



El paciente crónico, motor de cambio en el sistema sanitario. Una experiencia en Gipuzkoa

Elena Elosegui⁽¹⁾

Naiara Artaza⁽²⁾

Koldo Piñera⁽³⁾

⁽¹⁾Directora Territorial de Sanidad de Gipuzkoa.

⁽²⁾Responsable de Prospectiva de O+berri (Instituto Vasco de Innovación Sanitaria)

⁽³⁾Investigador Senior de O+berri (Instituto Vasco de Innovación Sanitaria)

En 2002, el Servicio de Admisión Centralizada del Hospital Donostia (San Sebastián) desarrolló un estudio de perfiles asistenciales de los centros de Media Estancia existentes en aquel momento en Gipuzkoa (Amara-público y Fundación Matía-concertado). El estudio mostró una variabilidad significativa en diferentes indicadores de perfil del paciente (edad) y de asistencia (estancia media, tasa de mortalidad). Esta comparativa interna entre centros de Media Estancia en el territorio, y la comparación externa con datos de territorios vecinos, reflejaron una desigual atención a los pacientes que ingresaban en estos recursos. A su vez, se comenzó a sospechar que pacientes que por sus necesidades asistenciales estarían bien atendidos en un recurso de Media Estancia o en un recurso so-

ciosanitario, estaban siendo atendidos en hospitales de agudos.

Ante esta situación, el Servicio de Admisión Centralizada y la Dirección Territorial de Sanidad se plantearon la necesidad de validar y adaptar un instrumento de derivación de pacientes entre niveles asistenciales, basado en criterios objetivos. Hasta ese momento, la derivación de pacientes pluripatológicos entre los diferentes niveles asistenciales se realizaba mediante un informe médico de alta con una solicitud de traslado. La asignación del recurso se basaba, por tanto, en la solicitud que cada médico realizaba, sin valorar las necesidades integrales de cada uno de los pacientes. Desde un primer momento, se entendió que la valoración de pacientes no podía estar basada

únicamente en una visión biomédica sino que requería un abordaje holístico de los pacientes mayores afectados de patología crónica, que garantizara la valoración integral de sus necesidades sanitarias y sociales. Ello garantizaría el tipo y calidad de sus cuidados y permitiría un flujo estable de pacientes entre los diferentes niveles de atención sanitaria, y entre éstos y los dispositivos socio-sanitarios.

Con esta reflexión en mente, se tomó como referencia el cuestionario utilizado en Coste de Ponent (Cataluña) para decidir la entrada de pacientes en sus residencias, adaptándolo a la realidad guipuzcoana en términos de recursos disponibles y realidad social. Esta herramienta perseguía obtener una valoración integral¹ por parte de la disciplina médica, la enfermería y lo social, y permitiría establecer una puntuación total de las necesidades del paciente que sirviera para orientar sobre el recurso más adecuado a asignar.

Entre abril y junio de 2003 se realizó una prueba piloto con 101 encuestas a pacientes ya ingresados. Entre las conclusiones, se destacó que las estancias medias observadas en Media Estancia debían disminuir y que se debía aprovechar el ámbito sociosanitario, bajo la premisa de que nunca deberían permanecer en un dispositivo de Media Estancia aquellos pacientes cuyas necesidades sanitarias fueran subsidiarias de atención en un nivel inferior (centro sociosanitario o domicilio). También se concluyó que la utilización de una herramienta de este tipo en un sistema de admisión centralizada podría ase-

gurar un sistema de acceso a Media Estancia más coordinado y equitativo, y que podría evitar consultas de urgencias y hospitalizaciones innecesarias.

En 2004, se implantó definitivamente este cuestionario de valoración integral, comenzando a utilizarse en todos los servicios hospitalarios públicos y concertados. El Servicio de Admisión Centralizada asumió un papel central, valorando todas las peticiones de traslado a centros de Media Estancia y presentando a la Comisión Sociosanitaria, creada a tal efecto, los posibles casos de pacientes a ingresar en el ámbito sociosanitario (Cruz Roja en San Sebastián). En colaboración con la Subdirección de Sistemas de Información del Hospital Donostia, se desarrolló una aplicación informática, la cuál facilitó la comunicación y coordinación entre los diferentes centros y niveles asistenciales.

