

El paciente como un todo: modelo de gestión de enfermedades crónicas



De izquierda a derecha: Félix Rubial, Biel Fortuny, Roberto Nuño, Ana Hernando y Javier Elola.

Participantes:

Ana Hernando. *Directora General de Planificación Calidad, Ordenación y Formación. Consejería de Sanidad de Castilla y León.*

Biel Fortuny. *Director Gerente. GESMA.*

Félix Rubial. *Presidente del Comité Científico del II Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. SERGAS.*

Javier Elola. *Director. Elola Consultores.*

Moderador: **Roberto Nuño.** *Director General del Instituto Vasco de Innovación.*

No pudo asistir: **Ramón Gálvez.** *Director General del SESCAM.*

José J. O'Shanahan. *Coordinador Unidad de Planificación Estratégica. Servicio Canario de Salud.*

R. Nuño: Os planteo una pregunta igual más macro, más general, que sería una triple pregunta.

En primer lugar, en vuestra opinión, creéis que se necesita un cambio de modelo para mejorar la atención hacia el paciente crónico, estáis de acuerdo en que haría falta un cambio, una adaptación. Cómo lo valoráis y qué elementos clave tendría esa transformación o ese cambio.

Y el último elemento, como venimos de distintas partes de España, en esa línea de cambio hacia la mejora de atención al paciente crónico, qué se está haciendo en vuestras Comunidades Autónomas, qué valoráis como más interesante de lo que se esté haciendo.

A. Hernando: Es obvio que en las últimas décadas se han producido cambios extraordinarios que, motivados en los avances sociales y científico-tecnológicos, han afectado a los patrones de morbilidad y mortalidad, incrementándose exponencialmente el número de pacientes crónicos así como las situaciones de discapacidad y de dependencia. Si esta situación es común al conjunto de las Comunidades Autónomas, afecta aún más a las más envejecidas. En el caso de Castilla y León, por ejemplo, la patología crónica se halla en el origen del 70% de los ingresos hospitalarios, del 60% de las consultas en atención primaria y del 70% de las muertes.

Todos estos datos deben llevarnos de la reflexión a la acción y sin ser taxativa en la apreciación de si debe ser o no cambiado el modelo que tenemos, creo que es necesario, cuando menos, reorientarlo y adaptarlo a la situación que se está produciendo.

En los últimos años hemos incorporado nuevas metodologías de trabajo,

nuevas formas de gestión del paciente crónico, que han dado resultados muy positivos.

Se han producido algunas experiencias muy alentadoras derivadas de esa percepción o de esa necesidad de cambio. Ahora es necesario extenderlas, mejorar la coordinación y también mejorar la alineación de las voluntades de los agentes participantes de forma que avancemos en modelos que mejoren la atención integral al paciente crónico.

J. Elola: No existe un modelo universal que sirva para todos los procesos o grupos de procesos. Creo que tenemos que hablar de modelos asistenciales, ajustados a "bloques de procesos" –por así decirlo–, a tipos de pacientes o de patologías. Para mí la respuesta no puede ser más que sí, que hay que cambiar el modelo.

Si comparas y analizas los datos disponibles sobre el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud en su conjunto, hay datos que señalan que no sé están haciendo las cosas lo bien que se deberían hacer. Ejemplos: la excesiva



Javier Elola

frecuentación en los servicios de urgencias hospitalarias de este tipo de pacientes, el escaso trabajo conjunto entre Atención Primaria y especializada en el manejo de estos pacientes, la muy escasa relación entre servicios sanitarios, socio sanitarios y sociales, la excesiva frecuentación en las consultas externas de estos pacientes donde son “peloteados” entre Atención Primaria y las diversas especialidades en que se va fragmentando el paciente como si éste se pudiera dividir en procesos o patologías y no fuera un todo único, las estancias medias excesivamente prolongadas en los hospitales. Bueno todos estos datos nos están diciendo que no estamos, el Sistema Nacional de Salud en su conjunto, haciendo las cosas bien.

Aspectos positivos: por una parte, hay experiencias en otros países, tanto con sistemas muy diferentes al nuestro –aunque no tanto en lo micro–, por ejemplo las experiencias de Estados Unidos con las HMO¹ y especialmente en la Kaiser Permanente y otras HMO, y la adopción de estas estrategias por el Servicio de Salud Británico, que muestran vías de enfrentar este problema, un poco más sensatas que añaden calidad a la asistencia, que probablemente disminuyen costes y que desde luego, hacen que el trabajo, que añade muy poco valor, que se está haciendo tanto en Atención Primaria como sobre todo en especializada, mejore.

Hay experiencias también en nuestro país, en Castilla y León, por ejemplo la experiencia del Hospital de Salamanca con Aurelio Fuertes, en Andalucía (Manuel Ollero en Virgen del Rocío, Eduardo Gómez (Hospital de Valme), en algunos hospitales de Madrid (Jesús Medina, en el Hospital 12 de Octubre), se están desarrollando lo que la Sociedad Española de Medicina Interna ha llamado las Unidades de Pacientes Pluripatológicos, proyecto que ha

impulsado también el Ministerio de Sanidad y Política Social con el que he colaborado y que ha publicado un documento de estándares y recomendaciones.

Lo resumiría en estos dos sentidos: hay que cambiar el modelo de atención al paciente crónico, hay que evitar los modelos universales que sirven para todo. Hay experiencias internacionales que nos dicen que este cambio de modelo puede funcionar en una serie de parámetros si lo organizamos adecuadamente y empieza a haber iniciativas en nuestro país y yo creo que esto son signos positivos. ¿Qué hay que hacer? Llevar, estos nuevos modelos de atención al paciente crónico, al conjunto del Sistema Nacional de Salud.

F. Rubial: Yo sí creo que a este problema hay que darle una visión global y de salud pública y quisiera ponerlo encima de la mesa. Es evidente que es necesario transformar y reorientar el modelo.

