

Paciente con enfermedades crónicas: ¿cómo mejorar su atención?

- ARTÍCULOS -

En las últimas décadas estamos asistiendo a un envejecimiento de la población. En la Unión Europea el porcentaje de personas mayores de 65 años pasará de un 16,1 % en 2000 a un 27,5% en 2050. España, junto a Italia y Japón, están a la cabeza de este proceso de envejecimiento a nivel mundial, estimándose que para esas fechas cerca del 35% de nuestra población superará los 65 años. Una de las consecuencias inmediatas de este efecto es el rápido aumento de pacientes con múltiples enfermedades crónicas.

La relación de la edad con las enfermedades crónicas y con la utilización de los servicios sanitarios está claramente establecida. La Encuesta Nacional de Salud Española de 2.006 ya evidenció una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas en las personas entre 65 y 74 años de edad, alcanzando un promedio de 3,23 enfermedades crónicas en los mayores de 75 años. Las personas con múltiples enfermedades crónicas representan más del 50% de la población con enfermedades crónicas. También se estima que las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad en 2020 y que hacia 2030 se doblará la incidencia actual de enfermedades crónicas en mayores de 65 años.

Los costes sanitarios de la atención a los pacientes con enfermedades crónicas se están disparando, siendo esperable que más de 2/3 de la totalidad de los recursos sanitarios se dediquen a la atención de estos pacientes y también resulta razonable pensar que la tan debatida sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud va a depender en gran medida de una adecuada gestión de la atención a estos pacientes. "El paciente crónico complejo y/o frágil supone un 5% de la población y consume el 65% de la totalidad de recursos sanitarios". Son los datos que aportó David Baulenas, director médico del Consorcio Hospitalario de Mollet del Vallès, a la mesa de debate sobre colaboración interprofesional en el entorno sanitario, celebrada en Barcelona en el marco del Congreso Europeo de Farmacia, Infarma 2011.

Siendo así, políticos, gestores, profesionales sanitarios, ciudadanos, e incluso las empresas farmacéuticas y tecnológicas, deben tomar conciencia de este importante problema y tomar medidas correctoras. Es posible una mejor atención a pacientes con enfermedades crónicas, más accesible, más eficiente, más aceptable y al mismo tiempo más económica, como han puesto de manifiesto distintas estrategias para abordar el problema y que han surgido en varios países. La más destacada la constituye el Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas en el MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle (EE.UU.), de la que existen evidencias de obtener unos resultados en salud más eficientes.

¿Qué más datos hacen falta para que los distintos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, de manera coordinada, implanten de una vez por todas un Plan Integral de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas?

Un grupo de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria presentaron en enero de 2011 un Documento de Consenso para la Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas, con la novedad de que durante unos meses, hasta el 18 de abril, las personas interesadas han podido realizar aportaciones y comentarios en la página web del Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas (OPIMEC), para finalmente presentar la versión definitiva del documento en el III Congreso Nacional de Atención al Paciente Crónico.

Dicho documento de consenso tiene como objetivo "promover y estimular el desarrollo de iniciativas en todas las Comunidades Autónomas, 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"

El documento, partiendo de un análisis de los cambios demográficos que sufren las poblaciones, de la importancia de las enfermedades crónicas, su elevada morbilidad y mortalidad, su enorme trascendencia socioeconómica, y las deficiencias de nuestro sistema sanitario propugna la necesidad de un nuevo modelo organizativo de la atención sanitaria para afrontar los retos que plantea la atención a los enfermos con enfermedades crónicas, y propone una serie de acciones a desarrollar: La organización de esta atención se debe basar en una atención integral, integrada, accesible, longitudinal, activa, participativa, en la educación para la salud y en la gestión clínica por procesos, compete fundamentalmente a médicos de familia, enfermería e internistas y como pilares básicos se debería apoyar en el papel de la Atención Primaria como puerta de entrada al sistema, la historia clínica integrada y sistemas de información sanitaria con indicadores de evaluación adecuados que midan la aceptabilidad, la accesibilidad, la capacidad de identificar y afrontar las necesidades sanitarias de la población, y la adecuada utilización de los recursos.

