistencial colaborativo y seguimiento a distancia. Estudio piloto.	Isabel Inés Urrutia Landa	Hospital Galdakao-Usánsolo
2	Utilidad del electrocardiograma (EMG)-Biofeedback en pacientes diagnosticados de fibromialgia en el contexto de un tratamiento multidisciplinar.		Hospital Galdakao-Usánsolo
3	Validación de escalas para la evaluación de la gravedad de la IC aguda descompensada en servicios de urgencias.	Fernando Torre Mollinedo	Hospital Galdakao-Usánsolo
4	Evaluación del Plan de Atención Integrada de los pacientes pluripatológicos de la Comarca del Bajo Deba	Esperanza Montero Aparicio	Hospital Mendaro
5	Obesidad secundaria a antipsicóticos atípicos: ¿Quiénes son las personas más vulnerables?	Isabel Andía Ortiz	Hospital Psiquiátrico de Zamudio
6	Evaluación de la eficiencia de los tratamientos biológicos en los pacientes con artritis reumatoide, la afectación de su calidad de vida y costes asociados.	Iñigo Gorostiza Ormaetxe	Hospital Universitario Basurto
7	Pacientes supervivientes al cáncer. Modelos de atención sanitaria y calidad de vida relacionada con la salud.	Antonio Escobar Martínez	Hospital Universitario Basurto
8	Prevención de desarrollo de depresión postparto en mujeres con muy alto riesgo.	Purificación López Peña	Hospital Universitario Araba – H. Santiago
9	Prevención primaria en pacientes con alto riesgo de psicosis: detección e intervención temprana.	Sonia Ruiz de Azua García	Hospital Universitario Araba – H. Santiago
10	Efecto de la búsqueda activa de la tromboembolia de pulmón (TEP) en pacientes con exacerbaciones de EPOC de causa desconocida: ensayo clínico aleatorizado.	Vanesa Zorrilla Lorenzo	Hospital Universitario Araba (H. Txagorritxu)
11	Eficacia de la intervención psicológica, dietético-nutricional y actividad física en pacientes con Síndrome de apneas-hipoapneas durante el Sueño (SAHS) en grado severo.	José Luis Majón Caballero	Hospital Universitario Araba (H. Txagorritxu)
12	Evaluación del impacto en la salud (EIS) de dos áreas de intervención-regeneración de la Bahía de Pasaia.	Dolores Baixas de Ros	Osakidetza - C.S. de Pasajes San Pedro
13	Cuidar al final de la vida en el domicilio: la perspectiva de los profesionales de AP.	Alberto Meléndez Gracia	Comarca Araba
14	Validación del cuestionario vida, de valoración de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) en personas mayores.	Iñaki Martín Lesende	Comarca Bilbao
15	Impacto del programa de educación en autocuidados "Paciente Activo" en el control metabólico, riesgo cardiovascular y calidad de vida en los pacientes con diabetes tipo 2 en AP de la Comunidad Autónoma del País Vasco: ensayo clínico aleatorio.	Estibaliz Gamboa Moreno	Comarca Gipuzkoa
16	"Plataforma electrónica para la gestión de conocimiento sobre diabetes y factores de riesgo cardiovascular para profesionales y pacientes: diseño y monitorización a partir de la actualización de tres guías de práctica clínica basadas en la evidencia".	Rafael Rotaetxe del Campo	Comarca Gipuzkoa
17	Identificación precoz de personas mayores con alteración funcional	Antonio Bueno Errandonea	Comarca Gipuzkoa

	PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	INVESTIGADOR	ORGANIZACIÓN
18	Diseño y pilotaje de un modelo de integración asistencial para el paciente pluripatológico en el ámbito de una Comarca sanitaria	M ^a Luz Jáuregui García	Comarca Gipuzkoa
19	Estudio sobre la efectividad de la espirometría como instrumento motivacional para dejar de fumar. Un ensayo clínico.	Maria Isabel Irizar Aramburu	Comarca Gipuzkoa
20	Estudio PRO-CUI: eficacia de un programa de formación a los cuidadores de enfermos mayores dependientes. Fase piloto.	Milagros Concepción Gabiola Kalogreas	Unidad de Investigación de AP de Bizkaia
21	FRuVER: factibilidad y eficacia potencial de una intervención en el aumento del consumo de frutas y verduras. Fase piloto.	Begoña Maña Montalvo	Unidad de Investigación de AP de Bizkaia
22	Tratamiento de las úlceras por presión en AP mediante tele-asesoramiento experto: evaluación de efectividad y reducción de costes.	Cristina Quesada Ramos	Unidad de Investigación de AP de Bizkaia
23	TRIAP: ¿Es efectivo el tiraje en unidades asistenciales para mejorar la eficiencia de la AP de Salud?	Roberto González Santiesteban	Unidad de Investigación de AP de Bizkaia
24	Validez y fiabilidad de instrumentos de detección y de medición de hábitos y estilos de vida saludables en AP de Salud.	Haizea Pombo Ramos	Unidad de Investigación de AP de Bizkaia
25	Proyecto de telemonitorización del paciente crónico pluripatológico	Eneritz Elguezua Uriarte	Pertsonen Garapenerako ITG Taldea

Anexo 3: Proyectos de investigación Kronikgune

Convocatoria 2011 - Desarrollo 2012

	PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	INVESTIGADOR	ORGANIZACIÓN	SERVICIO
1	Evaluación de las necesidades asistenciales no satisfechas de las personas que padecen esquizofrenia y sus familiares	MORENO CALVENTE, M ^a Concepción	Red Salud Mental de Bizkaia	Hospital de Día de Durango
2	Evaluación de intervenciones psico-sociales en pacientes intervenidos de cáncer colo-rectal tras intervención quirúrgica. P109/90397. Estudio coordinado-multicéntrico IRYSS-CARESS-CCR. Subproyecto 3.	ESCOBAR MARTINEZ, Antonio	Hospital Universitario Basurto	Unidad de Investigación y Epidemiología Clínica
3	Creación y validación de escalas de predicción de mortalidad y de reingreso para pacientes hospitalizados por IC	ESCOBAR MARTINEZ, Antonio	Hospital Universitario Basurto	Unidad de Investigación y Epidemiología Clínica
4	Telemonitorización de pacientes crónicos-pluripatológicos desde la AP ("Proyecto TELBILBA")	MARTIN LESENDE, Iñaki	Osakidetza	Comarca Bilbao de AP.
5	Evaluación de las Intervenciones Sanitarias y Sociales dirigidas a ancianos dados de alta de los servicios hospitalarios con diagnóstico de fractura de cadera o de muñeca tras caída casual. Seguimiento hasta 18 meses tras la caída	QUINTANA LOPEZ, José María	Hospital Galdakao-Usánsolo	Unidad de Investigación y Epidemiología Clínica
6	Factores de riesgo a corto y medio plazo de resultados adversos, y creación de modelos predictivos, en pacientes con cáncer de colon-recto. Estudio coordinado-Multicéntrico IRYSS-CCR. Proyecto 1.	QUINTANA LOPEZ, José María	Hospital Galdakao-Usánsolo	Unidad de Investigación y Epidemiología Clínica
7	Plataforma electrónica para la gestión del conocimiento sobre diabetes y factores de riesgo cardiovascular para profesionales y pacientes: Diseño y monitorización a partir de la actualización de tres guías de práctica clínica basadas en la evidencia	ROTAECHE DEL CAMPO, Rafael	Comarca Gipuzkoa	Centro Salud de Alza
8	Continuación desarrollo de un programa basado en la evidencia en primeros y segundos episodios psicóticos	GONZALEZ PINTO ARRILLAGA, Ana	Hospital Universitario Araba (H. Santiago)	Psiquiatría
9	Control de los pacientes con EPOC reingresadores utilizando las tecnologías de la información: Importancia de la actividad física	IRIBERRI PASCUAL, Milagros	Hospital Universitario Cruces	Neumología
10	Planificación de la asistencia sanitaria en pacientes con insuficiencia renal en programas de diálisis	SARALEGUI RETA, Iñaki	Hospital Universitario Araba (H. Santiago)	Medicina Intensiva
11	Control de los pacientes de EPOC reingresados utilizando las tecnologías de la información: Importancia de la actividad física	ESTEBAN GONZALEZ, Cristóbal	Hospital Galdakao-Usánsolo	Neumología
12	HOBE4+	ABOS MENDIZABAL, Galder	BIOEF	O+BERRI
13	Análisis y evaluación de los resultados pilotos del proyecto estratégico 8 de la EC (Competencias avanzadas de enfermería)	RUIZ DE OCENDA GARCIA, María Jesús	Organización Central	Asesoría de Enfermería /Dirección de Asistencia Sanitaria
14	Efectividad de la unidad de pluripatológicos de Santa Marina: Situación social de nuestros enfermos	FRESCO BENITO, Francisco Javier	Hospital Santa Marina	Unidad de Subagudos
15	Detección de variables condicionantes en el proceso de cronicidad de enfermedad mental grave	PEREDA MUÑOZ, Amada	Red Salud Mental Bizkaia	Hospital de Bermeo
16	Efectividad de la traslación de un programa de prevención primaria de diabetes a la práctica rutinaria de AP en Osakidetza	SILVESTRE BUSTO, Carmen	Comarca Gipuzkoa	Unidad de Calidad
17	Desarrollo de aplicaciones de la estratificación poblacional	ORUETA MENDIA, Juan Francisco	BIOEF	OBERRI

	PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	INVESTIGADOR	ORGANIZACIÓN	SERVICIO
18	Impacto del programa de educación en autocuidados "Paciente Activo" en el control metabólico, riesgo cardiovascular y calidad de vida en los pacientes con diabetes tipo 2 en AP de la CAPV: Ensayo clínico aleatorizado de 2 años de seguimiento	GAMBOA MORENO, Estibaliz	Osakidetza	Comarca Gipuzkoa
19	Intervención de inversión tecnológica mediante la aplicación de la guía GUNFT para la mejora del manejo de la prescripción farmacológica en la artrosis	GUTIERREZ IBARLUZEA, Iñaki	OSTEBA-Serv. Evaluación Tecnologías Sanitarias	Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación
20	BATERA ZAINDUZ: Aplicación de modelos de gestión de patología crónica en AP enfocados a la integración de la Asistencia Sanitaria. Fase II.	MARQUES GONZALEZ, Maria Luz	Comarca Uribe	
21	Impacto de la intervención de una enfermera experta en terapia intravenosa en los días de estancia, resultados de los dispositivos de acceso venoso y satisfacción de los pacientes con terapias endovenosas prolongadas	GARATE ETXENIKE, Lucia	Hospital Universitario Araba (Sede Hospital Txagorritxu)	Unidad de Investigación de Araba
22	Evaluación de la equidad en el acceso a procedimientos diagnósticos y terapéuticos en el cáncer colorrectal y su relación con los resultados. CARESS-CR4	SARASQUETA EIZAGUIRRE, Cristina	Hospital Universitario Donostia	Unidad de Investigación - BIODONOSTIA
23	Estrategia integrada en el ámbito sanitario y el municipal para la promoción de ejercicio físico en personas mayores frágiles. Programa TIPI-TAPA	ZUBIA ZUBIAURRE, Inma	Dpto. Sanidad	Dirección Salud Pública Alava
24	Evaluación de un sistema de E-Salud para el apoyo a pacientes oncológicos	PIERA PIBERNAT, José Manuel	Hospital Universitario Donostia	Oncología
25	Anticoagulación oral. Autocontrol: Estudio de los factores que determinan la posibilidad de aplicar el autoanálisis y autocontrol. Alcance de implantación total en una comarca de Osakidetza	TAMAYO AGUIRRE, Eduardo	Comarca Gipuzkoa	A. Primaria – Centro Salud de Gros
26	Evaluación Económica de la innovación Prescribe Vida Saludable (PVS)	GRANDES ODRIOZOLA, Gonzalo	A.P Unidad de Investigación A. P. de Bizkaia	Unidad Investigación A.P de Bizkaia
27	Atención Psiquiátrica a las personas con discapacidad intelectual en la Red de Salud Mental de Araba	ARTAMENDI LARRAÑAGA, Maria	Red Salud Mental Araba	Red Salud Mental Araba
28	Atención Precoz a niños con sobrepeso	GORROTXATEGI GORROTXATEGI, Pedro	OSAKIDETZA	Comarca Gipuzkoa
29	Comarca Sanitaria Ezkerraldea-Enkarterri Libre de Humo de Tabaco	URIA ETXEBARRIA, Elena		Coordinación en Programas Asistenciales
30	Proyecto colaborativo para la mejora del abordaje integrado en Euskadi a pacientes con depresión	ARTAZA ARISTONDO, Naiara	BIOEF	OBERRI
31	Análisis de la situación y propuesta de intervención para la mejora del manejo del Alzheimer en la CAPV	LOPEZ DE ARGUMEDO GONZALEZ DE DURANA, Marta	OSTEBA-Serv. Evaluación Tecnologías Sanitarias	OSTEBA
32	Estudio sobre la efectividad de la espirometría como instrumento motivacional para dejar de fumar. Un ensayo clínico.	IRIZAR ARAMBURU, Maria Isabel	Comarca Gipuzkoa	Atención Primaria
33	Mejora del manejo y el seguimiento (efectividad, calidad de vida y eficiencia) de pacientes con pie diabético mediante la implantación de una unidad multidisciplinar de pie diabético. Análisis prospectivo)	VELA ORUS, Maria Pilar	Hospital Universitario Cruces	SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