Evidentemente, tampoco quiero asociar exclusivamente envejecimiento a cronicidad, que no es exactamente lo mismo, pero si es cierto que el envejecimiento influye decisivamente.

Hay cambios en una estructura demográfica, hay cambios en la transformación tecnológica, ya no sólo en equipamiento médico sino también en tecnologías de la información. Son elementos que tenemos que aprovechar. Los pacientes están cambiando. Es un paciente más demandante, que conoce mejor su enfermedad y que requiere del sistema sanitario otro tipo de atención, quizá con un contacto menos presencial pero con mayor continuidad en el seguimiento.

Parece que, en todo este contexto, falla el Sistema Sanitario, fundamentado

en la medicina de agudos, perfectamente preparado para atender la urgencia, la patología aguda, pero que cojea enormemente por problemas de coordinación y que sigue todavía, en muchos casos, planteando un problema de vida, de espaldas entre los niveles existenciales, que es otro elemento que hay que poner encima de la mesa y yo creo que hay que abordar con seriedad.

La integración es otro de los retos que hay que alcanzar.

En cuanto a las experiencias, bueno, la verdad es que, a lo largo del último año, mi presencia como presidente del Comité Científico, me ha permitido conocer multitud de experiencias en todos los puntos de España; experiencias en cuanto a unidades de polipatológicos en distintos hospitales: 12 de Octubre, Virgen del Rocío, Complejo Hospitalario y Universitario de Santiago, Salamanca, etc... Pero también pequeñas experiencias en cuanto a su dimensión, pero que sí hablan muy claramente de que nuestros profesionales son conscientes del enorme problema que representa en cuanto a efectividad clínica, en cuanto a eficiencia, y yo me atrevo a decir en cuanto a sostenibilidad, si no hacemos ese cambio que antes se ponía encima de la mesa.

En estos momentos hay experiencias locales interesantísimas que desde luego nos permiten a todos albergar esperanza en que el barco se mueve y se está reorientando.

B. Fortuny: Comparto ampliamente todo lo que habéis dicho. Solamente hacer hincapié en que la cronicidad de los enfermos no se cura.

Tenemos un Sistema Nacional de Salud, en todas sus Comunidades, buenísimo para atender lo agudo, que

produce una gran satisfacción, y reconocido internacional, pero los pacientes que predominan nos indican que está cambiando el perfil del paciente; tenemos un perfil crónico cada vez más prevalente y por tanto tenemos que cambiar nuestro Sistema.

Los pacientes a veces son más expertos, actualmente están más preparados para atender su propia enfermedad; pero creo que no todos los profesionales lo estén. Los profesionales son conscientes de que hay que cambiar el modelo de atención, pero no están preparados, no han sido educados ni en la facultad ni en la residencia para atender a estos pacientes que no se van a curar.

Hay que trabajar en equipos interdisciplinarios compuestos por médicos, enfermeras y otros profesionales de las ciencias de la salud y todo esto tiene que reorganizarse y tenemos que discutir cuál es el camino a seguir a corto plazo, porque sino el sistema está en peligro desde un punto de vista de sostenibilidad económica.



Biel Fortuny

R. Nuño: De las experiencias que conocéis ¿cuáles, en vuestra valoración, tienen más potencial de transformación del sistema, o cuáles son simplemente iniciativas locales, bien intencionadas, pero que no van a cambiar mucho de una forma trascendente? Y de esas que habéis identificado con más potencial ¿cómo pensáis que se pueden generalizar?

B. Fortuny: Las experiencias en España, son muy locales y muy limitadas, y todavía no hay evidencia de que sean eficientes. Hemos tenido la suerte de que Roberto nos divulgara lo que es Kaiser Permanente² que parece ser que es una gran experiencia. Atender al paciente en un sitio y al coste que sea el más eficiente: en su casa, en atención primaria y por último en los hospitales agudos o en los centros socio sanitarios, teniendo centros socio sanitarios subagudos.

Sobre todo es hacer que conste en nuestro sistema de que el paciente crónico existe y que hay que darle una atención distinta a la que le estamos ofreciendo.

B. Fortuny

Nosotros concretamente tenemos una pequeña experiencia. Somos GESMA, Gestión Sanitaria Mallorca. Es el proveedor público en Mallorca de atención socio sanitaria, tanto orgánica como psíquica. Tenemos los enfermos mentales crónicos y los subagudos, y hemos comprobado la gran descoordinación que hay entre Atención Primaria y atención hospitalaria, y lo desconocidos que somos.

Los hospitales de agudos, quieren que seamos la puerta de salida rápida de este tipo de pacientes, para cumplir sus objetivos, su estancia media, disminuir los costes con esos pacientes que

son caros y nos tratan como si fuéramos residencias geriátricas en lugar de centros socio sanitarios en los que atendemos pacientes subagudos.

Hemos empezado primero de todo con las tecnologías. La información está bastante desarrollada en Baleares. Tener acceso al historial de salud, que no lo teníamos, ha sido muy importante.

Un paso más ha sido iniciar el registro de pacientes crónicos ¿no?, en el que los equipos de Atención Primaria, o nuestros, o los de ESAD³, que dependen de primaria, tienen acceso a poder registrar a estos pacientes; y ahora en estos días estamos a punto de conectar el registro con la historia de salud.

Cada vez que “clicas” en el nombre de un paciente que está en el registro te sale una luz roja. Ya sabes que es un paciente al que tendrás que darle un trato distinto. Hemos hecho un acuerdo con el hospital de Son Dureta y con 2 centros de salud, para que estos pacientes sean derivados (y el 061 interviene) directamente a nuestro centro donde tengan una atención más adecuada a sus necesidades.

Sabemos que no se van a curar por lo tanto vamos a darles la atención más humana posible para cuidarlos mejor ¿no?, en lugar de curar, rehabilitar y cuidar.

