



# Desarrollo e implementación de la Estrategia de Cronicidad del País Vasco: lecciones aprendidas

Roberto Nuño-Solinís

Deusto Business School Health, Universidad de Deusto, Bilbao, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 13 de noviembre de 2015

Aceptado el 18 de marzo de 2016

On-line el 13 de mayo de 2016

### Palabras clave:

Atención integrada

Atención a crónicos

Estrategia

Implementación

Liderazgo

## R E S U M E N

La sanidad pública de Euskadi afronta unas altas tasas de envejecimiento y cronicidad, que tensionan la sostenibilidad del sistema. En respuesta a esta situación, en 2010 se puso en marcha la Estrategia Vasca de Cronicidad como una iniciativa de transformación de amplia escala y largo alcance centrada en un cambio del modelo de provisión sanitaria hacia la atención integrada a la cronicidad. Desarrollada en un contexto caracterizado por la crisis económico-financiera, la fuerte oposición política, y la resistencia o la pasividad de grupos de interés relevantes, el diseño y la implementación de la Estrategia aportó algunos elementos destacables, como son una narrativa de cambio diferente a la de austeridad, que era la dominante en ese momento; un enfoque estratégico sustentado en una base de evidencia y en referentes teóricos contrastados; y un planteamiento de implementación que propiciaba la innovación local y de «abajo arriba». Pese a ello, no se consiguió superar plenamente las barreras de la debilidad política y de la inmovilidad burocrática, las cuales limitaron el despliegue y el alcance de los cambios, sobre todo los relativos a la escalabilidad de las innovaciones locales de éxito. En cualquier caso, como fruto de la Estrategia son apreciables algunos cambios en la cultura de integración asistencial, tanto en el ámbito clínico como en el gestor, así como la progresión organizativa dentro de un modelo de atención orientado a la cronicidad.

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Development and implementation of the Chronicity Strategy for the Basque Country (Spain): lessons learned

### A B S T R A C T

Public healthcare in the Basque Country (Spain) faces high rates of ageing and chronicity, which stress the sustainability of the system. In response to this situation, the Basque Chronicity Strategy was launched in 2010. This large-scale and far-reaching transformation initiative focused on changing the healthcare provision model towards integrated care of chronicity. Developed in the context of economic and financial crisis, strong political opposition and resistance or passivity of many relevant stakeholders, the design and implementation of the Strategy introduced some noteworthy elements, such as: a narrative of change different to the austerity discourse, which was the dominant narrative at that time; a strategic approach supported by an evidence base and solid theoretical references; and an implementation strategy that favoured local innovation and the “bottom up” approach. In spite of this, it was not possible to overcome the political barriers or bureaucratic immobility, which limited the implementation and scope of the changes, especially those related to the scalability of successful local innovations. However, some changes in the healthcare integration culture at clinical and managerial level have been introduced as a result of the Strategy, as well as organisational progression towards a chronicity-targeted healthcare model.

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Keywords:

Integrated care

Chronic care

Strategy

Implementation

Leadership

## Introducción

Los sistemas social y sanitario de España afrontan una de las mayores tasas de envejecimiento y cronicidad de toda Europa; una verdad incómoda que va a seguir en crecimiento en los próximos años y que ahora mismo se traduce en que un 91,3% de la mortalidad y el 86% de los años de vida perdidos en nuestro país son atribuibles

a las enfermedades crónicas<sup>1</sup>. Además de los efectos en términos de salud, el impacto económico es considerable, pues son los enfermos crónicos, en particular los crónicos complejos, los que requieren una mayor dedicación de recursos por parte del sistema sanitario<sup>2</sup>. Este hecho se manifiesta en tensiones para la sostenibilidad de la sanidad pública.

Pese a la gravedad del problema, existe una carencia de previsiones sólidas del impacto a largo plazo de la cronicidad en términos económicos, por lo que organismos como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) están trabajando

Correo electrónico: [roberto.nuno@deusto.es](mailto:roberto.nuno@deusto.es)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.03.011>

0213-9111/© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Puntos clave

- En un contexto poco favorable en términos económicos y políticos, resulta clave elaborar planteamientos estratégicos con una narrativa de transformación ilusionante para los distintos grupos de interés.
- En la Estrategia Vasca de Cronicidad, ese relato fue el desarrollo de un modelo de atención integrada a los pacientes con condiciones crónicas.
- La utilización en la estrategia de marcos teóricos sólidos, comparativa internacional y evidencia robusta sobre la atención a pacientes crónicos fue relevante, pero no garantizó su éxito.
- La adopción de un enfoque de innovación de «abajo arriba» propició la emergencia de un gran número de proyectos de cambio, pero su escalabilidad fue frenada por barreras burocráticas.
- La visión de desarrollo de una atención más integrada fue contemplada de forma muy diversa por los distintos grupos de interés, siendo vista por algunos como una oportunidad y, por otros, como una amenaza.

en la materia<sup>3</sup>. Algunas de las estimaciones disponibles señalaban que, en términos de financiación, en un escenario de inacción, el presupuesto sanitario deberá crecer en torno a un 45% hasta 2020 (base 2011) para atender el incremento de la demanda<sup>4</sup>. Es más, el presupuesto sanitario ha descendido de forma apreciable (en torno a 10.000 millones de euros) durante los años de la crisis en nuestro país.