33 aceptados (44,60%) de un total de 74 proyectos presentados

Anexo 4: Contrato Programa

PROYECTO*	MICROSISTEMAS**
Telemedicina de Arritmias	C. Araba + H.U. Araba + H. Leza
PROMIC (Proceso integrado IC)	C. Araba + H.U. Araba + H. Leza
BTS: Aprendizaje colaborativo EPOC	C. Araba + H.U. Araba + H. Leza
C. Araba + H.U. Araba + H. Leza	C. Araba + H.U. Araba + H. Leza
Teletraumatología, teledermatología y telenedocrino	C. Araba + H.U. Araba + H. Leza
Consulta de enfermería en pacientes indomables	C. Araba + H.U. Araba + H. Leza
Intervención comunitaria en deshabituación tabáquica	C. Araba + H.U. Araba + H. Leza
Teleginecología	C. Araba + H.U. Araba + H. Leza
Programa detección cáncer colorrectal	C. Araba + H.U. Araba + H. Leza
Programa detección cáncer cervix	C. Araba + H.U. Araba + H. Leza
Telemedicina Instituciones penitenciarias	C. Araba + H.U. Araba + H. Leza
Duelo perinatal "brazos vacíos"	C. Araba + H.U. Araba + H. Leza
Programa de rehabilitación domiciliaria	C. Araba + H.U. Araba + H. Leza
Nuevo modelo asistencial en AP	OSI Goierri-Alto Urola
PAUI: Plan de coordinación (AP, AH, Emergencias) para prestar atención urgente en el lugar adecuado	OSI Goierri-Alto Urola
Circuitos prioritarios	OSI Goierri-Alto Urola
Código ictus	OSI Goierri-Alto Urola
Atención al adulto psiquiátrico	OSI Goierri-Alto Urola
Fibrilación auricular	OSI Bidasoa
GPS (Ruta asistencial) Hipotiroidismo	OSI Bidasoa
GPS (Ruta asistencial) paliativo	OSI Bidasoa
GPS (Ruta asistencial) anticoagulación	OSI Bidasoa
Coordinación con salud mental	OSI Bidasoa
Conciliación al ingreso y alta hospitalaria	OSI Bidasoa
Plan integral de cuidados paliativos	OSI Alto Deba
Plan de planificación de altas y derivación	OSI Alto Deba
Proceso de atención sanitaria urgente integrada	OSI Alto Deba
Proyecto Tipi-Tapa (Promoción del ejercicio físico)	OSI Alto Deba
Protocolo de coordinación con los ayuntamientos de Bergara y Aretxabaleta en violencia de género	OSI Alto Deba
Figura internista de referencia (MI)	OSI Alto Deba
Clínica de la obesidad infantil	OSI Alto Deba
Telemonitorización de pacientes crónicos en HaD	OSI Alto Deba
Nuevo modelo asistencial en AP	OSI Alto Deba
Sala de Rehabilitación Funcional	OSI Bajo Deba
Nuevos Roles de Enfermería de AP	OSI Bajo Deba