Las propuestas del documento de atención a pacientes con enfermedades crónicas. Un breve resumen de las propuestas contempladas y extraídas del documento de consenso se muestran a continuación:

- a) Es necesario potenciar el papel de la Atención Primaria como reguladora de los flujos de pacientes generados en el sistema y como coordinador de los recursos sanitarios, para garantizar la continuidad y la atención longitudinal a los enfermos crónicos. Es preciso reforzar el papel del médico y 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.
- b) Es inexcusable una firme voluntad de superar la tradicional división entre entornos asistenciales (Primaria y Hospital) y reconfigurar el modelo de tal manera que el paciente se mueva sin barreras en diferentes ámbitos asistenciales o dentro de un mismo nivel asistencial.
- c) La reingeniería de procesos y la gestión por procesos clínicos integrados son instrumentos que están contribuyendo a encontrar formas de reordenar los servicios para generen un marco de atención compartida entre los diferentes ámbitos asistenciales.
- d) La estratificación de la población según su nivel de riesgo ha de permitir identificar a los Pacientes Pluripatológicos o con enfermedades crónicas complejas que requieren el desarrollo de planes específicos de atención continuada o gestión de casos.
- e) Es necesario reforzar el papel de los profesionales con capacidad integradora. 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.
- f) La Atención Primaria ha de ejercer un papel de eje coordinador de los servicios sanitarios y sociales a través del cual la población tenga un acceso ordenado a cuidados sanitarios y sociales. Las actuaciones de los profesionales de la Atención Primaria no han de ser solamente clínicas ni tener una posición periférica en la atención de los problemas sociales vinculados a la dependencia generada por las enfermedades crónicas.
- g) El internista debe tomar un gran protagonismo en la atención de pacientes con enfermedades crónicas complejas a través del rol que, quizás, pudiera definirse mejor como inter-especialista, enfatizando su aporte de conectividad y racionalidad clínica al paciente con comorbilidad y pluripatología y de trans-especialista poniendo de relieve la necesidad de una inteligencia integradora.

h) Es necesario impulsar el protagonismo y responsabilidad de los profesionales en la gestión de los servicios de salud. Para lograr un mayor compromiso de los profesionales sanitarios es preciso generalizar los nuevos conceptos de gestión clínica dotando a los centros de un mayor grado de autonomía. El mestizaje entre las tradicionales estructuras jerárquicas y las nuevas organizaciones en red ha de favorecer el desarrollo de nuevas formulas de gestión que promuevan mayor implicación de los Centros Sanitarios con la Comunidad en la que se encuentran inmersos.

Conclusiones

Las propuestas contempladas en el Documento de Consenso para la Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas tienen una importancia crucial por los importantes cambios estructurales que propone en la organización del Sistema Nacional de Salud, y más aun llegando en un momento de crisis económica pero, precisamente como se señala en el propio documento, es en momentos de crisis donde modelos innovadores, basados en cambios organizativos más que en la necesidad de grandes recursos económicos, son especialmente necesarios por su demostrada eficiencia. Resulta trascendental difundir y apoyar, desde los distintos ámbitos profesionales y de la administración, el desarrollo de estas iniciativas y su generalización en nuestro Sistema Nacional de Salud. Las características demográficas de nuestro país obligan a que España lidere estos cambios, dado que la tan debatida sostenibilidad del SNS va a depender en gran medida de una adecuada gestión de la atención a estos pacientes. Sería una lástima que intereses de distinto tipo lastrasen el desarrollo de esta importante iniciativa.

Bibliografía:

1. Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera. Bruselas, 05.12.2001. COM (2001) 723 final.
2. World Population Prospects: The 2008 Revision Population Database. <http://www.un.org/esa/population/pu...>
3. World Population Ageing, 1950-2050, (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.02.XIII.3) y World Population Ageing, 2007 (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.07.XIII.5).
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. INE. Encuesta nacional de salud. 2006.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. 2009.
6. Bodenheimer T, Berry-Millett R. Follow the money-controlling expenditures by improving care for patients needing costly services. N Engl J Med. 2009 Oct 15; 361(16):1521-3.
7. Bodenheimer T, Berry-Millet R. Follow the money: controlling expenditures by improving care for patients needing costly services. NEJM 2009; 361(16):1521-3
8. Feachem RGA, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollars: comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. BMJ 2002;324:135-43.
9. Katie Coleman, Brian T. Austin, Cindy Brach and Edward H. Wagner. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium, Health Affairs, 28, no. 1(2009): 75-85.

10. Gérvas J, Pérez Fernández M. Modelo de Atención a Crónicos (Chronic Care Model) y otras iniciativas de mejora de la calidad de la atención a los pacientes crónicos. AMF. 2009;5:35664.
11. AD Oxman, A Bjørndal, SA Flottorp, S Lewin, AK Lindahl. Integrated Integrated Health Care for People with Chronic Conditions A Policy Brief. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.. ISBN 978-82-8121-238-1. December 2008
12. Chris Ham. Chronic Care On The English National Health Service: Progress And Challenges, Health Affairs, 28, no. 1 (2009): 190-201.
13. Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas. OPIMEC. Documento de Consenso para la Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas. Disponible en: <http://www.opimec.org/equipos/comit...>