ANEXO I: MARCOS TEÓRICOS DE REFERENCIA PARA LA ESTRATEGIA EN ASTURIAS

Salud en todas las políticas

Salud en Todas las Políticas es un enfoque de la política pública en todos los sectores que toma en cuenta las implicancias de salud en las decisiones, busca generar sinergias, y evitar impactos negativos en la salud, con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud[12]

Se basa en derechos y obligaciones vinculados a la salud y tiene su foco en las políticas públicas en todos los niveles de gobierno. A nivel nacional se aplica en la toma de decisiones y procesos tanto en la administración pública, y ejecutiva (gobierno) como en la legislatura con poderes para emitir leyes, controlar el presupuesto y tomar decisiones impositivas (parlamento/congreso/asamblea nacional).

La implantación de Salud en todas las Políticas en nuestro país aún es embrionaria aunque sí hay ejemplos de buenas prácticas:

- La creación de una Comisión intersectorial vinculada al Plan de Salud de en Cataluña.
- Experiencias en el País Vasco relacionadas con la evaluación de políticas intersectoriales para comprender su impacto en la salud de la población [3] .
- Experiencias de trabajar aspectos intersectoriales y de gobernanza en ámbitos locales bien desde ámbitos municipales (como el Proyecto RELAS del Gobierno de Andalucía para el desarrollo de una red local de acción en salud[4]) o más vinculados a ámbitos sanitarios (como la propuesta de implantación de microsistemas locales en la Estrategia de Cronicidad del País Vasco [5]).

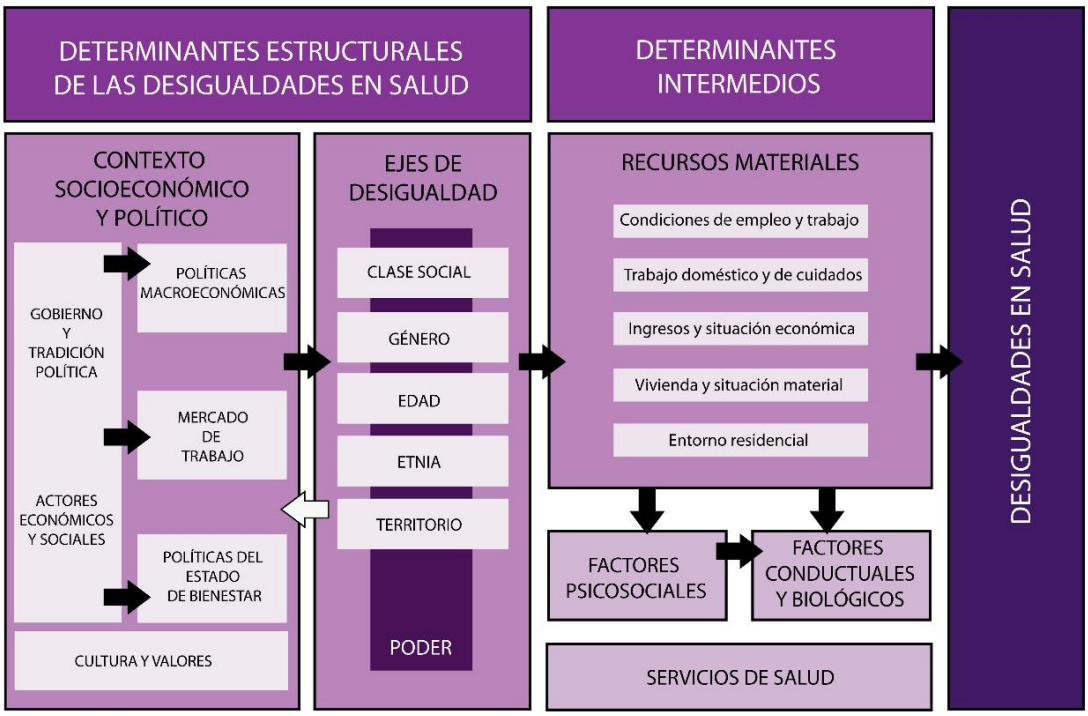
Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España

El documento Avanzando en equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España fue elaborado en mayo del 2010 por la Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Dicho proyecto fue comisionado por la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad y Política Social.