PROYECTO*	MICROSISTEMAS**
Rehabilitación Respiratoria	OSI Bajo Deba
Estrategias de autocontrol en patologías crónicas	H.U. Donostia + C. Gipuzkoa
Plan de actuación con relación al ictus	H.U. Donostia + C. Gipuzkoa
Colaboración con centros gerontológicos	H.U. Donostia + C. Gipuzkoa
Mapa de riesgos	H.U. Donostia + C. Gipuzkoa
Comités de tumores: equipos de proceso	H.U. Donostia + C. Gipuzkoa
Análisis de las causas de muerte súbita en pacientes portadores de DAI (Desfibrilador automático implantable)	H.U. Donostia + C. Gipuzkoa
Desarrollo de la enfermería de enlace	H.U. Donostia + C. Gipuzkoa
Proyecto de ortogeriatría de Gipuzkoa	H.U. Donostia + C. Gipuzkoa
Confidencialidad	H.U. Donostia + C. Gipuzkoa
Análisis de resultados del tratamiento oncológico	H.U. Donostia + C. Gipuzkoa
Desarrollo de la IMRT (Radioterapia)	H.U. Donostia + C. Gipuzkoa
Proyecto Minbizi (Mejora del proceso oncológico)	H.U. Donostia + C. Gipuzkoa
Asistencia psicológica en oncología	H.U. Donostia + C. Gipuzkoa
Atención integral de la insuficiencia renal crónica en Gipuzkoa	H.U. Donostia + C. Gipuzkoa
Atención integrada al asma infantil	C. Bilbao + H.U. Basurto + H. Santa Marina
Formación y apoyo a los cuidadores	C. Bilbao + H.U. Basurto + H. Santa Marina
Colaboración ámbito social-residencias	C. Bilbao + H.U. Basurto + H. Santa Marina
Coordinación C. Paliativos con Sta. Marina, Basurto, hospitalización a domicilio y emergencias	C. Bilbao + H.U. Basurto + H. Santa Marina
TELBI A (Telemonitorización pacientes pluripatológicos domiciliarios)	C. Bilbao + H.U. Basurto + H. Santa Marina
Consulta de predialisis	C. Bilbao + H.U. Basurto + H. Santa Marina
BIE kronikoak (Atención al paciente polimedicado > 75 años)	C. Bilbao + H.U. Basurto + H. Santa Marina
EGCA: Atención al paciente pluripatológico reagudizado por nuevo rol de enfermeras (Enfermera gestora de competencias avanzadas)	C. Bilbao + H.U. Basurto + H. Santa Marina
Abordaje a Tele EPOC (supeditado a financiación)	C. Bilbao + H.U. Basurto + H. Santa Marina
Tele-derma	C. Bilbao + H.U. Basurto + H. Santa Marina
Colaboración con RSMB (Red Salud Mental Bizkaia) en trastorno mental común	C. Bilbao + H.U. Basurto + H. Santa Marina
Paciente polimedicado diabético	C. Bilbao + H.U. Basurto + H. Santa Marina
Cribado de cáncer de cervix	C. Bilbao + H.U. Basurto + H. Santa Marina
Abordaje integrado de la patología osteo muscular	C. Bilbao + H.U. Basurto + H. Santa Marina
Círculo de pacientes prioritarios	C. Bilbao + H.U. Basurto + H. Santa Marina
Espacio Salud	C. Bilbao + H.U. Basurto + H. Santa Marina
Prescribe Vida Saludable	C. Bilbao + H.U. Basurto + H. Santa Marina
De_Plan: Programa de prevención DM tipo 2	C. Bilbao + H.U. Basurto + H. Santa Marina
PROMIC (Proceso integrado IC)	C. Interior + H. Galdakao-Usánsolo + H. Santa Marina

