



El paciente crónico, motor de cambio en el sistema sanitario

Ramón Cristófol Allué.
Geriatra.

*Director del Ámbito Sociosanitario del CSdM. Mataró
Presidente de la Societat Catalana Balear
de Geriatria i Gerontologia.*

La transición demográfica que ha sufrido España, puesta de manifiesto en la última década del siglo XX, con la consiguiente inversión de la curva natalidad/mortalidad deja el modelo asistencial español, y el de los países industrializados, casi todos en la misma tesitura, ante una encrucijada en la que se imbrican términos como sostenibilidad, equidad, cronicidad, dependencia, políticas de protección social, etc.

El incremento de la esperanza de vida, no parece asociado a un incremento de vida independiente, sino que como diversos estudios indican, ha sido a expensas de un incremento nada desdeñable de años de vida dependiente. Contribuye, en este aspecto, de forma fehaciente el fenómeno de la "cronicidad", que sería la suma de enfermedades crónicas que de forma progresiva provocan un incremento del gasto sanitario y del gasto social (dependencia). Lo que se conoce como "compresión de la morbilidad", objetivo "princeps" de la atención geriátrica es todavía una quimera.

Nuestro sistema sanitario organizado de forma clásica en el concepto "curación", basado en el hospital centrismo,

ha de cambiar su estructura y organizarse para afrontar otros objetivos como "mantenimiento funcional", "prevención de la dependencia", "confortabilidad", etc.

¿Dónde ubicamos a los pacientes crónicos? ¿Dónde ponemos el listón entre agudos, subagudos, cuidados intermedios, cuidados de larga duración y atención a la dependencia?

Este apartado es muy importante ya que dependiendo de la clasificación determinaremos la carga sanitaria a la que estamos dispuestos a llegar en cada nivel, y, por ende la ubicación del paciente y los recursos empleados para una atención de calidad, cuyos costes podrían calcularse de antemano y facilitar una financiación más realista.

Este cambio de paradigma solamente es posible con una remodelación de la cartera de servicios. Dotar de recursos específicos a la Atención Primaria es uno de los pilares básicos para mejorar la asistencia de las enfermedades crónicas.

Implementar la coordinación entre niveles asistenciales, incorporar la figura del especialista consultor, equipos

de evaluación e intervención geriátrica en la comunidad, Hospitales de Día diagnósticos y la coordinación estrecha de los servicios sociales y sanitarios.

En este proceso hacia una nueva cartera de servicios, deberían transformarse camas de "agudos" en unidades específicas para pacientes subagudos, convalecientes o Paliativos, con la dotación de medios y personal necesarios para su atención. Esta "franja intermedia" del proceso deberá seguir ligada al sector sanitario y estar íntimamente relacionada con la medicina hospitalaria especializada.

¿Cómo organizar los sistemas de cuidados sanitarios en la zona de "baja intensidad clínica", actualmente repartido entre el sector "socio-sanitario" y el "residencial asistido"?

El espacio socio-sanitario podría desaparecer tal y como está concebido en la actualidad, dada su estructura virtual, basada en su mayor parte en la coordinación/cooperación teórica de los servicios sanitarios y sociales.

El gran paquete de los cuidados conocidos como Larga Estancia, y que en la actualidad representan una parte muy importante del "espacio socio-sanitario" deberían articularse en torno a una única Agencia/Departamento que controlara los módulos sanitarios necesarios para la correcta atención de estos pacientes independientemente del lugar donde fueran atendidos, domicilio o medio residencial.

Queda una zona oscura en esta propuesta organizativa. En ella se encuentran aquellos pacientes complejos que requieren cuidados especializados de difícil control en la comunidad y que requieren soporte sanitario de larga evolución o intervenciones multidisciplinares específicas para su control.

En este caso las Organizaciones Sanitarias Integrales con Servicio de Geriátrica y/o Curas Paliativas deberían encargarse de prestar la atención a estos pacientes en una auténtica puesta en marcha del sistema capitativo.

Más aún, pediría que los programas de atención a la dependencia, al menos en lo que se refiere a la provisión de servicios estuvieran centralizados en estas organizaciones/servicios. Este punto favorecería la conexión de la Atención Primaria con los hospitales y con las Residencias Geriátricas. Éstas pasarían a formar parte activa en la gestión de casos pasando de ser una parte pasiva de los cuidados a ser una parte activa del proceso, integrándose de forma definitiva en el sistema y el cuidado del paciente, disminuyendo reingresos hospitalarios, en definitiva, "co-gestionando" los cuidados.

Es obvio que ante el cambio de tipología de pacientes y de objetivo asistencial emerge la necesidad de nuevas competencias profesionales.

En el caso de los facultativos se debería incrementarse la formación en Geriátrica, Cuidados Paliativos y en la atención a enfermedades crónicas tanto en el Pre como en el Post grado. Trabajar por procesos, manejar los síndromes geriátricos, etc. Nuevas especialidades de enfermería y la consolidación de equipos inter disciplinares son acciones que no pueden posponerse.

La figura del gestor/a de casos también adquiere una dimensión especial. Exponía Jordi Moreu, el año 2006, en una carta al editor de la revista española de Geriátrica y Gerontología, que la atención, en este ámbito, debería partir de la gestión de casos y no de la provisión de servicios. Esta figura, la del gestor de casos, poco definida en nuestro territorio adquiere una especial dimensión en la estructura sanitaria

de otros países que hicieron la transición demográfica 20 años antes que nosotros.

Otro punto interesante es el cambio de rol del paciente que pasará de sujeto pasivo a sujeto activo en el control de su enfermedad. Es el concepto de paciente conocedor de su enfermedad, previamente instruido, en contacto directo con el gestor del caso o el equipo de referencia.

Las nuevas tecnologías de la comunicación, entre las que se encuentran la tele-asistencia, la telemedicina, las

alertas por vía telefónica, los sms, o por ejemplo programas de estimulación cognitiva y física por Internet, trabajados en el domicilio y dirigidas por profesionales desde una central, pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de los de la población enferma crónica/dependiente disminuyendo costes en el entorno donde se den estos servicios.

Actualmente en fase de implementación y evaluación, parece que a medio plazo pueden ser uno de los pilares de la atención domiciliaria en la atención de las enfermedades crónicas.