

CONSEJERÍAS AUTONÓMICAS	SOCIEDADES CIENTÍFICAS
<p>Consejería de Salud de la Junta de Andalucía Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias Conselleria de Salut y Consum Govern de les Illes Balears Consejería de Salud y Bienestar Social Castilla La Mancha Consejería de Sanidad de Castilla y León Departament de Salut Generalitat de Catalunya Conselleria de Sanitat Generalitat Valenciana Consejería de Sanidad y Dependencia Junta de Extremadura Consellería de Sanidade Xunta de Galicia Consejería de Sanidad y Consumo Gobierno Vasco Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid Departamento de Salud de Navarra Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social Gobierno de la Rioja Consejería de Salud y Consumo Gobierno de Aragón</p>	<p>Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) Sociedad Española de Medicina General (SEMG) Federación de Asociaciones de Enfermería (FAECAP) Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC) Asociación de Enfermería de Cuidados Paliativos (SECPAL) Sociedad Española de Cuidados Paliativos AECPAL Federación Española de Hospitalización a Domicilio (FEHD) Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP) Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) Consejo General Diplomados Trabajo Social Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) Sociedad Española de Directivos de Salud (SEDS) Sociedad Española de Salud Pública y administración Sanitaria (SESPAS) Sociedad Española de Informática de Salud (SEIS)</p>
<p>Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Foro Español de Pacientes</p>	

CONFERENCIA NACIONAL PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Sevilla, 20 de enero de 2011

DECLARACIÓN DE SEVILLA (Borrador)



Ciudadanos, Profesionales y Administraciones
 Una alianza para el paciente crónico

Durante los últimos años se están produciendo importantes cambios demográficos en todo el mundo. En la Unión Europea el porcentaje de personas mayores de 65 años pasará de un 16 % en 2000 a un 27 % en 2050. España, está entre los países con poblaciones más envejecidas del mundo, estimándose que para esas fechas cerca del 35% de nuestra población superará esa edad. La relación de la edad con las enfermedades crónicas y con la utilización de los servicios sanitarios está claramente establecida. Se estima que las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad en 2020 y que hacia 2030 se doblará la incidencia actual.

Una de las consecuencias inmediatas de estos cambios es el rápido incremento de pacientes que comparan múltiples enfermedades crónicas. La última Encuesta Nacional de Salud Española ya evidenció, entre los 65 y 74 años, una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas por persona, alcanzando un promedio de 3,2 en mayores de 75 años. Las personas con múltiples enfermedades crónicas representan el 50% ó más de toda la población que las presentan. En ellos los costes relacionados con la atención sanitaria llegan a multiplicarse por seis respecto a los que no tienen ninguna enfermedad o solo tienen una, y en la actualidad los pacientes con cinco o más enfermedades crónicas representan dos tercios del gasto sanitario de algunas organizaciones sanitarias, multiplicando por diecisiete el gasto sanitario y por veinticinco el hospitalario. Si este problema no se aborda adecuadamente, no sólo consumirá la mayor parte de los recursos de los sistemas sanitarios, sino que puede llegar a cuestionar la sostenibilidad de nuestro actual Sistema de Salud.

En nuestro país, como en el resto del mundo, el patrón epidemiológico global está cambiando en las últimas décadas, con un progresivo predominio de las patologías crónicas sobre las agudas, pero es evidente que nuestros sistemas de atención a la salud no están evolucionando al mismo ritmo y no se han adaptado a los retos planteados. En este entorno se hacen especialmente patentes algunas de las deficiencias históricas de nuestro sistema sanitario, como es la dificultad para que el paciente circule de manera fluida por los diferentes niveles asistenciales. Sin embargo, la posición de España para afrontar los retos de la cronicidad es buena. Disponemos de la mayoría de los elementos que nos pueden permitir una rápida reorganización de nuestro Sistema de Salud y especialmente un Sistema Sanitario Público con una Atención Primaria fuertemente implantada y consolidada. No obstante, no se está desarrollando una estrategia clara y global para afrontar los desafíos de la cronicidad en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, aún cuando hay evidencia

de que una estrategia integrada es uno de los pilares de los abordajes exitosos de la cronicidad.

Los profesionales sanitarios, liderados por nuestras Sociedades Científicas, somos conscientes de ello y deseamos contribuir a propiciar el cambio. Por ello hemos decidido impulsar este documento como expresión de la alianza de los profesionales con las administraciones sanitarias y las asociaciones de pacientes con el fin de afrontar los cambios necesarios en el Sistema Nacional de Salud para adecuarlo a las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas. Las características demográficas de España obligan a que se acometan sin más demora estos cambios y, sin embargo, la mayoría de los Servicios de Salud se mueven aún entre la expectativa inmovilista y el temor a un apoyo decidido a las iniciativas innovadoras. Por ello, consideramos inexcusable la necesidad de reorientar las prioridades políticas incluidas las presupuestarias para permitir afrontar los grandes retos que tenemos pendientes en la atención a los pacientes crónicos.

Este Documento de Consenso pretende promover y estimular el desarrollo de iniciativas en todas las Comunidades Autónomas (CCAA), coordinadas desde las Gerencias de los Servicios de Salud en colaboración con representantes de la Sociedades Científicas implicadas y de los pacientes, que puedan verse reflejadas en un Plan Integral Autonómico de Atención a los Pacientes con Patologías Crónicas en cada Comunidad Autónoma dentro de una estrategia nacional integrada.