PROYECTO*	MICROSISTEMAS**
Abordaje Tele EPOC	C. Interior + H. Galdakao-Usánsolo + H. Santa Marina
Diabetes atención grupal	C. Interior + H. Galdakao-Usánsolo + H. Santa Marina
Abordaje Asma adultos	C. Interior + H. Galdakao-Usánsolo + H. Santa Marina
Formación y apoyo a los cuidadores	C. Interior + H. Galdakao-Usánsolo + H. Santa Marina
Colaboración ámbito social-residencias	C. Interior + H. Galdakao-Usánsolo + H. Santa Marina
Coordinación C. Paliativos con Sta. Marina, Gorliz, hospitalización a domicilio y emergencias	C. Interior + H. Galdakao-Usánsolo + H. Santa Marina
Tele-derma	C. Interior + H. Galdakao-Usánsolo + H. Santa Marina
Colaboración con RSMB (Red Salud Mental Bizkaia) en trastorno mental común	C. Interior + H. Galdakao-Usánsolo + H. Santa Marina
Paciente polimedocado diabético	C. Interior + H. Galdakao-Usánsolo + H. Santa Marina
Círculo de pacientes prioritarios	C. Interior + H. Galdakao-Usánsolo + H. Santa Marina
Valoración de necesidades de salud por parte de enfermería	C. Interior + H. Galdakao-Usánsolo + H. Santa Marina
Atención a Mujeres víctimas de violencia de género	C. Interior + H. Galdakao-Usánsolo + H. Santa Marina
Rehabilitación cardiaca	C. Interior + H. Galdakao-Usánsolo + H. Santa Marina
Espacio Salud	C. Interior + H. Galdakao-Usánsolo + H. Santa Marina
Prescribe Vida Saludable	C. Interior + H. Galdakao-Usánsolo + H. Santa Marina
De_Plan: Programa de prevención DM tipo 2	C. Interior + H. Galdakao-Usánsolo + H. Santa Marina
Dolor Crónico	C. Ezkerraldea + H. San Eloy + H. Gorliz
Espacio Sociosanitario	C. Ezkerraldea + H. San Eloy + H. Gorliz
Plan de atención al paciente con patología digestiva	C. Ezkerraldea + H. San Eloy + H. Gorliz
Plan de Patología Traumatológica	C. Ezkerraldea + H. San Eloy + H. Gorliz
Proyecto de Rayos	C. Ezkerraldea + H. San Eloy + H. Gorliz
Comisión Permanente	C. Ezkerraldea + H. San Eloy + H. Gorliz
AP - Salud Mental en la Comunidad	C. Ezkerraldea + H. San Eloy + H. Gorliz
Ezkerraldea-Enkarterri ContrOhol (Consumo de alcohol)	C. Ezkerraldea + H. San Eloy + H. Gorliz
Hospitalización a domicilio pediátrica	C. Ezkerraldea + H.U. Cruces + H. Gorliz
Enfermera de enlace con fibrosis quística	C. Ezkerraldea + H.U. Cruces + H. Gorliz
Herramienta área de críticos	C. Ezkerraldea + H.U. Cruces + H. Gorliz
Ortopedia infantil	C. Ezkerraldea + H.U. Cruces + H. Gorliz
Escuela de daño cerebral	C. Ezkerraldea + H.U. Cruces + H. Gorliz
Abordaje terapia cognitiva pacientes con daño cerebral	C. Ezkerraldea + H.U. Cruces + H. Gorliz
Intervención nutricional en paciente ingresado	C. Ezkerraldea + H.U. Cruces + H. Gorliz
Rehabilitación física para pacientes oncológicos. Unidad de cuidados paliativos	C. Ezkerraldea + H.U. Cruces + H. Gorliz
AP - Salud Mental en la Comunidad	C. Ezkerraldea + H.U. Cruces + H. Gorliz
Ezkerraldea-Enkarterri ContrOhol (Consumo de alcohol)	C. Ezkerraldea + H.U. Cruces + H. Gorliz
Pie diabético	C. Uribe + H.U. Cruces + H. Gorliz