R. Nuño: ¿Qué criterios de inclusión? ¿Qué tipo de crónicos son?

B. Fortuny: Hemos empezado la experiencia con los pluripatológicos y paliativos, posteriormente también se incluirán otros programas como son los de ortogeriatría, ictus, y respiratorio.

La experiencia en pluripatológicos y en paliativos ha empezado hace tres meses, no la tenemos evaluada por lo que

no puedo ofrecer ningún tipo de dato pero es un primer paso.

Sobre todo es hacer que conste en nuestro sistema de que el paciente crónico existe y que hay que darle una atención distinta.

F. Rubial: Creo que podría resumir en cuatro grandes pilares las líneas de trabajo que se están llevando ahora a cabo en todo el Estado.

- En primer lugar, una de ellas sería la integración entre niveles.
- En segundo lugar, las aplicaciones de las nuevas tecnologías con respecto a la Historia Clínica Electrónica, pero también las nuevas tecnologías como elementos de innovación a la hora de gestionar estos pacientes, bien por su propia auto-gestión, grupos de autoayuda, pacientes expertos, etc... y también por la propia interacción que a través de estos sistemas se puedan te-



Félix Rubial

ner como el propio sistema sanitario evitando atenciones presenciales, lo que es la telemedicina, la tele asistencia, etc...

- Un tercer gran grupo sería todas las líneas que están encaminadas a "empoderizar" al paciente, a darle responsabilidades en su propio autocuidado que es uno de los elementos clave en la gestión de pacientes crónicos, de los pacientes y de su entorno directo: familia, su entorno social, etc...
- Y una cuarta gran línea es la que viene dada por las nuevas profesiones y los nuevos roles profesionales. Y en este sentido, evidentemente, yo creo que tenemos que hacer un canto en favor del papel que debe desempeñar la enfermería en todo este proceso en el nivel que se considere. La enfermería debe convertirse en el auténtico ariete en la lucha contra este problema, en el abordaje de este problema. Creo que ese es uno de los grandes saltos que nuestro sistema sanitario a nivel global tiene todavía pendientes, pero en el manejo de crónicos es fundamental, por una cuestión de proximidad y por una cuestión de eficiencia, un poco en el foco también en el tema de la deficiencia.

R. Nuño: Y quería añadir también es protagonista por su propia formación.

F. Rubial: Hay experiencias en enfermería comunitaria, en enfermería gestora de casos y la descripción de enfermera, que en los próximos años darán frutos.

A. Hernando: Estoy de acuerdo en la necesidad de que se produzcan avances en las líneas apuntadas y añadiría que una de las líneas básicas conducentes al cambio pasa por el empoderamiento de la Atención Primaria que

debe llegar a través de la formación, la mejora del equipamiento, la tecnificación de sus consultas y a través de la necesaria intercomunicación de las historias clínicas electrónicas de primaria y especializada.

Necesario es, también, fomentar la figura del gestor de caso desempeñada, fundamentalmente, por la enfermería. Su perfil y cercanía, le permite conectar mejor con los pacientes crónicos favoreciendo un papel más activo de éstos, mayor responsabilidad en el cuidado de la propia salud y en la estabilización de su proceso; precisamente, la detección precoz de las descompensaciones conlleva la disminución de las visitas a urgencias, la disminución del número de ingresos y el número de consultas sucesivas en atención especializada.

Este aumento de la autonomía y responsabilidad de la Atención Primaria en la continuidad y seguimiento del paciente crónico, entiendo, permitiría disminuir la presión sobre el nivel de especializada, incluso sacar de las agendas consultas sucesivas cuyo seguimiento puede hacer perfectamente el otro nivel.

Disminuir el número de estas consultas en atención especializada, repercutiría a su vez en la disminución de la listas de espera en consultas externas y con ello, en la mayor fluidez en el funcionamiento de los hospitales de agudos.

Por tanto, hablamos de un modelo coste-efectivo, que recae en primaria, que forma al paciente, que pone el énfasis en la coordinación, que forma y educa al paciente y que fomenta la corresponsabilidad de los usuarios y cuidadores. Un modelo que conecta los dos niveles tecnológicamente y fomenta la comunicación entre los profesionales mediante figuras de gestión de caso:

enfermeras de caso o internistas consultores, entre otros. El internista consultor, que recibe al paciente desde primaria y decide acerca de su derivación posterior y de si resulta indispensable su ingreso en el hospital. Esta figura, enormemente interesante, funciona ya en Castilla y León, por ejemplo, en los Complejos Asistenciales de Palencia y Salamanca.

El diseño de un nuevo modelo de atención a crónicos pasa también por el desarrollo de alternativas a la hospitalización de agudos a través de unidades de media y larga estancia y por el fomento de la coordinación entre Administraciones.

En este sentido, en Castilla y León desde el año 2004, vienen trabajando las estructuras de coordinación sociosanitaria. Concretamente, 187 equipos de coordinación de base y 11 comisiones de coordinación sociosanitaria que ha incrementado su actividad exponencialmente en los últimos años.

Se trata de equipos multidisciplinares, escasamente burocratizados y jerarquizados, compuestos por profesionales de los dos sistemas: trabajadores del Sistema Sanitario, y de la red de Servicios Sociales de Castilla y León, que se reúnen con carácter periódico para trabajar de manera coordinada casos de pacientes crónicos y/o pluripatológicos que presentan al tiempo, o de manera sucesiva, necesidades interrelacionadas de tipo social y sanitario, para lo cual se sirven de una metodología común, –la guía de gestión de casos– y de una aplicación informática común que actualmente se halla en fase de pruebas y que conectará la HCE (MEDORA) y la aplicación de Servicios Sociales.

Estas estructuras de coordinación, detectan y clasifican al paciente, lo valoran conjuntamente y definen un plan

de cuidados individual, en el que se establecen las actuaciones a desarrollar por cada uno de los sistemas así como el seguimiento y evaluación.