En este contexto, otro aspecto fundamental fue la constatación de la relevancia de la situación social de los pacientes y de la coordinación sociosanitaria en este proceso. Así, las trabajadoras sociales del SAC consolidaron un cambio metodológico en su función, pasando de intervenir a demanda, a intervenir proactivamente en clave de planificación del alta hospitalaria. De este modo, se fueron perfilando diferentes programas y protocolos que implicaban la coordinación de Departamentos, Servicios y profesionales, con el objetivo de reducir los días de estancia y garantizar la continuidad de cuidados al alta.

En 2005, en un contexto de saturación de consultas e ingresos, el Servicio de Urgencias del Hospital Donostia se hizo cada vez más consciente de que una parte creciente de su actividad era originada por un colectivo concreto: pacientes que presentaban pluripatología, enfermedad crónica, con limitación de autonomía, que requerían de supervisión médica y de un importante

1 Valoración médica (que tenía como objetivo determinar el tipo de enfermedad, los tratamientos necesarios, y estado cognitivo), valoración de enfermería (con el objetivo identificar la necesidad de cuidados en función de la discapacidad y de las terapias a aplicar), y valoración social, que evaluaba el soporte familiar y socioeconómico de la persona.

apoyo de enfermería. Se trataba de un tipo de paciente, generalmente de edad avanzada, que acudía buscando asistencia ante un agravamiento de su situación, normalmente por reagudización en alguna de sus patologías (fundamentalmente: EPOC, demencia, IC y hepatopatía) y con dificultades por parte de su entorno sociosanitario para asumir la atención que requería, al que se acababa ingresando en el hospital. El equipo del SU percibió además que, transcurrido cierto tiempo tras el alta hospitalaria, el paciente se encontraba en una situación parecida y volvía a acudir a urgencias solicitando ayuda, volviendo a ingresar en el hospital de agudos. Se trata de un tipo de paciente al que se denominó "frágil"² y cuya principal característica era la alta probabilidad de reingreso hospitalario.

Esta inquietud fue compartida con el Servicio de Admisión Centralizada, y constituyó la base del trabajo conjunto posterior entre el SAC y el SU, primero en el desarrollo de diferentes estudios, y después en la puesta en marcha de procedimientos concretos para la resolución de la problemática descrita. El objetivo de fondo seguía siendo la optimización en la adecuación de la combinación recurso-necesidad, poniendo el énfasis en este perfil de paciente frágil y reingresador.

De esta manera, y tomando como base la experiencia del trabajo con el cuestionario de valoración integral, en el periodo 2005-2008 se desarrollaron una serie de estudios (Estado de salud de los pacientes mayores de 74 años

2 Brocklehurst define la fragilidad como el equilibrio precario, entre diferentes componentes, biomédicos y psicosociales, que condicionan el riesgo de discapacidad, institucionalización o muerte (Brocklehurst JC. The geriatric service and the day hospital en: Brocklehurst JC, Textbook of geriatric medicine and gerontology 3TM ed. Edinburgh. Churchill Livingstone, 1985: 982-995).

en domicilio, nivel de adecuación entre necesidades de los pacientes mayores y servicios asignados), financiados a través de una beca de investigación comisionada. Las principales conclusiones de estos estudios apuntaron a que los hospitales de Media Estancia eran la alternativa mejor adaptada y más adecuada para la atención de los pacientes mayores con patología crónica, con elevado riesgo de deterioro funcional y elevada vulnerabilidad. Además, se observó que la coordinación entre los niveles hospitalarios y la Atención Primaria en la atención a estos pacientes puede permitir el uso programado de los hospitales de Media Estancia, evitando ingresos inapropiados en los Hospitales de Agudos y reduciendo el de consultas a Urgencias.

En base a estas conclusiones, se estableció como prioritaria la necesidad de coordinación y el establecimiento de criterios conjuntos en la derivación de pacientes, y se planteó la puesta en marcha de un protocolo de identificación de pacientes reingresadores con patología crónica y pacientes oncológicos paliativos fuera de tratamiento activo, con el fin de asignarles directamente desde Urgencias el recurso idóneo a sus necesidades. Tras un trabajo multidisciplinar de diferentes servicios y unidades del Hospital, se estableció un perfil del tipo de paciente objetivo, que permitiría crear una base de datos de pacientes identificados. Esta base de datos, conectada con un sistema de alarma en el Puesto de Control Hospitalario de Urgencias, ha permitido desde entonces la derivación directamente desde Urgencias a Media Estancia de aquellos pacientes previamente identificados que se presentaban en Urgencias. El mantenimiento posterior del sistema se ha realizado a través de reuniones semanales y bimensuales entre el Servicio de Admisión Centralizada y el Servicio de Urgencias.