PROYECTO*	MICROSISTEMAS**
Consulta de acto único de oftalmología	C. Uribe + H.U. Cruces + H. Gorliz
Tele dermatología	C. Uribe + H.U. Cruces + H. Gorliz
Activación del paciente diabético (Batera Zainduz): Educación grupal y autoresponsabilidad	C. Uribe + H.U. Cruces + H. Gorliz
Mejora en uso de apósitos en residencias	C. Uribe + H.U. Cruces + H. Gorliz
Hospitalización a domicilio pediátrica	C. Uribe + H.U. Cruces + H. Gorliz
Enfermera de enlace con fibrosis quística	C. Uribe + H.U. Cruces + H. Gorliz
Herramienta área de críticos	C. Uribe + H.U. Cruces + H. Gorliz
Ortopedia infantil	C. Uribe + H.U. Cruces + H. Gorliz
Escuela de daño cerebral	C. Uribe + H.U. Cruces + H. Gorliz
Abordaje de terapia cognitiva con daño cerebral	C. Uribe + H.U. Cruces + H. Gorliz
Intervención nutricional en paciente ingresado	C. Uribe + H.U. Cruces + H. Gorliz
Rehabilitación física para pacientes oncológicos. Unidad de cuidados paliativos	C. Uribe + H.U. Cruces + H. Gorliz

Total: 116 Proyectos (Hay 20 proyectos que se repiten en diferentes "micro sistemas")

* Proyectos propuestos por las OOSS. Pendiente de incluir en Contrato-Programa 2012 por parte de las Direcciones Territoriales

** Micro sistemas: Sistemas locales integrados de salud dónde trabajan de forma integrada varias OOSS

OEC | Oficina para la Estrategia de la Cronicidad

La Oficina para la Estrategia de la Cronicidad (OEC) tiene como objetivo facilitar y coordinar el avance de la Estrategia de Cronicidad (EC), aportando una visión de conjunto de la misma, e incidiendo en los ámbitos de **integración, comunicación, evaluación/seguimiento y apoyo a los proyectos de la EC.**

En cuanto a **Integración** el presente año se ha participado, en la definición y desarrollo de los **11 planes locales de cronicidad/ planes de intervención poblacional(PIP)**, y en el seguimiento de los proyec-

tos de innovación desde los profesionales. En cuanto **comunicación**, se ha realizado una actualización del avance de los 14 proyectos de cronicidad y su difusión en múltiples foros en los que se ha participado.

En 2012 se participará en: la evaluación de los Planes de Intervención Poblacional (PIP); el seguimiento y extensión de los Proyectos de innovación desde los profesionales; el apoyo a los diferentes proyectos de la EC y la difusión en eventos y foros, nacionales e internacionales.



DEFINICIÓN DEL PROYECTO

La Oficina para la Estrategia de la Cronicidad (OEC) tiene como misión **facilitar y dinamizar la estrategia de cronicidad (EC)** del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco mediante una labor de integración entre los proyectos que conforman la citada estrategia y las diferentes Organizaciones Sanitarias, aportando una visión de conjunto de la misma. Objetivos generales y específicos del proyecto.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROYECTO

Generales:

- Impulsar el desarrollo de la EC con objeto de dar cohesión y **visión de conjunto a la misma.**
- Facilitar la coordinación e integración entre los proyectos y las diferentes Organizaciones Sanitarias.
- **Constatar el avance de los proyectos** desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo.

- Recabar información sobre los proyectos para:
 - Colaborar en la estrategia de comunicación a los profesionales sanitarios.
 - La toma de decisiones por parte de las autoridades sanitarias.
 - Participar en la implantación/extensión de aquellos proyectos que se demuestren coste-efectivos.