El año pasado en estos equipos se bajaron 932 casos complejos.

B. Fortuny: ¿Una o dos Consejerías has dicho?

A. Hernando: El personal que integra estas estructuras depende administrativamente de las Consejerías de Sanidad y de Familia e Igualdad de Oportunidades, y su trabajo se desarrolla en el marco de lo previsto en el Artículo 14 de la Ley de Cohesión⁴ que define la atención socio sanitaria.

J. Elola: En primer lugar, tú decías experiencia. Yo creo que, aparte de las experiencias concretas, y volviéndome a referir a esa publicación del Ministerio, una cosa que anima es que Sociedades, como la Sociedad Española de Medicina Interna, la Sociedad Española de Geriátrica y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, se han puesto de acuerdo en un modelo de atención al paciente pluripatológico. Además de las experiencias concretas, si las Sociedades Científicas asumen estos modelos –de hecho el documento de las unidades de pacientes pluripatológicos lo tienen cargadas en sus redes– puede servir de mucho porque es una introducción a través de la sociedad civil y no tanto a través de las Administraciones, que también tiene su valor.

Hay un precedente que seguramente conoceréis, que es del año 1998, me parece, que no sabía yo que existía pero que Manolo Ollero, el impulsor de las unidades de polipatológicos en el Virgen del Rocío, me señaló, que es el documento de consenso entre la Sociedad Española de Medicina Interna y la Sociedad Española de Medicina Fa-

miliar y Comunitaria para el trabajo conjunto en el manejo del paciente crónico.

Dos flecos me gustaría comentar antes de entrar en lo que me parece que son aspectos nucleares. Uno es una apostilla, yo creo que dais por asumido que la medicina de agudos la hacemos muy bien, y sin embargo, creo que habría aspectos que señalar sobre todo del desarrollo de sistemas integrales de urgencia, en donde se puede mejorar bastante.

Y otra postilla es el tema socio sanitario. Yo diría que lo socio sanitario no existe. Hay una sentencia en el Reino Unido cuando había la discusión de quién se ocupaba de este tipo de pacientes, es decir quien lo financiaba. Estos son pacientes cuya primera necesidad es la pérdida de salud, por lo tanto, caen dentro del sistema sanitario, lo que pasa que el sistema sanitario tiene que ser lo suficientemente flexible como para crear estructuras que no sea exactamente el hospital de agudos para atender estos pacientes: unidades de convalecencia, de larga estancia, unidades de cuidados paliativos, etc.; y para coordinarse con el sector de servicios sociales en sentido estricto. Coordinación con el sector de servicios sociales en donde, tal y como se han establecido las leyes, por una parte el desarrollo de Ley General de Sanidad, por otro la Ley de Dependencia, es complicada.

En la Ley de Dependencia, hay dos referencias a la asistencia sanitaria y que dicen que las dos se coordinaran, y sin embargo aspectos vitales como era la financiación, no están contemplados. Hasta que no se contemple esa conexión entre ambos subsistemas de protección social en aspectos de financiación va ser difícil también que siguiera mecanismos sensatos de manejo de estos pacientes.

Voy a aspectos que me parecen nucleares.

Decía Félix, que una perspectiva es la de la salud pública, y yo creo que ese es un aspecto nuclear en el siguiente sentido: tal como lo desarrolló la Kaiser Permanente, y se está desarrollando en el Reino Unido, y que está contemplado en el trabajo este que os comento de unidades de pacientes pluri-patológicos, hay una relación de trabajo conjunto, no de coordinación, de trabajo conjunto entre profesionales de Atención Primaria y atención especializada con un marco geográfico y poblacional concreto. Y esto es fundamental, cada médico internista tiene como referente un conjunto concreto de médicos de familia. Esta relación de trabajo en común sobre ese tipo de pacientes me parece fundamental, porque el objetivo es que no lleguen al hospital. El segundo, tecnologías de la información. Fundamental el tema de la historia clínica compartida, en la que todavía faltan importantes avances. Hay un problema, y lo tienen todos los países, y es que todos los sistemas de información están diseñados para el episodio agudo. Están muy poco diseñados para la atención longitudinal del paciente.

¿Qué es un episodio? Nosotros medimos los episodios por procesos de estancia en un hospital a través de los CMBD, GRD. Sin embargo, un episodio está más dilatado en el tiempo y en este tipo de pacientes mucho más.

Cuando se habla de las tecnologías de la información y comunicaciones, tecnologías fácilmente accesibles y generalizadas, como el teléfono móvil o el correo electrónico para que el médico de familia se comunique con el especialista ¿Cuánto se utilizan en nuestro sistema? Se utilizan muy poco. Y eso es tecnología de la información, también, la historia clínica ocupa un puesto muy

importante, pero oiga, coja usted el teléfono móvil y llame, porque así nosotros resolvemos muchas gestiones en la vida cotidiana sin necesidad de estar presencialmente.

Por último, creo que es importante el establecimiento de objetivos, de forma concreta. Para que veamos que esto funciona, ¿En qué se tiene que traducir? Se tiene que traducir en que los pacientes ingresen menos, que consulten menos urgencias y que cuando estén en el hospital tengan una estancia media menor.

Estos son objetivos que estaban en la Kaiser Permanente, porque ahí hay un estímulo financiero muy potente, que tenemos que incorporar, no tanto para hacer beneficio económico, sino para mejorar la eficiencia social de nuestro sistema de salud.

Para mí esos tres aspectos, es decir, la referencia a un marco geográfico y poblacional bis a bis. Sistemas de información sí, pero también están dentro de las tecnologías de información el teléfono móvil y el correo electrónico y tener claros objetivos de eficiencia y calidad que, en el sistema sanitario, como todos sabemos van juntos de la mano durante un larguísimo trecho.

R. Nuño: ¿Podéis aportar un poco más sobre qué se puede hacer en temas de prevención y detección precoz? ¿Tenéis alguna experiencia que consideréis relevante?