Creemos que estos Planes han de contemplar las siguientes propuestas de intervención agrupadas en tres áreas:

1. EL PACIENTE Y LA COMUNIDAD

- Realizar una declaración y acción política explícita que facilite la extensión de las políticas y estrategias sobre cronicidad a todas las comunidades autónomas.
- Identificar a las personas vulnerables y estratificar a la población, según su nivel de riesgo, para realizar la intervenciones más eficientes y adecuadas a sus necesidades.
- Implantar las actividades de prevención y de promoción de la salud con estrategias poblacionales e individuales coste-efectivas, con el mismo nivel de intensidad que el resto de las intervenciones.
- Impulsar la participación de la comunidad en la mejora de la salud y en los cuidados en la enfermedad: instituciones públicas y privadas, sistema sanitario, red sociosanitaria, sociedades científicas, asociaciones de pacientes crónicos, voluntariado, bancos del

tiempo, farmacias comunitarias cooperando en red y estableciendo convenios de colaboración y de complementariedad de servicios.

- Prestar ayuda para facilitar el autocuidado y adoptar medidas de apoyo a la familia y a los cuidadores.
- Fortalecer el papel de las enfermeras desarrollando las competencias clínicas necesarias para la prevención de las enfermedades crónicas y para el entrenamiento y seguimiento de los pacientes crónicos.
- Apoyo a los foros de relación, comunicación y colaboración de pacientes y profesionales y de páginas Webs de calidad en la red.

2. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

- La Atención Primaria ha de ejercer un papel de eje coordinador de los servicios sanitarios y sociales relacionados a través del cual la población tenga un acceso ordenado a los cuidados sanitarios y sociales.
- Reforzar el papel del médico y la enfermera de familia como agentes principales del paciente y puerta de entrada al sistema, mejorando su capacidad clínica y sus herramientas para la gestión integrada del paciente.
- La reorganización del proceso asistencial debe centrarse en las necesidades del paciente potenciando la coordinación intersectorial y la integralidad para facilitar la creación de un marco de atención compartida entre los diferentes ámbitos asistenciales.
- La estratificación de la población según su nivel de riesgo ha de permitir identificar a los pacientes pluripatológicos, frágiles o con enfermedades avanzadas que requieren el desarrollo de planes específicos de atención continuada.
- Es necesario reforzar el papel de los profesionales con capacidad integradora tanto en Atención Primaria como en el Hospital. La alianza de los médicos y enfermeras de familia, en el ámbito de la Atención Primaria, con los médicos internistas y enfermeras hospitalarias, se está expresando como alternativa innovadora que potencia la continuidad asistencial y la personalización de la asistencia sanitaria.
- Es necesario adecuar los perfiles competenciales de los profesionales a las necesidades del paciente crónico reforzando el protagonismo de farmacéuticos, trabajadores sociales y otros profesionales que se incorporarán al proceso asistencial.
- Es necesario impulsar el protagonismo de los profesionales en los servicios de salud potenciando la gestión clínica y una mayor autonomía de los centros.

3. LA INFORMACION CLINICA Y LA TOMA DE DECISIONES

- Los sistemas de información clínica deben cumplir dos requisitos fundamentales para facilitar a clínicos y gestores la toma de decisiones: ser útiles y válidos para la evaluación del proceso asistencial y facilitar la autonomía del paciente.
- Las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) tienen que construir la Historia Clínica Electrónica Única por paciente.
- La Historia Clínica Electrónica virtualmente Única ha de permitir no solo el registro de la información clínica sino que ha de facilitar la comunicación entre los profesionales en un entorno seguro.
- La Historia Clínica Electrónica ha de ser diseñada de forma consensuada con los profesionales sanitarios y las sociedades científicas para que responda tanto a las necesidades de información de los gestores como de los clínicos. Debe registrar también las actividades preventivas y la situación social.
- Es necesaria la construcción de indicadores de evaluación acordados con los profesionales de contenido eminentemente clínico que permitan realizar un seguimiento del manejo de los enfermos crónicos y establecer objetivos de calidad asistencial incentivando el cumplimiento de los mismos.
- Es necesario evaluar el uso de las TICs para desarrollar nuevas estrategias de relación entre profesionales y pacientes. Estas relaciones han de estar basadas en el impulso a los autocuidados en un paciente más informado y con mayor autonomía.

Esta Declaración de Consenso pretende contribuir a sensibilizar a la población, a los profesionales y a las administraciones sanitarias, así como facilitar las iniciativas de innovación que están surgiendo en el ámbito de la microgestión y que buscan promover un sistema de atención basado en la integralidad, la continuidad asistencial y la intersectorialidad, reforzando el paradigma de un paciente informado, activo y comprometido y que asume el control compartido de su enfermedad con los profesionales. Las evidencias acumuladas y el sentido común hacen inaplazables las intervenciones propuestas. Sin embargo, los responsables de la toma de decisiones, políticos y gestores, deberían ser extremadamente cuidadosos antes de invertir recursos significativos para apoyar intervenciones sin demostración evidente de su efectividad y eficiencia. Por ello tiene una importancia crucial apoyar el desarrollo de estudios robustos que permitan demostrar la aplicabilidad y efectividad de estas intervenciones para su generalización en nuestro Sistema de Salud.