Específicos:

- **Generar sinergias** entre los Proyectos y las Organizaciones de Servicios.
- **Promover foros**/cauces de comunicación entre los diversos agentes que intervienen en la EC.
- Impulsar grupos de trabajo de gestores, profesionales clínicos, etc para avanzar en la EC.
- Participar en la **implantación/extensión de proyectos de Innovación surgidos desde los profesionales** o impulsados desde el Departamento de Sanidad.

ACCIONES Y RESULTADOS HASTA LA FECHA:

- Participación en la definición y desarrollo de los **12 planes locales de cronicidad**/planes de intervención poblacional. (33 reuniones de coordinación desde junio a diciembre de 2011).
- Seguimiento de los **proyectos de innovación desde los profesionales**, provenientes del Contrato-Programa, de las Becas del DPTO de Sanidad y de Kronikgune.
- Participación en el proceso de selección de los proyectos de investigación de la Convocatoria "Kronikgune".
- Participación en la elaboración de informes y definición de criterios que sirvan como guía a la contratación (contratos programa) para contribuir a alinearla con la EC.
- Participación en **el desarrollo de proyectos** que inciden en la EC, como son: Osarean, Estratificación, Innovación desde los profesionales, Competencias avanzadas de Enfermería, Paciente activo, Hospitales subagudos, Osabide Global, Financiación y contratación, prevención y promoción y Atención clínica integrada.
- Participación en la elaboración del nuevo plan de salud, 2012-2020.

■ Actividades de **comunicación y difusión de la EC:**

- Actualización de las fichas de los 14 proyectos de cronicidad para su difusión tanto en nuestro sistema sanitario como de cara a la participación en eventos externos. (III Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. Donostia-San Sebastián. Mayo 2011).
- Participación como ponentes en más de 30 actividades de comunicación en diversos foros y eventos.
- Organización de la "I Jornada sobre estrategias de mejora de la continuidad asistencial al paciente Crónico Pluripatológico". (H. Basurto. 6 de octubre de 2011).
- Participación en las dos primeras "Reuniones plenarias de cronicidad" (2009 y 2010) y organización de la III y IV Plenarias (en 2010 y 2011) en las que progresivamente se ha dado mayor presencia a los profesionales clínicos.
- Organización de las "II Jornada de la Sociedad Española de Atención al Usuario (SEAUS) en el País Vasco" (Sept. 2011).
- Participación en Comités Técnicos de Jornadas y Congresos (Jornadas de enfermería del País Vasco, Congreso Nacional de Calidad, Congreso Nacional Socio-sanitario).
- Participación en eventos colaborativos con otras Instituciones y Comunidades Autónomas, (Navarra, Cataluña, Valencia, Andalucía).
- Difusión de contenidos sobre la EC a través del Blog de la OEC.

OBJETIVOS Y ACCIONES PARA EL 2012

- Participar en el **desarrollo de proyectos** que inciden en la EC: Osarean, Estratificación, Innovación desde los profesionales, Competencias avanzadas de Enfermería, H. Subagudos, Paciente Activo, Prevención y Promoción, Atención Clínica Integrada, etc.
- Participar en la **evaluación** de los Planes de Intervención Poblacional (PIP).
- Seguimiento de los proyectos incluidos en el Anexo de Calidad de los Contratos-Programa.
- Organización de la V Plenaria de Cronicidad. (7 de marzo de 2012).

■ Participación en actividades y foros, nacionales e internacionales, de **difusión de la EC**:

- IV Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico, (Alicante, marzo 2012).
- Congreso Nacional de Calidad, (Bilbao, noviembre 2012).
- Congreso Nacional de Atención Socio-sanitaria, (Ibiza, octubre 2012).
- IX Congreso internacional sobre Evaluación de Tecnologías Sanitarias. (Bilbao. Junio 2012).

Organización de la II Jornada sobre Continuidad Asistencial entre Medicina Interna y Atención Primaria.

Seguimiento y extensión de los Proyectos de **Innovación desde los profesionales**, ya finalizados.

Elaboración y participación en publicaciones y documentos sobre la EC.

Continuar la colaboración con diferentes instituciones y Comunidades Autónomas.