El marco teórico de dicho documento parte de los esquemas de Irwin y Navarro y se contemplan la influencia de diferentes determinantes (estructurales e intermedios) en la salud y en las desigualdades de la salud poblacional.

En el documento, en base a diferentes Áreas de actuación, se plantean recomendaciones con diferente priorización para el abordaje de las desigualdades sociales en salud.

Figura 21. Avanzando en equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España



Modelo Ampliado de Cuidados Crónicos

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

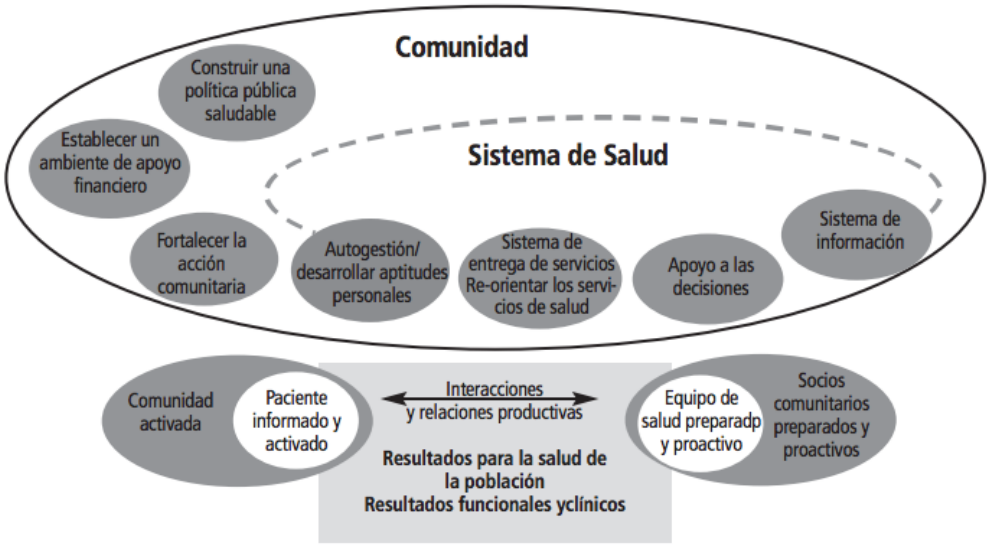
El Chronic Care Model (CCM. Modelo de Atención a la Cronicidad) es probablemente uno de los modelos más conocidos y utilizados como marcos de referencia en otras estrategias de atención a la cronicidad de nuestro contexto. Ha sido desarrollado por el MacColl Institute for Health Care Innovation en Estados Unidos y ha sido mejorado después de la creación del MacColl Center en 1998 por la Robert Wood Johnson Foundation y de la creación de un programa de implementación nacional de la iniciativa denominado "ImprovingChronicIllnessCare" [6789]

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

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

Sobre la base de este modelo se desarrolló en Canadá el Modelo Ampliado de Cuidados Crónicos que mantiene los seis elementos del original y añade actividades de promoción de la salud, prestando atención especial a los determinantes sociales de la salud[10].

Figura 22.Modelo ampliado de cuidados crónicos.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Red Integrada de Servicios Sanitarios y el Proyecto AP21

Aunque el Chronic Care Model es un modelo intuitivo y con cierto grado de utilización en las estrategias de otras comunidades autónomas, es importante tener en cuenta modelos que contemplen una situación de desarrollo de servicios sanitarios con una aproximación más parecida al nuestro, concretamente en lo que al modelo de Atención Primaria se refiere.

