

1 Introducción

La Constitución de 1978 y el Estatuto de Autonomía del País Vasco delimitaron las funciones que podía desempeñar la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) en el campo de la sanidad, posteriormente, en 1983 se aprobó la Ley de Osakidetza inspirándose en el modelo de un Servicio Nacional de Salud, configurándose como un organismo autónomo para prestar atención sanitaria integral a la ciudadanía, financiándose con presupuestos públicos y con la vocación de integrar en su seno a todos los dispositivos y servicios de los que progresivamente se iba a hacer responsable, con el objetivo de conformar un único sistema asistencial con todos los recursos públicos existentes.

Siguiendo estas pautas, el Departamento de Sanidad y Osakidetza se preocuparon de que ningún ciudadano/a se quedara sin la atención sanitaria que pudiera necesitar, que ésta se le prestara sin ningún tipo de discriminación y con la mayor calidad posible, surgiendo de esta forma la universalización de la atención, la carta de derechos y deberes, la regulación de la atención a los inmigrantes indocumentados y los diferentes planes estratégicos.

Pero quizás, el mayor cambio experimentado en Osakidetza, en su afán por adaptarse permanentemente para mejorar los niveles de salud del conjunto de la ciudadanía, se originó en 1993 de la mano del plan que recogía las estrategias de cambio para la sanidad vasca -**Osasuna Zainduz**-, este plan se formuló con la convicción de que los cambios sobre los factores endógenos del modelo de organización y gestión permitiesen el reforzamiento de los fundamentos ideológicos de un modelo sanitario público y con unos niveles de autonomía que facilitasen una mayor eficiencia en el empleo de los recursos públicos.

Posteriormente, en 1997 se aprobó la **Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi**, estableciendo el rumbo, la estructura y la organización de todo el sistema sanitario público vasco, entendiéndose éste como el conjunto integrado de todas las instancias públicas con responsabilidades en materia de sanidad.

En esta Ley, se subraya el papel preponderante que corresponde a los ciudadanos ante el sistema sanitario insistiendo en su caracterización democrática y participativa. Igualmente se hace hincapié en la garantía de los derechos instrumentales y complementarios que derivan de la protección legal de la salud, tales como el respeto a la intimidad y dignidad de la persona, la práctica del consentimiento debidamente informado o el reconocimiento de una amplia capacidad de elección de servicio sanitario.

El paso hacia este nuevo protagonismo del ciudadano tiene su instrumento central en la fijación de objetivos mediante el **Plan de Salud de Euskadi**. Del mismo se derivan las directrices principales de actuación en los planos de la prevención y promoción, propiciándose también el establecimiento de las estrategias a seguir en cuanto a las necesidades que demanda la ciudadanía y la disponibilidad de un dispositivo suficiente de medios con los que garantizar una adecuada cobertura para poder satisfacer dichas necesidades.

Constituyen principios programáticos de organización y funcionamiento del sistema sanitario de la CAPV:

- La consideración de la persona como objetivo fundamental del sistema, que, garantizando el respeto a su personalidad e intimidad, propiciará su

capacidad de elección y el acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad efectiva.

- La participación ciudadana tanto en la formulación de los planes y objetivos generales como en el seguimiento y evaluación final de los resultados de su ejecución.
- La concepción integral del sistema en la planificación de actuaciones y en su orientación unitaria hacia el conjunto definido por las facetas sanitarias de promoción, prevención, curación y rehabilitación del estado de salud.
- La orientación prioritaria de los medios y actuaciones a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.
- El desarrollo interno de la organización mediante el principio de separación de los cometidos de regulación y financiación del sistema respecto de la provisión de servicios sanitarios.
- La suficiencia del marco de financiación pública del catálogo de prestaciones sanitarias que asegura la CAPV.
- La configuración, desarrollo y especialización en las tareas de fijación de objetivos y asignación de recursos para la provisión de servicios sanitarios.
- El incremento de los niveles de competencia entre los centros públicos, con observancia de los principios de la gestión eficiente y de calidad.
- La responsabilización y participación de los profesionales sanitarios en las decisiones de organización y gestión de los recursos que tengan asignados.
- La evaluación continua de los componentes públicos y concertados del sistema sanitario aplicando criterios objetivos y homogéneos.