Desde la demanda, sabemos qué tipo de población concentra la actividad y el gasto. Esto no va a cambiar en las próximas décadas, sino que se va a acentuar aún más. Las personas con múltiples necesidades sociales y sanitarias reciben la respuesta sanitaria a través de una buena atención primaria –según comparaciones internacionales–, pero con evidentes signos de agotamiento: profesionales envejecidos, elevado *burn-out*, desinterés por el domicilio como lugar de atención, descuido creciente de áreas esenciales como el final de la vida, etc.; de una medicina hospitalaria concebida para el proceso agudo y poco conectada en sus procesos con la primaria; y de unos servicios sociales infradesarrollados<sup>5</sup>.

La desconexión, la fragmentación o la falta de coordinación entre niveles ocupa los últimos 30 años de la literatura de gestión y política sanitarias sin que se haya avanzado gran cosa, salvo en ciertas «islas de excelencia» en el mundo<sup>6</sup>. Sin avances relevantes para tender puentes sobre esa brecha, nos topamos con el profundo desfilar que separa los servicios sociales y sanitarios y afecta a las personas que necesitan ambos tipos de servicios públicos<sup>7</sup>.

La sanidad pública vasca, considerando como tal el entramado organizativo que agrupa al aseguramiento público de los más de 2,1 millones de habitantes de la Comunidad Autónoma del País Vasco, así como el casi monopolio en la prestación por parte del ente público Osakidetza, suele considerarse bien financiada en términos comparados (situada siempre en los puestos más altos respecto a otras comunidades autónomas en cuanto a gasto per cápita), con una calidad de servicio bien valorada y con una gestión moderna basada en los principios de calidad total del modelo EFQM (*European Foundation for Quality Management*). No obstante, afronta presiones demográficas y epidemiológicas notables, y presenta importantes lagunas en coordinación y continuidad de los servicios, especialmente apreciables para los pacientes frágiles y pluripatológicos<sup>8–10</sup>.

Ante ese panorama, en 2009 se comenzó a trabajar en la sanidad pública vasca en el desarrollo de un marco estratégico denominado «Estrategia para afrontar el reto de la Cronicidad en Euskadi»<sup>10</sup> (en

adelante, la Estrategia). Un ambicioso planteamiento de transformación que tomaba la cronicidad como eje, pero que pretendía un cambio de gran alcance sistémico y con impacto poblacional<sup>11</sup>, y todo ello dentro de un contexto de política sanitaria en el cual no abundaban las propuestas innovadoras.

No en vano el liderazgo sanitario en España se había calificado de «empantanado»<sup>12</sup>. Por ello, las llamadas Estrategias de Cronicidad formuladas por el Ministerio de Sanidad<sup>13</sup> y diversas comunidades autónomas en el período 2010–2015<sup>14</sup> presentaban un cierto carácter excepcional al proponer una transformación de amplio alcance del modelo de prestación sanitaria.

### Contexto, diseño, implementación y progreso de la Estrategia

En los párrafos siguientes vamos a analizar el contexto, el diseño, el desarrollo, la implementación y el progreso de la Estrategia. Los componentes (cinco políticas y catorce proyectos estratégicos) de la Estrategia se muestran en la [tabla 1](#)<sup>8,15</sup>. Nos centraremos en los factores que sirvieron para promover o inhibir su implementación efectiva, tomando como eje e hilo conductor el desarrollo de una atención más integrada. La apuesta por reorientar las organizaciones sanitarias hacia modelos más integrados para proporcionar una respuesta más eficiente a las necesidades del paciente crónico fue un elemento central de la Estrategia. Así, la política estratégica denominada «Continuo de atención» formulaba el objetivo de «garantizar el continuo asistencial mediante el impulso de una asistencia multidisciplinaria, coordinada e integrada entre los diferentes servicios, niveles de atención y sectores»<sup>10</sup> a partir de fórmulas que fomentaran la colaboración y la integración entre atención primaria y atención hospitalaria.

Esta integración se propició por vías diversas que podemos clasificar en dos grandes grupos: a) las iniciativas de integración vertical estructural con la creación de Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) y b) las iniciativas centradas en el desarrollo de procesos asistenciales integrados, por ejemplo mediante rutas asistenciales elaboradas conjuntamente entre diversos ámbitos asistenciales.

Aquí vamos a utilizar el marco analítico de «contextos receptivos para el cambio» de Pettigrew et al.<sup>16</sup> en su versión sintética<sup>17</sup>, la cual comprende cinco factores: 1) los factores ambientales; 2) la existencia de un liderazgo transformador; 3) la calidad y la coherencia de la política a implementar; 4) la existencia de una cultura organizativa alineada con el cambio; y 5) las características de las relaciones entre clínicos y gestores.

#### Los factores ambientales

Ya se ha mencionado la existencia de unas macro-tendencias demográficas y epidemiológicas que presionan al sector desde la demanda. Además, el contexto estaba caracterizado por la profunda crisis económica y financiera. Hablar de transformar en tiempo de recortes se percibía frívolo en vez de acuciante. La acogida a la Estrategia por los diversos grupos de interés del sector fue tibia en el mejor de los casos. La oposición en el plano político fue extremadamente dura; el alineamiento interno en la tecno-estructura sanitaria, complejo y delicado; los profesionales sanitarios subieron a bordo siguiendo lo teorizado por Rogers<sup>18</sup> (un pequeño y entusiasta grupo de innovadores y una gran masa expectante); la ciudadanía no se veía identificada con el lenguaje nuevo, y a veces tecnocrático, de la Estrategia; y las asociaciones de pacientes, en su gran mayoría, no supieron ver las oportunidades que abría el término «cronicidad» frente al discurso por enfermedad.

Para mejorar la receptividad de la Estrategia hubo que construir un relato, una narrativa ilusionante de transformación centrada en el desarrollo de una atención integrada a los pacientes crónicos. Esta

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5120607>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5120607>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)