La puesta en marcha del sistema tuvo una gran acogida entre los pacientes incluidos en la base de datos, lo cual se reflejó en un aumento significativo en los ingresos directos en ME. Por otro lado, si bien se estaba evitando el ingreso en él ha asignando un recurso más adecuado a las necesidades del paciente, no parecía que el cambio en el modelo de atención a la patología crónica pasara solamente por el ingreso en ME. Quedaba patente, por tanto, la necesidad de una intervención específica sobre este tipo de pacientes, y de valorar cuántos de ellos debían volver a ser tutelados por su verdadero responsable: el médico de Atención Primaria.

En esta línea, es destacable el trabajo que desde la Unidad de Medicina Basada en la Evidencia del Hospital Donostia se viene realizando desde 2008 en la clasificación de diferentes tipos de paciente frágil y sus intervenciones específicas. Este trabajo se enmarca dentro de un enfoque multidisciplinar con eje central en primaria y en la potenciación de nuevas tecnologías (elementos telemáticos de control clínico, alertas vía sms, etc.).

Algunos resultados de la experiencia y conclusiones

Se ha realizado una evaluación del paciente al ingreso y a su salida del sistema (socio) sanitario en el periodo 2004-2010. Esta evaluación ha constatado que el nuevo enfoque organizativo da como resultado una mejora de la capacidad funcional del paciente, su mejor estabilización clínica y una menor complejidad de los tratamientos que recibe, todo lo cual se relaciona con una asistencia en un nivel más acorde con sus necesidades.

A falta de un estudio formal de medición de la satisfacción de los pacientes, la percepción por parte de las personas involucradas en todos los niveles

asistenciales es positiva. Los centros de Atención Primaria que actualmente trabajan en coordinación con el Servicio de Admisión Centralizada para asignar recurso sanitario y/o social muestran una gran satisfacción de la relación y lo mismo observan en sus pacientes, que no tienen que pasar por urgencias ni entrar en un Hospital de Agudos y obtienen la atención y el sistema de cuidados que realmente necesitan.

Desde una perspectiva económica, si bien no se ha realizado una evaluación ad hoc para calcular el impacto económico de las iniciativas puestas en marcha, sí se han estimado los costes directos evitables según servicio. Éstos han supuesto un total de 1.271.564 euros en 2009. En términos relativos, se estaría hablando de un 0,33% de la financiación total del Hospital Donostia en 2009. Parece así, que a medio/largo plazo, los equipos de Media Estancia y unos centros sociosanitarios bien estructurados podrán ofrecer no solo la mejor asistencia, sino la alternativa más rentable a los hospitales de agudos. Para ello, se deberá reflexionar sobre un cambio en el manejo clínico de estos pacientes crónicos y sobre el desarrollo de equipos multidisciplinarios desde una perspectiva de abordaje integral de la atención.

Y es que, entendiéndolo que la población envejecida es un logro de nuestras sociedades, parece sensato avanzar en un modelo que permita no solo la gestión de la cronicidad, sino su prevención y detección precoz con un enfoque poblacional sostenible para el sistema, en el que se implique y responsabilice a todos sus participantes: los profesionales, el paciente, su familia y la sociedad.

Este avance hacia un nuevo modelo implica cambios organizativos en el sistema. Más allá de "diseños ideales", se trata de impulsar innovaciones en el modelo existente que den respuesta a

necesidades locales, adaptándose a un nuevo contexto y estableciendo así bases más sólidas para el futuro. ¿Los protagonistas? La base de profesionales, en contacto con los problemas del día a día que, conscientes de una realidad

que les desborda, la afrontan en equipo, cada uno desde su propia perspectiva del problema pero sin perder de vista la visión de todo el sistema, buscando la mejor práctica para su foco de atención, el paciente.

El paciente crónico, motor de cambio en el sistema sanitario. Una experiencia en Gipuzkoa

Experiencias