En cuanto a las características organizativas del modelo sanitario vasco, se puede decir que derivan de la conocida como “*separación de funciones*” que, con todas sus variantes, se esbozaban en varios sistemas sanitarios de Europa a principios de la década de los 90.

Con ello, el Departamento de Sanidad se constituye en el estamento regulador y financiador del sistema, además de asumir las responsabilidades en materia de derechos y participación ciudadana, las actuaciones necesarias para garantizar la tutela general de la salud pública, la ampliación, cuando proceda, del catálogo de prestaciones básicas ofrecidas por el Sistema Nacional de Salud, la evaluación de los niveles de salud de la población, las condiciones de acceso a los servicios sanitarios y el establecimiento de las prioridades de política sanitaria con respecto a los diferentes problemas de salud, grupos sociales de atención preferente y las modalidades de servicios a desarrollar de una forma preferente.

Por otra parte, el Departamento de Sanidad atribuye a cada una de las tres Direcciones Territoriales (Áraba, Vizcaya y Guipúzcoa) entre otras funciones, la contratación de servicios tanto públicos, Osakidetza, mediante la suscripción de los Contratos Programa, como privados mediante la fórmula de la concertación de servicios.

El **contrato-programa** constituye el instrumento jurídico mediante el cual se articulan de manera directa las relaciones entre el Departamento competente en materia de sanidad y las organizaciones del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud para la provisión de servicios sanitarios. Tiene la naturaleza jurídica de un convenio de carácter especial, suscrito por el representante legal de la organización de provisión de servicios sanitarios correspondiente, en el que se concretarán, en relación con la actividad y

financiación con cargo a los créditos presupuestarios públicos, los siguientes extremos mínimos:

- Estimación del volumen global de actividad y previsión de las contingencias sanitarias objeto de cobertura.
- Determinación cuantificable y periódica de los requisitos de calidad que deberán cumplir los servicios sanitarios.
- Estimación finalista sobre cobertura económica de la actividad consignada con cargo a los créditos presupuestarios, periodicidad de los pagos y documentación justificativa para la realización de los mismos.
- Requisitos y procedimiento de control y auditoría sanitaria.
- Los niveles de responsabilidad que adquieren las partes en cuanto a las revisiones, adaptaciones y demás incidencias que se susciten en la aplicación del convenio.

De acuerdo con la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, **Osakidetza - Servicio Vasco de Salud**, se constituye en un Ente Público de derecho privado adscrito al Departamento de Sanidad. Se le atribuye personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de su finalidad de desempeñar la provisión de servicios sanitarios mediante las organizaciones públicas de servicios dependientes del mismo.

El territorio de la Comunidad Autónoma de Euskadi está dividido, de acuerdo con la situación socio-sanitaria, en las tres demarcaciones geográficas, denominadas áreas de salud siguientes: Araba, Vizcaya y Guipúzcoa. En cada área se garantiza una adecuada ordenación de la Atención Primaria y su coordinación con la Atención Especializada. De este modo, los servicios integrados en Osakidetza son los siguientes:

- **Atención Primaria:** 7 comarcas sanitarias, 131 Unidades de Atención Primaria y 310 centros de salud
- **Atención Hospitalaria:** 11 Hospitales de Agudos y 3 Hospitales de media y Larga Estancia
- **Salud Mental:** 4 Hospitales psiquiátricos monográficos, 5 servicios de psiquiatría integrados en Hospitales de Agudos y 3 áreas de salud mental extrahospitalarias (una de ellas, la de Álava integrada organizacionalmente con el H psiquiátrico de referencia).
- **Emergencias:** Organización encargada de la coordinación de urgencias y la asistencia sanitaria de situaciones de emergencias
- **Centro Vasco de Transfusión y Tejidos humanos:** Organización encargada de atender las necesidades sanitarias de productos derivados de sangre humana y de tejidos humanos, tanto en el marco de la red sanitaria pública como de la sanidad privada
- **Osatek:** Sociedad pública del Gobierno Vasco dependiente del Departamento de Sanidad, encargada de la gestión, administración y explotación de servicios por imagen de tecnología puntera.

