



El paciente crónico, motor de cambio en el sistema sanitario

Inés Palanca Sánchez
Consejera Técnica
Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud
Ministerio de Sanidad y Política Social

La atención sistemática del paciente crónico, que representa cerca de la mitad de la carga asistencial (medida en estancias) actual del hospital, requiere de la configuración de sistemas de atención que integren los recursos sanitarios vinculados con estos pacientes.

La continuidad de la atención es un elemento central para una población con una alta proporción de personas mayores, que tienen una elevada prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, frecuentemente concurrentes, cuyas trayectorias están marcadas por recaídas, mejorías y un progresivo deterioro de su autonomía.

El cambio de perfil epidemiológico que acompaña al envejecimiento de la población (comorbilidad, cronicidad, dependencia, fragilidad) debe provocar la revisión de la organización sanitaria basada en la atención de episodios.

El cambio de una atención centrada en episodios a otra que garantice la continuidad asistencial implica la superación de los límites del hospital, que debe integrarse en una red articulada en torno a un proceso de atención, que garantice un continuo asistencial que incluye, tanto a servicios y unidades del propio

hospital que intervienen en la atención como a atención primaria y otros hospitales con diferentes niveles de complejidad.

El hospital actual se caracteriza por estar enfocado a la atención del episodio recortado en el tiempo, derivado de un acontecimiento agudo que requiere atención en un centro con vigilancia y cuidados veinticuatro horas al día. Se sigue trabajando con episodios, entendidos como una serie de servicios sanitarios contiguos en el tiempo relacionados con el tratamiento de la enfermedad en respuesta a una específica solicitud del paciente, a pesar de que, en los últimos años, se han desarrollado modalidades de atención ambulatoria resolutive, como la hospitalización de día o la cirugía mayor ambulatoria, no se ha producido la reorientación de la actividad hospitalaria desde la perspectiva del episodio a la del proceso. Este cambio conlleva la revisión de aspectos relevantes de la organización y gestión de la asistencia sanitaria y de la forma en que se mide y evalúa la actividad del hospital.

El modelo de atención integrada de pacientes crónicos parece mostrar la disminución de costes de atención (re-

ducción de los ingresos y estancias hospitalarias y de la frecuentación en urgencias) y una mejora en su calidad de vida (Unidad de pacientes pluripatológicos. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009).

Una red asistencial se configura alrededor de un proceso o grupo de procesos y se define en un marco territorial y poblacional definido. La red asistencial debe proporcionar la asistencia con el recurso más adecuado y garantizar su continuidad, para lo que dispone de herramientas de gestión clínica y sistemas de información, compartidos por los integrantes de la red. Por otra parte, la creación de redes asistenciales debe permitir el apoyo de hospitales locales/ áreas de salud de pequeño tamaño poblacional desde otros que tengan un ámbito poblacional suficiente para garantizar su calidad, seguridad y eficiencia.

A lo largo del tiempo, el paciente crónico es atendido por distintos profesionales en múltiples unidades, como atención primaria, atención ambulatoria especializada, atención de emergencia, atención hospitalaria y rehabilitación, entre otras. El paciente debe recibir información ordenada sobre los diferentes recursos integrados en la red, incluyendo criterios de atención o acceso, la política de visitas, el horario de información médica, como comunicarse con los profesionales responsables de su atención, etc.

El paciente crónico presenta una elevada vulnerabilidad a las brechas de comunicación durante el traspaso. Debe garantizarse la transmisión de la información esencial entre los prestadores de asistencia vinculados con las unidades o equipos de atención responsables de la asistencia del paciente crónico, ya que, una información incompleta es un riesgo de seguridad para el paciente. Una gran parte de los

errores de medicación se producen en los procesos de transición asistencial, fundamentalmente por problemas en la comunicación de la información sobre la medicación entre los profesionales responsables o entre éstos y los pacientes. Estos errores dan lugar hasta un 20% de los acontecimientos adversos en hospitales y un porcentaje importante de los reingresos hospitalarios. Por ello, resulta prioritario promover la implantación de prácticas de conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales, fundamentalmente en pacientes crónicos.

El paciente crónico debe recibir explicación adecuada y comprensible sobre los procesos que tiene y motivan su atención, detallando los procedimientos de tratamiento y de cuidados. El profesional informará al paciente y familiares sobre las medidas que han de adoptarse como consecuencia del plan terapéutico y de cuidados, facilitando su participación en la toma de decisiones sobre alternativas asistenciales y sus resultados. La implicación del paciente en el cuidado de su propia salud es relevante en la estrategia de atención del paciente crónico, por lo que la información debe ser clara, precisa y suficiente.

Uno de los objetivos prioritarios del modelo de atención del paciente crónico, es minimizar su utilización del servicio de urgencias hospitalario, para lo que resulta prioritario el diseño de alternativas de comunicación del paciente con el nivel especializado así como herramientas para evitar demoras en su atención. Se deben elaborar, en colaboración con atención primaria, circuitos para la programación de ingresos directos urgentes y programados, así como de procedimientos tras el alta hospitalaria, para ajustar la duración de la estancia en hospitalización convencional del paciente crónico, apoyándose en una red asistencial que incluye la

Atención Primaria, la asistencia a domicilio, la consulta de alta resolución, la hospitalización de día o las unidades de convalecencia, que permite centrar en la hospitalización de agudos una atención intensiva, evitando estancias inadecuadas.

En nuestro entorno, los hospitales pueden mejorar en cuanto a la información pública sobre los resultados de los procedimientos, incluyendo riesgos y beneficios precoces como tardíos y la normalización del proceso de decisión de los procedimientos. En diversos países de la UE se pone a disposición de los ciudadanos algunos indicadores de gestión asistencial (demora, estancia media, tasas estandarizadas de mortalidad, etc.), pormenorizados por centros. En el Reino Unido se publican las tasas estandarizadas de supervivencia para algunas intervenciones cardiacas, así como el número de intervenciones realizadas, pormenorizando ambos datos (volumen y resultado) por centro y por cada cirujano. La accesibilidad de los ciudadanos a esta información, extendiéndola a otros procedimientos, bajo un control estricto

y objetivo de calidad y su adecuada estandarización, amplía el derecho de los ciudadanos a estar informados y es, probablemente, un potente instrumento de mejora de la calidad y seguridad de la asistencia en España.

En el marco descrito con integración de recursos en la red asistencial, es preciso asegurar una comunicación eficaz y continuada entre los mismos. La historia clínica compartida es un instrumento relevante para la buena comunicación entre los distintos profesionales, equipos, instituciones y ámbitos en los que se desenvuelve la atención integral a los pacientes crónicos. A los objetivos de compartir la información y garantizar la comunicación, se debe añadir el de evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes.

La reorientación de la atención hospitalaria basada en episodios, hacia el proceso asistencial basado en la integración de los recursos de la red socio-sanitaria, es uno de los retos de la atención del paciente crónico en el siglo XXI.