Cuando ha salido el tema de estratificación, para identificar los grupos crónicos mas complejos, ¿Qué metodologías estáis utilizando?

B. Fortuny: Yo no conozco ninguna pero sé que en la Comunidad de Valencia sí que han trabajado con modelos predictivos, para conocer mejor a este tipo de pacientes.

Pero a mi me gustaría insistir en el tema de integración de interniveles que se ha dicho antes. Y el peso tan importante que tiene que tener la Atención Primaria, porque todos hemos coincidido.

Pero en cambio estamos haciendo cada día más hospitales.

El presupuesto se lo lleva la atención hospitalaria y no la Atención Primaria. Y esto no ha cambiado en los últimos años. No hay manera, el peso del hospital sigue siendo importantísimo hoy.

Yo creo que la solución pasa por la integración de interniveles, pero que no sea como los detractores de la Gerencia Única dicen, porque el hospital se apodera del ámbito asistencial donde se va a hacer. Es decir, que hay que cambiar los incentivos de la financiación, si esta Gerencia Única, esta organización sanitaria integral, sigue manteniendo sistemas de presupuestación distintos, cada uno tendrá sus incentivos propios, con lo cual seguirán sin entenderse.

Tenemos que pasar a una integración basada en la atención primaria. Y el hospital tiene que ser el último recurso que se utilice. Es decir, si el paciente puede ser atendido en su domicilio por los equipos de atención domiciliaria, o en la consulta, a través de las nuevas tecnologías de la comunicación que lo permiten, pues sería muchísimo mejor.

Otro tema es la coordinación socio sanitaria. Nosotros tenemos dos Consejerías distintas de partidos políticos distintos, por tanto, incentivos distintos. Y es muy difícil de coordinar esto. Es decir, no hay la suficiente colaboración entre la red social y la red sanitaria, con lo cual es lógico que ciertos pacientes se eternicen en unidades que no son las adecuadas para ellos. Esto tendría-



Roberto Nuño

mos que cambiarlo tan pronto como sea posible.

J. Elola: Yo creo que no solamente se esta planteando el cambio del modelo a la atención al paciente crónico desde la esfera de la medicina interna, o el paciente pluripatológico. Por ejemplo las unidades de insuficiencia renal crónica o las unidades de insuficiencia cardiaca congestiva, que se están empezando a desarrollar, también son formas de trabajar de una forma sistemática sobre patologías crónicas que tienen afectación sistemática.

Salir de la batalla de trincheras y trabajar conjuntamente en la atención sistemática de este grupo de pacientes, me parece que es el mensaje que hay que dar.

J. Elola

Con el tema de poner mas peso en atención primaria, no centraría ahí el tema. Yo creo que el reto es el trabajo conjunto, porque a estos pacientes no se les atiende en la Atención Primaria y, cuando se agotan las posibilidades de

ésta, después se da el salto a asistencia especializada. No. Es que para que no lleguen al hospital, tienes que trabajar sobre ellos, Atención Primaria y especializada conjuntamente.

B. Fortuny: Totalmente de acuerdo en que hay que trabajar conjuntamente. Pero con la base en primaria. No como ahora, que primaria no tiene los medios para solucionar muchos de los problemas que le surgen.

J. Elola: Una de las tareas fundamentales es evitar esta especie de batalla entre la primaria y especializada y decir: "Tenemos que trabajar conjuntamente sobre este problema". Esto es algo que aprendí cuando vi cómo trabajaban en el 12 de Octubre o en el Virgen del Rocío y es que era fundamental para la propia formación continuada de los médicos de Atención Primaria. Se desplazan, creo que una vez a la semana al centro de salud para ver conjuntamente los casos de este tipo de pacientes. A mí me parece que era una cosa muy práctica. La sesión dura tres cuartos de hora, pero era una manera de aprendizaje por parte de todos, sobre todo por los médicos de Atención Primaria.

Salir de la batalla de trincheras y trabajar conjuntamente en la atención sistemática de este grupo de pacientes, me parece que es el mensaje que hay que dar.

A. Hernando: Ése es el mensaje que hay que dar, sí, pero el más difícil de implementar en la práctica.

Nuestro modelo, eminentemente hospitalocentrista, pivota en torno a la atención y resolución de casos agudos. A esto se une el hecho de que la atención especializada, desde el punto de vista mediático y social, es tremendamente espectacular: el seguimiento de un paciente diabético o de un pacien-

te con insuficiencia respiratoria que se lleva a cabo en primaria no tiene una repercusión sensacionalista en prensa o en televisión, como sí la tiene, por ejemplo, un trasplante de cara.

La asunción de un papel más preeminente por parte de atención primaria pasa, entre otros aspectos, por el impulso de su dotación tecnológica, de la formación continuada de sus profesionales, de la educación sanitaria de los pacientes y la conexión y una mejora sustancial de la coordinación con especializada.

A. Hernando

La asunción de un papel más preeminente por parte de Atención Primaria pasa, entre otros aspectos, por el impulso de su dotación tecnológica, de la formación continuada de sus profesionales, de la educación sanitaria de los pacientes crónicos y una mejora sustancial de la coordinación con especializada, tal y como hemos hablado antes, a fin de permitir ubicar el desempeño en este nivel en primera línea y en un plano de igualdad respecto de la atención especializada.

F. Rubial: Esa interacción entre Atención Primaria y atención especializada, desde una figura concreta, que se posicionaba en medicina interna, es casi una reinención del cupo.

Yo tengo especialistas de cupo en mi hospital, no en áreas médicas, sino en áreas quirúrgicas y lo que tu estás diciendo, no deja de ser una relación, evidentemente mucho más fluida que una especie de sectorización o de una especie de reinención del cupo, dejémoslo ahí.

