

Ramón Frexes Illueca

Director de Relaciones Institucionales Janssen. Director RSC Jonhson & Jonhson

"Hacia la construcción de un modelo afectivo-efectivo"

Todos tenemos una RESPONSABILIDAD ante la sociedad en la que vivimos, dependiendo de los VALORES que cada uno tenga en su vida e independientemente de que se sea ciudadano o empresa.

En Janssen, J & J, tenemos valores que están en nuestro

- **CREDO, guía Código Conducta**
 - **Compromiso con el valor de Innovar** para mejorar no solo la salud de los pacientes, sino también la vida de las personas
- Con una clara **MISIÓN**:
 - abordar y resolver las **necesidades médicas** no cubiertas todavía: mediante una Inversión de 8B de dólares. 12 listado OMS
 - Desarrollar **productos, servicios y soluciones lo más innovadoras posibles** que ayuden a las personas: Inversión en prevención, sensibilización y concienciación
- **Espíritu innovador.** Escuchando, entendiendo y buscando soluciones.
- Es nuestra forma de contribuir además a un **desarrollo sostenible.**
- Y esto es y tiene que ser totalmente **VOLUNTARIO, integrando, las preocupaciones: SOCIALES, MEDIOAMBIENTALES Y ECONOMICAS**
- **Respondiendo a las EXPECTATIVAS** de la sociedad
- **51 de las 100 economías mundiales** más importantes están constituidas por compañías y no por empresas
- Y en esta línea y en el área de **RSS**, podríamos destacar el proyecto **FORO PREMIOS ALBERT JOVELL** que estamos desarrollando con las 5 cátedras de innovación que Janssen tiene en **5 UNIVERSIDADES** y que trabajan **en RED**
- **Una Plataforma de Intercambio de conocimiento**, entre todos los colectivos que trabajan **alrededor del paciente**, orientado a mejorar los **resultados en salud a través de la innovación**
- **Que busca la CO-CREACIÓN ENTRE TODOS**
- Un **FORO**, Basado en el **legado de Albert Jovell** y guiados por **frases** tan rotundas, sugerentes y palmarias entre otras como:
 - Necesitamos pacientes más informados y médicos más sensibilizados
 - Lo importante es el enfermo y no la enfermedad
 - No basta con ser un buen médico, hay que ser un médico bueno
 - Yo ya acepto que no me vayan a curar, pero me costaría aceptar que no me vayan a cuidar
 - Mis padres me dejaron una sociedad mejor que la que ellos recibieron. Eso es lo que yo les debo a mis hijos

- ¿De **Qué** nos estaba hablando Albert en sus frases y que hemos recogido de las sugerencias del FORO?
- La necesidad de:
 - **Humanización** de nuestros sistemas de salud
 - **Formación en Salud** de la sociedad (itinerario académico)
- Recogimos el testigo y nos pusimos a trabajar en lo que creímos más prioritario y hemos desarrollado lo que hemos llamado él:

MODELO afectivo/efectivo. (a/e)

- **¿Por qué un modelo a/e?**

Pues porque:

- **Aúna los objetivos** de los diferentes actores sanitarios.
- **Define un método** que ayuda a homogeneizar procesos.
- **Permite trasladar realidades concretas a una serie de pautas.**
- **Fomenta la co-creación** a través de un **modelo dinámico, de, por y para todos.**
- **¿Qué se quiere conseguir? ,Misión y Visión:**
 - **Inspirar el desarrollo de organizaciones y sistemas de trabajo dinámicos enfocados a la atención integral de la persona y no solo de la enfermedad.**
- **¿Cuál sería su estructura, el ECOSISTEMA?**
 - **Personas en el centro.**
 - **Valores:** equidad, empatía, confianza, seguridad, co-responsabilidad,

¿Dónde se puede incidir?

- **Espacios:** entorno del paciente.
- **Organizaciones:** impulso humanización.

¿Cómo se puede incidir?

8 Líneas de trabajo

- Relación bidireccional médico-paciente,
- atención personal del P. Sanitario
- normalización social de la enfermedad,
- continuidad de la atención
- Co-creación junto al paciente
- Profesionalización AAPP
- Empoderamiento del paciente y del personal sanitario (entorno).
- Adecuación espacios y organizaciones

Pautas de implementación

Con la integración y compromiso de todos los actores sanitarios

Definición: El modelo a/e es la forma de cuidar y curar al paciente como persona, con base en la evidencia científica, incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente, estableciendo una atención basada en la confianza y la empatía, y contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados posibles en salud

- y en breve, **después de reunirnos con los Grupos de trabajo** vamos a empezar a **testarlo**.
- A día de hoy, el modelo está dividido en **40 recomendaciones de pautas** de implantación del modelo estructuradas entorno a los diferentes agentes de interés.
- **Hemos optado por pautas de carácter cualitativo y orientadas a la autoevaluación** de los diferentes agentes con relación a su entorno y su práctica profesional **(0-3 nivel)**
- **La identificación** de estas pautas se ha hecho atendiendo a los resultados **de entrevistas, focus groups, mejores prácticas identificadas nacionales e internacionales**.
- Y después de ello, con la ayuda **de TODOS**, pues es un **modelo dinámico y de co-creación, afinarlo y ponerlo a disposición de la SOCIEDAD**.
- Y por tanto, **como todos ustedes también son parte del sistema, quisiera anticiparme y darles las gracias** de antemano por **ayudarnos a construir este modelo a/e**.
- **Definición del modelo afectivo/efectivo**