Y por último la **Organización Central**, que constituye una estructura directiva con atribuciones directivas de control, coordinación estratégica, apoyo de las facultades de gestión en relación a las anteriores organizaciones de servicios.

2 Estrategia del Servicio de Salud

Desde el Servicio Vasco de Salud, se están priorizando diez áreas de intervención entendiendo éstas como aquellas que proporcionarán los resultados más importantes en términos de mejoras de salud, eficiencia y calidad:

1. La Inversión en Salud como motor de desarrollo social y económico.
2. Incidir proactivamente sobre los determinantes de salud, factores de riesgo y estilos de vida saludables.
3. Potenciar el papel del ciudadano, su responsabilización y la autonomía del paciente.
4. Defensa de los derechos de los consumidores.
5. Fortalecer la atención para los enfermos crónicos.
6. Desarrollar Organizaciones Sanitarias Integradas mejorando la Continuidad de Cuidados.
7. Desarrollar las tecnologías que faciliten y mejoren la práctica clínica y el autocuidado.
8. La Participación y la conexión con los profesionales de la salud.
9. El impulso a la Investigación y la Innovación.
10. El Buen Gobierno en la gestión sanitaria pública.

Dentro de cada una de estas líneas se está trabajando para conseguir objetivos, en cuanto a la estrategia central, podemos afirmar que **el principal reto para el Sistema Sanitario Vasco es dar respuesta a las necesidades de las personas que padecen enfermedades crónicas constituye.**

Se propone un progreso organizado tirando de múltiples poleas de cambio. Se requerirá invertir en tecnologías de la información, educar a los pacientes a gestionar su enfermedad, a promover una medicina mejor, basada en la evidencia e integrar los cuidados de atención primaria, hospitalaria y sociales. Su activación organizada conforma una batería de herramientas necesarias para producir el cambio necesario y organizar un sistema de salud digno para los enfermos crónicos.

El resultado final de la Estrategia de Crónicos aspira a ser una nueva forma de organizar la prestación de la atención con impacto en todas las dimensiones del sistema (resultados de salud, satisfacción, calidad de vida de pacientes y cuidadores, sostenibilidad). Esta Estrategia persigue mejorar la salud y el bienestar de los colectivos afectados por enfermedades crónicas, así como reducir la incidencia y el impacto de las mismas.

El marco estratégico identifica seis elementos esenciales que interactúan entre sí y que son clave para el logro de una óptima atención a pacientes crónicos:

1. Organización del sistema de atención sanitaria.
2. Estrechamiento de relaciones con la comunidad.
3. Apoyo y soporte al autocuidado.
4. Diseño del sistema asistencial.
5. Apoyo en la toma de decisiones.
6. Desarrollo de sistemas de información clínica.

En definitiva, la Estrategia se presenta como una oportunidad para un cambio de paradigma en el que los agentes implicados participan en el establecimiento del marco de actuación para una gestión integral de la cronicidad desde la perspectiva poblacional. La siguiente figura muestra una serie de elementos emergentes que complementan el modelo existente en aras a conseguir dicho cambio de paradigma.

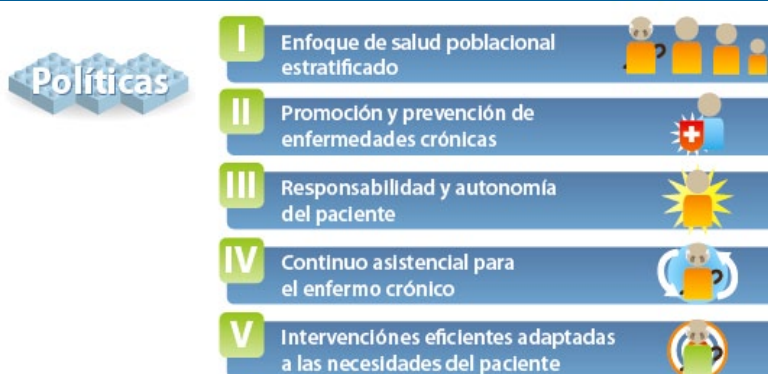
Figura 1. Elementos actuales y emergentes en la Estrategia de Salud de Osakidetza.