En segundo lugar, y viniendo de un hospital de agudos, tengo que decir que los hospitales de agudos hemos

sido siempre estimulados a producir, nunca a resolver.

Estimulados por todas las vías habidas y por haber. Somos máquinas de producir. Por tanto, ese elemento hay que trastocarlo.

Y al mismo tiempo, por tanto, yo quiero centrar el foco en el aspecto que no ha salido todavía que es el aspecto de los incentivos. No para la producción, sino para la resolutivead. Eso es fundamental, y con el tema de los crónicos, pues evidentemente nos obliga a reorientar la política de incentivos global.

Dicho esto, también quería hacer mención a otro tema. Durante mucho tiempo se ha hablado de la atención primaria como la puerta de entrada al Sistema. Es una terminología obsoleta. Yo creo que en estos momentos eso ha pasado a ser historia y tenemos que hablar de la Atención Primaria como núcleo del sistema y tenemos que hablar de la atención a crónicos, que yo creo que está mas claro que en cualquier otro tipo de patología.

Una cuarta salvedad es que si nos damos cuenta, la formación de los especialistas en medicina familiar y comunitaria, es fundamentalmente hospitalaria, curiosamente.

Parece que esto tampoco tiene mucha relación con lo que estamos hablando, estamos centrando el foco en la Atención Primaria, en la resolutivead, en la integración... indica que nuestros médicos de familia se están formando en un entorno hiperespecializado, y donde el prestigio está en lo molecular y no en lo básico. Eso es lo que tenemos ahora mismo y los médicos que estamos generando.

Centrándome en la pregunta, yo creo que las políticas de prevención y detección precoz, pasan a primer lugar

por un adecuado marco normativo por políticas agresivas desde el punto de vista normativo. Yo creo que la ley anti-tabaco es un ejemplo de por dónde deben ir los tiros.

Todas las políticas de detección y prevención precoz, tienen un componente excesivamente centralista. Y creo que hay que estimular estas políticas desde el ámbito también de la Atención Primaria. Y esto lo ligo con la estratificación. Yo creo que con las herramientas existentes en estos momentos, con los reiterados, a veces excesivos contactos que nuestros ciudadanos tienen con el personal sanitario en el nivel de atención primaria, es una herramienta fundamental aprovechar esos contactos y fomentar sistemas de estratificación oportunista si se quiere, de los ciudadanos de referencia para cada equipo de Atención Primaria.

Estamos hablando de un volumen de ciudadanos muy razonable, que con 1.200, 1.500 tarjetas, yo creo que eso es muy factible hacerlo proyectado a medio y largo plazo. Es perfectamente factible iniciar políticas de estratificación desde Atención Primaria que nos permitan establecer el entorno epidemiológico en que nos movemos.

Estamos manejando una serie de datos que yo no tengo una certeza de que estén plenamente contrastados, cuáles son las prevalencias exactas, y en segundo lugar, no sólo con una finalidad epidemiológica, sino con una finalidad de toma de decisiones. A partir de esos datos, tenemos que desarrollar políticas concretas orientadas a prevenir y orientar precozmente a distintas patologías. A actuar proactivamente.

Por último, con respecto a este tema, yo creo que hay aspectos que superan lo que es puramente el ámbito sanitario. Me voy a centrar en un ejemplo

concreto, que es la epidemia de la obesidad. Es un tema que va a tener muchísimas consecuencias en el futuro y que las está teniendo en el presente y que desde luego ahí hay otros actores que van a tener su papel, como la Administración Educativa, que va a tomar cartas en el asunto y que va a actuar, evidentemente.

B. Fortuny: Es algo muy importante lo de los médicos de familia, y sobre eso, ampliar una cosa. Curiosamente, esa fascinación tecnológica y el prestigio todavía están en el hospital y no en primaria. La prueba está en que, en los últimos años, las plazas MIR de la medicina de familia no se cubren. Mucha gente si la coge, es como paso para el año siguiente volverse a presentar. Es una cuestión de prestigio en el entorno actual.

J. Elola: Pero una cuestión de prestigio, que, como está planteada, es irresoluble.

Una cosa en la que yo no estoy de acuerdo es que tenemos que poner a primaria en el núcleo del Sistema. No. Tenemos que poner al paciente en el núcleo del sistema. Alrededor de ahí, empezar a girar, adecuando la organización del sistema sanitario de la manera que mejor se acomode a sus necesidades y demandas.

A mí me resulta absolutamente paradójico que una de las demandas de Atención Primaria sea que quieren tener acceso a más tecnología. Sinceramente, no creo que ese sea el problema. El problema es que los profesionales de Atención Primaria, donde la enfermería debería tener un papel muchísimo más relevante, se forman en un ambiente hospitalario, se inculca durante la universidad y durante la época de formación de posgrado la medicina tecnológica, y un porcentaje, que no sé si hay datos,

relativamente elevado de ellos, son médicos especialistas que les habría gustado ser internistas o cirujanos cardiovasculares, y están en un centro de salud.

Entonces, ese problema de desarrollo de competencias profesionales, en los equipos de Atención Primaria, en médicos y enfermería, es un reto del sistema. Más que hablar, tenemos que generar este profesional de atención primaria, no solamente el médico. A partir de ahí ganar prestigio en aquello en donde la Atención Primaria pueda tener prestigio.

El ámbito natural de la Atención Primaria en nuestro país, está completamente desenfocado. El prestigio de la atención primaria no está en la competencia tecnológica profesional médico-asistencial.

B. Fortuny: Sobre el tema preventivista hay esta nueva filosofía de poner salud en las políticas.

En Cataluña, hay la experiencia de que ha sido la reducción de la velocidad de alrededor de Barcelona, y la disminución de la contaminación, y los resultados ya se han obtenido. Han calculado la reducción de los ingresos hospitalarios que ha habido por enfermedades respiratorias a partir del segundo año de puesta en práctica de la experiencia. Esto no ha dependido de Salud, sino de la Consejería de Medioambiente. Pero todo ello debe complementarse con una reforma estructural del sistema de previsión de atención sanitaria.