Recomendaciones de pautas de implantación

Como se puede implantar:

A) Profesionales sanitarios

1. Formación en la atención personal y humana de pacientes y de su entorno
2. Aplicación de técnicas de comunicación personal en la relación con los pacientes.
3. Implicación de los pacientes en la decisión terapéutica según sus preferencias y de acuerdo a las alternativas más específicas y contrastadas.
4. Formación y soporte al paciente y a su entorno en los conocimientos y capacidad de autocuidado y control de su estado de salud.
5. Prescripción de información y recursos comunitarios para una atención integral de la persona.
6. Coordinación con otros recursos implicados en la atención al paciente.

B) Asociaciones de pacientes

1. Formación a los profesionales sanitarios en el conocimiento del impacto en la vida de los pacientes y su entorno de las patologías y de los tratamientos.
2. Actualización continua y precisa de la información generada en relación con la enfermedad y los tratamientos existentes.
3. Participación y soporte a otras organizaciones en la toma de decisiones para su orientación hacia los pacientes.
4. Formación a los pacientes y a su entorno en el conocimiento de su patología, la prevención, autocuidado y control de su estado de salud, en línea con la evidencia científica.

5. Orientación del paciente y de su entorno con relación a los pasos, requisitos y agentes implicados en el proceso de atención.
6. Comprobación de la adecuación de los servicios y contenidos provistos por la asociación a las necesidades de sus asociados.
7. Formación en la etapa educativa con relación a la enfermedad y a su normalización desde la perspectiva del paciente.
8. Concienciación social entorno al impacto de la enfermedad y su normalización social en todos los ámbitos de la vida.

C) Medios de comunicación

1. Relación con organizaciones del sector para la consulta y validación de la calidad y precisión de los contenidos de carácter sanitario, tanto desde el punto de vista científico como social.
2. Elaboración de contenidos sanitarios desde una perspectiva integral de los pacientes mas allá del estado de salud y de los resultados clínicos.
3. Establecimiento de las medidas de responsabilidad social corporativa necesarias para facilitar la participación y visibilidad de las realidades de los pacientes que ayuden a la comprensión de la patología así como al impulso de sus estructuras representativas.

D) Universidades

1. Formación de los universitarios en la atención personal y humana al paciente y a su entorno.
2. Formación a los universitarios en el impacto de patologías y tratamientos sobre la vida de los pacientes y de su entorno.
3. Formación sobre los recursos sanitarios y no sanitarios existentes su organización y coordinación.
4. Formación en los derechos y deberes de los pacientes y su aplicación práctica.

E) Industria sanitaria

1. Contar con la opinión de los pacientes, sus necesidades y preferencias en la orientación de la investigación.
2. Incorporar la experiencia de los pacientes a la toma de decisiones para la mejora de los resultados en salud.
3. Establecer las medidas de responsabilidad social corporativa necesarias para impulsar las estructuras de representación y asistencia al paciente.

F) Gobernanza sanitaria

1. Información y concienciación social sobre patologías, tratamiento y su impacto, elaborada desde la perspectiva del paciente y de su entorno.
2. Divulgación de los derechos y deberes de los pacientes y de su entorno en los principales puntos de atención.
3. Impulso de la información y del conocimiento de pacientes y de su entorno en el cuidado de la salud y la gestión de la enfermedad.

4. Implementar mecanismos de coordinación en red de los recursos asistenciales y no asistenciales para la atención integral de las personas.
5. Valoración detallada y adecuación a las necesidades de las personas, previas a su construcción, de las infraestructuras sanitarias.
6. Inclusión de la perspectiva del paciente en la evaluación de tecnologías sanitarias.
7. Desarrollo de programas educativos orientados al desarrollo de una cultura de salud basada en su conocimiento y comprensión, la importancia de la prevención y la actuación ante la aparición de enfermedades o problemas de salud.

G) Centros y prestadores asistenciales

1. Valoración y desarrollo de las habilidades de atención personal de los profesionales de la organización.
2. Comunicación a los pacientes y a su entorno de los derechos y deberes de los pacientes de forma inequívoca, precisa y clara.
3. Integración de los pacientes en la consulta y toma de decisiones de la organización.
4. Soporte activo en el empoderamiento del paciente y de su entorno.
5. Orientación de los procesos de la organización a la atención integral a las personas.
6. Coordinación e intercambio de información con otros agentes para una atención integral de la persona.
7. Existencia de espacios adecuados para la atención al paciente en situaciones de especial necesidad.
8. Comodidad y confort de los espacios destinados a la espera y a la atención de los pacientes.
9. Facilidad de orientación en la infraestructura existente.