	Elementos Actuales	Elementos Emergentes
Accesibilidad	Presencial	A distancia
Producto	Servicios Sanitarios	Valor Salud
Arquitectura	Proveedor-Céntrica	Ciudadano-céntrica
Calidad	De servicio y de Gestión	Sistémica
Modelo de Atención	<ul style="list-style-type: none"> • Episódico • Reactivo • Hospitalocéntrico 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuo y coordinado • Proactivo • Integrado
Propuesta de valor	<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad • Centrado en la Atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud • Prevención, curación, cuidado y rehabilitación

Fuente: Osaberri

Para acometer esta visión, es necesario no sólo dotar al sistema de las herramientas necesarias, sino también cambiar de manera sustancial las “*formas de hacer*” respecto a los enfermos crónicos (Figura 2).

Figura 2. La atención sanitaria a los enfermos crónicos va a cambiar a lo largo de cinco políticas estratégicas.



En la actualidad se ha lanzado una serie de **Proyectos Estratégicos** que permitirán **avanzar hacia las políticas identificadas** en el apartado anterior, construyendo el nuevo modelo de crónicos para pacientes, profesionales y ciudadanos en general. A

continuación se describen de forma breve los 14 proyectos que integran la citada estrategia:

2.1 Estratificación de la población

Objetivo emblemático: estratificación operativa de la población vasca de forma sistematizada y recurrente desde 2011.

2.2 Intervenciones de prevención y promoción sobre los principales factores de riesgo

Objetivo emblemático: construir un marco común de Prevención y Promoción de la Salud, combinando las líneas estratégicas sobre los principales factores de riesgo con experiencias piloto de innovación abajo-arriba, como por ejemplo el proyecto *De_Plan*: Prevención del desarrollo de la diabetes tipo 2 en sujetos de alto riesgo entre 45-70 años (~200.000 individuos).

2.3 Autocuidado y educación al paciente

Objetivo emblemático: implantación del “*Chronic Disease Self-Management Program*”, Universidad de Stanford. Actuaciones:

- Capacitación de “*Master Trainers*” para la formación de “*líderes*”.
- Captación de pacientes e inicio de impartición de cursos a estos pacientes (6 sesiones para un total de 15 horas por curso).
- Formación de líderes (entre pacientes formados y sanitarios) para capacitarles en impartición de cursos a otros pacientes.

2.4 Creación de una Red de Pacientes Activados y Conectados a través de la adopción de nuevas tecnologías Web 2.0 por las Asociaciones de Pacientes crónicos

Objetivo emblemático: apoyar a las asociaciones de pacientes crónicos en la adopción y uso de nuevas tecnologías de comunicación (web 2.0) para mejorar el acceso a la información y fomentar las interacciones y el apoyo mutuo entre sus miembros.

2.5 Historia Clínica Unificada: Osabide Global

Objetivo emblemático: crear y desplegar Osabide Global, solución única de historia clínica para todos los niveles asistenciales en toda la red de centros que permita a los profesionales acceder a los datos de los pacientes de País Vasco y modificarlos según sea necesario.

2.6 Atención clínica integrada

Objetivo emblemático: explorar por medio de experiencias piloto nuevas formas de trabajo y organización de los proveedores de asistencia sanitaria, integrando la asistencia primaria y asistencia.

2.7 Desarrollo de hospitales de subagudos

Objetivo emblemático: definición de un modelo de asistencia para los enfermos crónicos, consolidando un nivel intermedio de asistencia entre la atención especializada y la atención primaria para la atención específica a estos pacientes.

2.8 Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería

Objetivo emblemático: definir y desarrollar competencias avanzadas de enfermería en Osakidetza de cara a la gestión de crónicos, en particular crónicos complejos. Apalancamiento en casos de éxito en otros sistemas sanitarios (nacionales e internacionales).

2.9 Colaboración Sociosanitaria

Objetivo emblemático: desarrollar un marco de colaboración sociosanitaria en conjunto con los actores de servicios sociales (Consejería, Diputaciones, Ayuntamiento), que permita definir las líneas maestras de trabajo para dar una respuesta integral a los pacientes crónicos con necesidad simultánea de atención sanitaria y social.