F. Rubial: La Ley de Tráfico es otro ejemplo tangible de la reducción de mortalidad.

J. Elola: Estas medidas son tremendamente importantes, pero en sociedades como la nuestra, que tiene una

experiencia de vida muy prolongada, la tecnología sanitaria, tiene importancia también en la prolongación de años de vida vividos con buena salud.

A. Hernando: En relación a qué o quién debe estar en el centro del Sistema estoy completamente de acuerdo en que es el paciente el centro del sistema. Sin embargo opino que, precisamente, la progresiva tecnificación de Atención Primaria favorecerá la accesibilidad de ese paciente a determinadas pruebas cuya ejecución sea factible en este nivel por no precisar de aparataje extraordinario y que permitirán una detección temprana de las situaciones de descompensación y reagudización.

Se trataría de herramientas que faciliten la toma de decisiones, no gran aparataje, sino la pequeña tecnología y equipamiento, que doten de mayor autonomía, mayor productividad, mayor capacidad diagnóstica y mejore, en definitiva, la capacidad de seguimiento y estabilización de los pacientes con enfermedades crónicas.



A. Hernando

Por ejemplo, en la utilización de tecnologías tenemos experiencias de interés en el seguimiento coordinado de pacientes cardiopatas entre Atención Primaria y atención especializada. Cuando el médico de familia advierte un trastorno en la lectura del electrocardiograma se pone en contacto con el cardiólogo del hospital, lo comentan y deriva directamente al paciente. Estas actuaciones evitan muchas consultas en urgencias. También hemos dado otro paso importante con la introducción de ecógrafos en Atención Primaria.

J. Elola: Hay un determinado volumen crítico por encima del cual acumulas experiencia. En Atención Primaria también se aplica a la pequeña tecnología. En el ejemplo que has puesto realmente lo que haces es que tienes un sistema de conexión o un respaldo por parte de especializada que interpreta el electrocardiograma cuando es sospechoso, con lo cual, hay de nuevo ahí un trabajo conjunto, no es que el médico de familia interprete.

Creo que se debería hacer mucho más énfasis en que el equipo, no solamente los médicos, conociera dónde y cómo viven los ciudadanos que tienen en su "cupo". Yo creo que el problema más importante, no está en lo tecnológico sino en lo conceptual.

F. Rubial: Yo coloco al paciente en el centro del Sistema, pero yo sí diferencio entre ser y estar. Yo creo que el paciente está en el centro del Sistema, pero no es el centro del Sistema; entendiendo el Sistema como un servicio público que prestamos a los ciudadanos. Entonces en ese sentido yo sí considero que la Atención Primaria debe ser el núcleo de ese sistema, pero evidentemente yo coloco al paciente dentro del Sistema no se me ocurre dejarlo fuera.

Yo creo que el paciente está en el centro del Sistema, pero no es el centro del Sistema; entendiendo el Sistema como un servicio público que prestamos a los ciudadanos. Entonces en ese sentido, considero que la atención primaria debe ser el núcleo de ese Sistema.

F. Rubial

R. Nuño: Vale pues retomando esa idea de paciente como centro del Sistema y en un contexto que tenemos las tasas de frecuentación, de consulta, record de la OCDE, ligado a todas estas iniciativas de pacientes crónicos, se habla mucho del autocuidado, de la responsabilización, del paciente experto.

Me gustaría conocer vuestra opinión tanto desde el plano más conceptual, como de experiencias que recordéis, qué recorrido podemos tener en ese campo cuando estamos luchando contra unos medios que viven la fascinación de lo tecnológico y aquí hablamos de cosas de autocuidado que son cosas muy básicas y muy del día a día.

J. Elola: El tema del autocuidado es fundamental en el manejo de este problema, de las enfermedades crónicas, del autocuidado, y del cuidado del entorno, pero para eso creo que se tiene que cumplir dos premisas: uno es que los propios profesionales lo fomenten, y después que existan incentivos potentes a pacientes y familiares o cuidadores.

Hoy el apoyo al cuidador en nuestro sistema es muy precario, las facilidades que se le da en este caso desde servicios sociales para tener viviendas donde se pueda atender a este tipo de pacientes pues es muy importante y, sin embargo, ampliamente deficitario. Estos dos aspectos que es la proactividad de los profesionales hacia el autocuidado y el que exista un entramado que

permita a las familias atender a estos pacientes, me parece fundamental.

A. Hernando: Vaya por delante, para apostillar algo de lo que hemos estado hablando anteriormente, que las características demográficas de una comunidad como Castilla y León, con 95.000 Km², y en la que, casi el 90% de la población vive en núcleos de menos de 5.000 habitantes con grandes distancias entre sí, hace necesario que se impulse el papel de los equipos de atención primaria en los Centros de Salud.

Sobre si es posible que los pacientes contribuyan y se corresponsabilicen en el tratamiento de su propia salud y en el manejo de sus propias patologías crónicas, creo que es posible. Creo que es posible, pero es necesario que los propios profesionales contribuyan a esa formación "homologada" sobre el mejor control de las enfermedades por pacientes y cuidadores y que los ciudadanos al buscar información en Internet o en prensa y revistas accedan a la mejor información posible.

Y de ahí la pregunta, ¿cuánta de la información disponible está acreditada? En muchos casos, las recomendaciones sobre cuidados de la salud que se realizan en Internet, no están basadas, en la mejor o en la más actualizada evidencia científica.

Otro problema se ubica en el perfil sociológico de los propios pacientes y su falta de compromiso para seguir los consejos de su médico. Todos conocemos profesionales extraordinarios con grandes niveles de comunicación y asertividad, que ofrecen información y recomendaciones a sus pacientes, que no son seguidos por el enfermo desde el mismo momento en el que salen por la puerta de la consulta. Pero se trata de una actitud sobre la que se debe trabajar.