La iniciativa de OPS/OMS sobre Sistemas Integrados de Servicios de Salud[11], desarrollada en el marco de la renovación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en las Américas, aborda el problema de la fragmentación de los servicios de salud y busca dar respuesta a la necesidad de avanzar hacia la producción y entrega de cuidados a la salud integrales para todos los habitantes de la Región, en cumplimiento además, de diversos compromisos y mandatos internacionales. Apoyar a los formuladores de política, a los gestores y a los prestadores de servicios de salud en el desarrollo e implementación de Sistemas Integrados de Servicios de Salud es el objetivo de esta sección en la que se dispone no solo del documento base de la iniciativa sino que además se podrán encontrar experiencias, instrumentos e información de apoyo en este proceso. Los elementos clave que define son los siguientes:

Modelo Asistencial

- Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud
- Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública
- Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población
- Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios
- Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud
- Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población

Gobernanza y estrategia

- Un sistema de gobernanza único para toda la red
- Participación social amplia
- Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de salud y la equidad en salud

Organización y gestión

- Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico
- Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red
- Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes
- Gestión basada en resultados

Asignación e incentivos

Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red

Así mismo la Estrategia contempla como documento de referencia el Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21, desarrollado por el Ministerio de Sanidad y Consumo[12][13].

Bibliografía de referencia

[1]Organización Panamericana de la Salud. Salud en todas las Políticas – marco para la acción de países [Internet]. 2013 [citado 6 de diciembre de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.paho.org/hiap/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=333&Itemid=

[2]Sihto M, E Ollila, Koivusalo M. (2006). Principios y desafíos de la salud en todas las políticas. En: Stahl T, M Wismar, E Ollila, Lahtinen E, K Leppo (eds), "Salud en todas las políticas: perspectivas y posibilidades". Ministerio de Asuntos Sociales y Salud y el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, Helsinki, pp 3-20.

[3]Aldasoro E, Sanz E, Bacigalupe A, Esnaola S, Calderón C, Cambra K, et al. Avanzando en la evaluación del impacto en la salud: análisis de las políticas públicas sectoriales del Gobierno Vasco como paso previo a la fase de cribado sistemático. Gaceta Sanitaria [Internet]. febrero de 2012 [citado 9 de abril de 2013];26(1):83-90. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112012000100016&script=sci_arttext&tlng=es

[4]Organización Panamericana de la Salud. Proyecto piloto para el desarrollo de red local de acción en salud (Proyecto RELAS) [Internet]. 2013 [citado 6 de diciembre de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.paho.org/setp/pdfs/espania1.pdf

[5]Gobierno Vasco. Nuevo modelo de provisión de Euskadi: Sistemas Locales Integrados de Salud – Microsistemas y su gobernanza [Internet]. 2012 [citado 8 de diciembre de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkcron02/es/contenidos/informacion/documentos_cronicos/es_cronic/adjuntos/gobernantza_web_bulegoa.pdf

[6]Wagner EH, Austin BT, Korff MV.Organizing Care for Patients with Chronic Illness.TheMilbankQuarterly [Internet]. 1996 [citado 8 de diciembre de 2013];74(4):511. Recuperado a partir de: http://www.jstor.org/discover/10.2307/3350391?uid=3737952&uid=2&uid=4&sid=21103085409227

[7]Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. HealthAff [Internet]. 11 de enero de 2001 [citado 8 de diciembre de 2013];20(6):64-78. Recuperado a partir de: http://content.healthaffairs.org/content/20/6/64

[8]Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, part 2. JAMA [Internet]. 16 de octubre de 2002 [citado 8 de diciembre de 2013];288(15):1909-14. Recuperado a partir de: http://dx.doi.org/10.1001/jama.288.15.1909

[9] Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium.HealthAff [Internet]. 1 de enero de 2009 [citado 8 de diciembre de 2013];28(1):75-85. Recuperado a partir de: http://content.healthaffairs.org/content/28/1/75

[10]Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. Hosp Q. 2003;7(1):73–82.

[11]Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Politica y Hoja de Ruta para su Implementacion en las Americas [Internet]. 2010 [citado 4 de diciembre de 2013]. Recuperado a partir de: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf

[12]Ministerio de Sanidad y Consumo D. Atención Primaria en España: 2007-2012 [Internet]. Gobierno de España; 2007 [citado 8 de diciembre de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.sensefums.com/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf

[13]Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe de seguimiento. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España 2007-2012 [Internet]. 2012 [citado 8 de diciembre de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/AP21_INFORME_2012.pdf