2.10 Financiación y Contratación

Objetivo emblemático: adaptar los mecanismos de financiación de los proveedores sanitarios (Contrato Programa y Concursos), pasando progresivamente de un esquema de actividad a un esquema de población ajustada y resultados sanitarios, orientando la

prestación de servicios asistenciales al cumplimiento de los objetivos de la estrategia de crónicos.

2.11 OSAREAN: Centro de Servicios de Salud Multicanal

Objetivo emblemático: construir una plataforma tecnológica y organizativa que permita una interacción multicanal de todos los ciudadanos de Euskadi con el sistema sanitario, facilitando procesos, simplificando la vida del ciudadano y prestigiando la labor clínica.

2.12 Desarrollo de la farmacia y la receta electrónica

Objetivo emblemático: implementar el sistema de receta electrónica Creando un historial farmacoterapéutico electrónico del paciente único englobando todos los niveles asistenciales, facilitando la información necesaria a cada uno de los diferentes agentes interesados y llegando a una integración de la prescripción-dispensación.

2.13 Creación del Centro de Investigación para la Cronicidad

Objetivo emblemático: creación de un centro de investigación para la identificación, adaptación, pilotaje e implantación de mejores prácticas frente al reto de la cronicidad, generando conocimiento “*global*” para la innovación organizativa y de gestión y mejora de los sistemas sanitarios.

2.14 Innovación desde los profesionales clínicos

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

Los resultados esperados de la Estrategia de Crónicos para los diferentes agentes:

- Para los **pacientes crónicos y sus cuidadores** significará pasar de un sistema reactivo a un sistema proactivo que les ofrecerá una atención más integrada, más continua en el desarrollo de la enfermedad (de prevención a final de la vida, pasando por la rehabilitación) y más adaptada a sus necesidades.
- Para los **profesionales clínicos** representará la posibilidad de dedicar el tiempo a las labores de mayor valor añadido con todas las herramientas necesarias mientras se reduce el tiempo invertido en tareas rutinarias que se automatizarán (p. ej. recetas de continuación, integración de la historia clínica)

entre niveles), se traspasarán a niveles intermedios o se darán las herramientas al propio paciente o cuidador.

- Para los **ciudadanos** tendrá un doble beneficio. Como contribuyentes redundará en un uso más eficiente de los recursos del sistema y como pacientes crónicos potenciales, participarán en la prevención de la cronicidad y promoción de su propia salud.

3 Contratos de gestión

A efectos de este apartado se adjunta una tabla con la descripción de los Contratos Programa y los Contratos de Gestión que se emplean en la Comunidad Vasca.

A destacar que en estos momentos y en referencia a los Contratos de Gestión, estas herramientas de control se encuentran consolidadas en el marco de la Atención Primaria y que en el marco de la Atención Especializada tan solo hay algunos contratos puntuales con algunos servicios de centros concretos.

Dicho esto, pasamos a describir el marco general del Contrato de Gestión Clínica entre las Comarcas de Atención Primaria y los centros de salud de la Comarca.

Se trata de un pacto formal entre la Gerencia de la Comarca y la Unidad de Atención Primaria que complementa al Contrato Programa, concretando y especificando sus aspectos en la UAP e integrando además planes de mejora de la propia unidad. La finalidad es mejorar la efectividad y la eficiencia de los procesos asistenciales clínicos y de los procesos que sirven de soporte a los mismos, **integrando** en un único marco de referencia: El Contrato Programa de la Comarca en el ámbito de la UAP, a su vez, formado por:

- El plan de gestión anual de la Comarca y UAP.
- El sistema de clasificación de pacientes según morbilidad (ACG).
- El Sistema de Gestión de la Calidad de la UAP.

Para la **Integración** de todos los elementos que componen la Gestión, se han definido las **áreas claves** como Objetivos, con sus **factores críticos de éxito** que permiten el despliegue de tal manera que se abarquen todos los aspectos que gestiona una Unidad. La medición y el análisis de cada **área clave** se realizan a través de algún Indicador sintético o un Indicador de Referencia, que permite el análisis en todos los niveles de agregación (Organización Central, Comarca y UAP). Estos indicadores serán flexibles y variarán en función de las líneas estratégicas establecidas por el Departamento y Osakidetza.

Con la idea de flexibilizar y adecuar el contrato a cada Comarca y Unidad se establecerán tres niveles de Objetivos (corporativos, de Comarca y UAP) con diferentes pesos y que deberían cubrir las **áreas clave con sus factores críticos de éxito**.

De esta forma se persigue:

1. Mejorar la calidad de los servicios.
2. Aumentar la seguridad clínica de los pacientes.
3. La eficiencia en la utilización de los servicios.
4. Conseguir la mayor participación de los profesionales.
5. Potenciar el uso racional de los medicamentos.
6. Mejorar los sistemas de información de los procesos asistenciales.

En resumen, el marco del contrato propuesto quiere ser:

1. Un contrato flexible en cuanto a que se quiere adaptar a las necesidades de cada Comarca y UAP, pudiendo coexistir diferentes estrategias implantadas desde perspectivas diferentes.
2. Un contrato integrador que abarque los procesos clínicos, la gestión, eficiencia y los sistemas de información.
3. Destacar e incentivar elementos estratégicos e innovadores tanto en Comarcas como en unidades que integren servicios aprovechando las TICs.

Como elementos del Contrato tenemos las **áreas clave y los factores clínicos de éxito** que se listan a continuación (Tabla 1):

Tabla 1. Áreas clave y factores clínicos de éxito.	
Área Clave: CALIDAD ASISTENCIAL	
F. Crítico	Prevención
F. Crítico	Diagnostico correcto
F. Crítico	Tratamiento adecuado
F. Crítico	Calidad de prescripción
F. Crítico	Registro de calidad
F. Crítico	Intervención comunitaria
F. Crítico	Seguridad
F. Crítico	Continuidad asistencial
Área Clave: EXCELENCIA EN LA GESTION	
F. Crítico	Gestión eficaz de procesos
F. Crítico	Cumplimiento del plan anual
F. Crítico	Mejora continua
Área Clave: GESTIÓN EFICIENTE	
F. Crítico	Gasto en farmacia
F. Crítico	Gasto en almacén y consumos
F. Crítico	Eficiencia en gestión (ACG)
Área Clave: PERSONAL CAPACITADO Y MOTIVADO	
F. Crítico	Formación
F. Crítico	Capacitación
Área Clave: SATISFACCIÓN CLIENTES	
F. Crítico	Información adecuada
F. Crítico	Tratamiento adecuado
F. Crítico	Accesibilidad
F. Crítico	Confort

El contrato presenta 3 niveles de objetivos:

- **Nivel 1:** fijados por la Organización Central. Marcan las directrices generales. Deben tener un peso a la hora de valorar la incentivación de aproximadamente un **70%**.
- **Nivel 2:** fijados por cada Comarca. Marcan directrices más específicas de cada Comarca. Deben tener un peso a la hora de valorar la incentivación de aproximadamente un **20%**.

- **Nivel 3:** fijados por cada Unidad, pactados con la Comarca. Deben tener un peso a la hora de valorar la incentivación de aproximadamente un **10%** y cumplir las siguientes directrices:
 - Medibles objetivamente de forma externa.
 - Deben implicar a todos los estamentos.

Para este año las **áreas estratégicas** priorizadas por el Departamento y Osakidetza propuestas son las siguientes, i) Intervenciones para la mejora del control del Paciente Crónico., ii) Coordinación y continuidad asistencial centrada en el paciente, iii) Receta electrónica.

En el contrato se asigna un presupuesto clínico de acuerdo con la cobertura poblacional, la oferta de servicios, las características de la Unidad de Atención Primaria, los gastos históricos y la imputación de costes y un presupuesto gestionable.

3.1 Nivel 1 - Organización central

Define los objetivos corporativos presentes tanto en el Contrato Programa como en la estrategia corporativa, estableciendo estándares para cada indicador.

Tabla 2. Indicadores.			
FACTORES CLAVE 50%	CALIDAD ASISTENCIAL	(34%)	
	OFERTA PREFERENTE		(LLAVE)
	CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN		(30%)
	PRESUPUESTO DE FARMACIA		(LLAVE)
	SEGURIDAD CLÍNICA		(4%)
	EXCELENCIA A LA GESTIÓN	(10%)	
	SATISFACCIÓN DE CLIENTES	(6%)	
	ACCESIBILIDAD		(6%)
AREAS ESTRATÉGICAS 20%	GESTION DE ENFERMEDADES: DIABETES		(17%)
	ASMA INFANTIL	(3%)	

3.2 Nivel 2 – Comarca

Define los objetivos de la Comarca para la consecución de los factores clave y factores críticos de éxito del Contrato Programa y de la estrategia corporativa. Además, establecerá los objetivos estratégicos de interés para su ámbito de actuación en las diferentes líneas de actuación priorizadas por el Departamento de Sanidad y Consumo. Este nivel supone un peso en la incentivación de un 20 %. Los objetivos deberán que propongan tienen que ser medibles con estándares ya establecidos o si es una metodología nueva con los estándares que se indiquen previamente.

3.3 Nivel 3 – UAP

Definen los objetivos que marcan una acción singularizada de esa unidad en su Comarca, o bien objetivos en relación a la implantación de una buena práctica, o el desarrollo de grupos de mejora con planes de intervención evaluados.

4 Otras formas de gestión

Como otras formas de gestión destacar que **Osatek** es una Sociedad pública del Gobierno Vasco dependiente del Departamento de Sanidad, encargada de la gestión, administración y explotación de servicios por imagen de tecnología puntera y que recientemente ha ampliado su objeto social con el objeto de gestionar el centro de servicios multicanal.

En la Comunidad Vasca no hay ninguna otra figura de gestión pública ni de participación público-privada.

5 Buenas prácticas

5.1 Integración laboral del paciente con trastorno mental grave

Partiendo del dato del censo comparativo por tipo de discapacidad los enfermos mentales que indica que éstos han crecido un 10% en los últimos 8 años (15,5% en 2000 y 25,6% en 2008), el presente proyecto trata de demostrar el recorrido innovador de SMEG (Salud mental extrahospitalaria de Gipuzkoa) en colaboración con diferentes instituciones, en la gestión de diferentes acuerdos y convenios de colaboración para integrar en la sociedad a pacientes con trastorno mental grave.

Tras la aplicación del plan, la integración laboral de los pacientes con trastorno mental grave a través de centros ocupacionales y centros especiales de empleo se ha triplicado (195 personas en 1999 y 632 en 2008).

Además, una encuesta realizada a usuarios del Grupo Gureak en 2009 demuestra la idoneidad, como medio rehabilitador, de la actividad laboral que desarrollan (el 73% de las personas dice que el trabajo es muy adecuado o bastante adecuado y el 62% afirma que la actividad que realiza contribuye a controlar mejor su enfermedad mental).

5.2 Atención integral del paciente ambulatorio con patología cardiológica

La puesta en marcha de este plan plantea potenciar nuevos protocolos para la coordinación entre atención primaria y atención especializada con estos objetivos concretos:

- establecer cauces de comunicación bidireccionales ágiles y efectivos
- garantizar la prestación a cada paciente con la prioridad necesaria por su patología cardíaca
- obtener una demora máxima en primeras consultas inferior a 30 días
- mejorar la continuidad de cuidados, en especial en pacientes con patología cardíaca crónica
- facilitar el especialista a los médicos de atención primaria los recursos necesarios para la toma de decisiones
- introducir herramientas de telemedicina.

5.3 ¿Sirven para algo las declaraciones de eventos adversos en la mejora de la seguridad del entorno del paciente crítico?

El proyecto busca verificar la puesta en marcha de medidas correctoras de mejora de factores relacionados con la aparición de eventos adversos en el servicio de Medicina Intensiva.

Es un método descriptivo y analítico de los eventos adversos declarados y un análisis de los factores contribuyentes a su aparición y su relación con las medidas puestas en marcha.

Se pondera según la gravedad y se priorizan las intervenciones realizadas en las áreas de hemoderivados, medicación, equipos-dispositivos, seguimiento del paciente e identificación.

Para hacer este seguimiento se ha diseñado un sistema de declaración de incidentes para así dirigir la implementación de medidas correctoras ahí donde, bien por frecuencia o por gravedad, se han visto más necesarias.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

www.mpsi.es