Finalmente, opino que los profesionales deben dar a conocer a los pacientes las normas fundamentales para el cuidado de su salud y para evitar situaciones de descompensación de sus procesos, pero también deben instruirle en el uso responsable del Sistema de Salud. Por poner un ejemplo práctico, en mi Comunidad, el 76% de los pacientes que acuden a urgencias, salen de este servicio sin que su diagnóstico se corresponda con una situación de urgencia real.

B. Fortuny: Yo volvería a los incentivos. Los incentivos en los hospitales están en la producción, hay que tener un buen equilibrio, un buen balance económico-asistencial basado en el alta hospitalaria. Por tanto un interés de los Jefes de Servicio es hacer ingresos. Esto hay que modificarlo.

La Atención Primaria también tiene sus incentivos, el ahorro de farmacia es el principal de todos, por tanto, los incentivos no están encaminados a lo que estamos hablando, a la atención del paciente crónico.

Y además nos encontramos con que tenemos un problema que es la atención a las urgencias. Los equipos, cada vez más, tienden a no hacer guardias, en cada Comunidad las reivindicaciones disminuirán ya que dejaran de hacer guardias. Por lo tanto, se pierde la continuidad de qué personas hacen estas guardias. Son personas que están fuera del Sistema, que su formación no es la misma que la de los equipos, cuya misión será enviar este 76% de pacientes a las urgencias hospitalarias, cuando podía haberse resuelto perfectamente en Atención Primaria, aquí hay un gran campo en el que intervenir.

Los profesionales no están preparados para el nuevo rol, la nueva relación paciente-equipo. No es lo mismo

la relación clásica de yo te voy a curar, a la de te voy a cuidar. Hay que cambiar los valores en la relación médico-paciente.

Y luego abra que introducir los incentivos a los ciudadanos como decías muy bien, los ciudadanos en el entorno en el que viven no siguen los consejos sanitarios, es decir normalmente socializan otro tipo de hábitos o de conductas que no son las que les a recomendado el equipo que lo atiende, por lo tanto a nivel situacional habrá que realizar muchísimas políticas de prevención y de promoción de la salud que en este momento se hacen algunas, pero tendría que haber muchísimas más.

F. Rubial: Probablemente hablando de autocuidado tenemos que localizarlo convenientemente y no sólo hablarlo en un sistema como KAISER PERMANENTE donde existe motivación, una incentivación para que exista ese autocuidado en nuestro sistema.

Partiendo de eso yo creo que hay que actuar a dos niveles. Partiendo de un primer paso persuadiendo y en otro disuadiendo. Hay que disuadir al profesional de que adopte una actitud paternalista que se nos inculca en las facultades, una actitud paternalista con el paciente, tu no sabes deja que yo decido. Esa actitud hay que desterrarla y al mismo tiempo hay que persuadir al paciente haciéndolo participe en la toma de decisiones.

Hay que ponerle al paciente la información suficiente encima de la mesa para que adopte las decisiones sobre su propia salud, evidentemente.

Entonces en ese sentido yo también establecería una segunda diferencia hablando de cronicidad. No podemos hablar de cronicidad como un todo hay que hacer excepciones. No es lo mismo

un paciente con problemas de salud mental o un paciente oncológico con un paciente con patologías endocrínicas, con patologías reumatológicas, o incluso un niño con patología crónica. No son cosas similares. Entonces en ese sentido yo creo que también hay que estratificar también el grado de autocuidado que podemos exigir o que podemos demandar a un paciente.

El tema de la formación, de la educación sanitaria, va a cobrar un papel fundamental. Educación, si queremos no formal en las consultas, y en los equipos de Atención Primaria, fundamentalmente, y formación reglada, educación reglada.

Tampoco descartaría el papel de las asociaciones de pacientes, es muy importante. Hay asociaciones de pacientes, con una potencia enorme, con una capacidad de convicción y de seguimiento de sus afiliados impresionante y que yo creo que están ahí, debemos tirar de ellas.

Creo que, en ese sentido, me centraría en el aspecto de diferenciar el autocuidado en función de los incentivos, la disuasión de los profesionales para que suelten lastre y la persuasión de los pacientes para que asuman más responsabilidades y probablemente, ahí la edad de los pacientes tenga mucho que ver. Lo mismo un diabético de 20 años, un diabético tipo 12-80 totalmente distinto.

J. Elola: El 80% de los pacientes acuden a urgencias hospitalarias sin ser referidos por Atención Primaria. Este hecho lo voy a vincular con el lema del "empoderamiento" de la atención primaria.

A mi, me parece un discurso bastante esquizofrénico el hablar de la relevancia de la Atención Primaria, su "empoderamiento", y que la atención conti-

nuada se desgaje en dos grupos de profesionales: los que están por la mañana en el equipo de Atención Primaria y después los profesionales de atención continuada. Creo que es malo que los médicos del equipo de atención primaria no hagan una atención continuada de sus pacientes la mayor parte del tiempo.

A. Hernando: Creo que todos estamos de acuerdo en que este es el momento. Hay muchos convencidos de la necesidad de evolucionar hacia un nuevo modelo de atención al crónico y de avanzar en la extensión de las experiencias que ya están funcionando. Pese a su complejidad intrínseca, es necesario, y mucho más ahora, que demos un paso hacia delante en este sentido.

Bibliografía

1. HMO Health Maintenance Organization.
2. Nuño Solinís R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. Rev Adm Sanit. 2007; 5: 283-92, disponible en <http://external.doyma.es/pdf/261/261v5n2a13107524pdf001.pdf>
3. ESAD. Equipos de Soporte y Atención Domiciliaria.
4. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud-Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria. 1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales

para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social. 2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá: Los cuidados sanitarios de larga

duración. La atención sanitaria a la convalecencia. La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. 3. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes.