



La atención a la cronicidad, de amenaza a oportunidad

Eduardo Zafra Galán
*Jefe de Servicio de Asistencia Sociosanitaria
Dirección General de Asistencia Sanitaria
Agencia Valenciana de Salud
Consellería de Sanidad de Valencia*

El envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas, suponen actualmente un reto para los sistemas sanitarios, orientados a la curación desde mitad del siglo XX, que se rigen por la superespecialización, por el cada vez más inabarcable conocimiento científico y el despliegue intenso y complejo de la tecnología sanitaria. Nos encontramos así con una contradicción que hace cada vez menos eficiente al sistema sanitario: hay cada vez más población con problemas de salud crónicos, que demanda cuidados y que consume recursos sanitarios (el 5% de los enfermos consumen el 70% del gasto sanitario), mientras tanto el sistema sanitario está orientado a la atención de procesos agudos, a la superespecialización y al diagnóstico.

Por otra parte, una característica del paciente crónico actual, es la de ser un experto en muchas facetas de su enfermedad, que quiere contar con un equipo que le atienda de manera integral y con el que pueda compartir sus preocupaciones y decisiones.

El cambio del modelo asistencial

Esta realidad requiere un cambio de modelo asistencial, con equipos multidisciplinares y polivalentes, integrados o coordinados desde el punto de vista organizativo, que garantice una atención integral y continuada como paradigma de la atención a la cronicidad.

Esto supone una verdadera orientación de los sistemas sanitarios al paciente, que está mayoritariamente en la comunidad y en muchas ocasiones, cuando la enfermedad está muy evolucionada, reclusos en su domicilio o en centros sociosanitarios, con diferentes y numerosas necesidades de salud y sociales.

El papel de la Atención Primaria

El nivel sanitario que mejor puede gestionar esta situación es la Atención Primaria, que se debe convertir en el verdadero gestor de casos del paciente crónico. Para ellos necesitamos una formación específica de los profesionales de AP en las patologías más prevalentes que definen el estatus de paciente crónico, con todas las innovaciones que ahora están desplegadas, como la gestión de determinadas en-

fermedades crónicas (epoc, diabetes, asma, insuficiencia cardiaca, etc...). También la adquisición de habilidades para trabajar en equipo, compartiendo conocimientos y colaborando activamente en beneficio del enfermo, planificando las consultas y desarrollando una actitud proactiva de identificación y control de casos, así como la generalización del manejo de instrumentos de valoración de las necesidades clínicas, físicas, psíquicas y sociales. A este cambio asistencial y de mayor implicación de la Atención Primaria habrá que añadir el despliegue de nuevos perfiles profesionales o al menos la adaptación de algunos ya existentes a las nuevas tareas. Por ejemplo, el despliegue de la enfermería de gestión de casos en los centros de salud, que de manera específica y con instrumentos adecuados se dedique a la identificación, valoración, atención a través del equipo de atención primaria y el seguimiento de los pacientes. Algunos sistemas sanitarios ya han comenzado a desplegar esta perfil profesional. En la Comunidad Valenciana existe ya esta figura como experiencia en un principio piloto, en 9 Centros de Salud que aquí se llama Enfermera de Gestión Domiciliaria, ubicadas en los Centros de Salud y con una coordinación efectiva con los médicos y enfermeras asistenciales de los equipos y que tienen su correspondencia en el hospital, en la figura de la Enfermera de Continuidad Asistencial, que hace la misma labor de identificación y valoración en el hospital sobre el paciente crónico y que esta coordinada con la Unidad de Hospital a Domicilio, con el objeto de acelerar el alta hospitalaria de este tipo de pacientes. Estos dispositivos identificaron durante los 22 meses de pilotaje, hasta diciembre de 2008, a más de 3.000 pacientes en el hospital, derivando el 90% a la Atención Primaria y reduciendo las urgencias de estos pacientes en un 80% y los ingresos en un 75%, con respecto a los doce meses anteriores.

La necesaria reorientación hospitalaria

Para atender estos pacientes, que suponen en muchos casos mas del 50% de las estancia hospitalarias es también necesario una reorientación de los recursos en el hospital. Las experiencias que pueden encontrarse en el plano nacional e internacional, nos muestran como equipos funcionales multidisciplinares hospitalarios, bien coordinados con la Puerta de Urgencias, con las enfermeras de continuidad asistencial hospitalarias y la Unidad de Hospital a Domicilio, que identifiquen al paciente, desde el mismo contacto con el centro, que le hagan una valoración multidisciplinar, que le atiendan durante el tiempo que sea necesario y que posteriormente gestionen su ubicación en el recurso terapéutico mas apropiado a sus necesidades (domicilio, hospital de crónicos, residencia sociosanitaria, etc...) son dispositivos que mejoran la eficiencia global del sistema, porque evitan ingresos y ahorran estancias innecesarias, mejoran la continuidad asistencial y elevan la satisfacción de pacientes y familiares.

La reorientación hospitalaria también requiere del desarrollo de nuevas unidades funcionales de hospitalización, para aquellos pacientes crónicos que necesiten ingreso hospitalario, orientadas a la recuperación y estabilización de su episodio agudo, atendidas por equipos multidisciplinares y con una visión integral de sus problemas. La actual organización hospitalaria basada en unidades de hospitalización por especialidades, tiene los días contados. Los especialistas deben reconvertir su papel y orientarlo a consultores de casos complejos y al desarrollo de técnicas específicas e innovadoras de su especialidad. Estas unidades podrán estar ubicadas en hospitales generales o en hospitales de crónicos, así como

en centros sociosanitarios donde se atiendan a las personas con cuidados de larga duración, de baja complejidad sanitaria.

Del paternalismo a la relación democrática

Una característica del modelo de atención a la cronicidad es que cambia el paradigma, durante mucho tiempo paternalista, de la relación médico (o sanitario) paciente, para convertirlo en una relación más democrática, basada en la participación del paciente en las decisiones que le afectan y que se produce en un marco más igualitario, que hace más responsable al paciente en cuanto a su propio cuidado. No solo es un paciente más ilustrado, sino además más exigente y dispuesto a conocer y gestionar su propia enfermedad. En este proceso es importante también la educación sanitaria. En general los profesionales que participan en este modelo imparten talleres, charlas, cursos, para pacientes y familiares, que les permitan ser autosuficientes en el día a día, además de aumentar su criterio a la hora de elecciones terapéuticas concretas.

La relación no paternalista e igualitaria entre pacientes y sanitarios, favorece la mayor participación, la responsabilización y la satisfacción de ambos.

Sistemas de información para garantizar la continuidad asistencial

Que la información de los pacientes, pueda estar accesible a los profesionales que los atienden, independientemente del punto de atención, es una garantía de calidad y de continuidad asistencial. El desarrollo de la historia clínica electrónica única, compartida entre los profesionales del hospital y de atención primaria, garantiza la consulta

de cualquier evento asistencial, que redundará en beneficio del paciente y también en la comunicación permanente entre los profesionales. Sistemas como ABUCASIS desplegados en Atención extrahospitalaria en la Comunidad Valenciana, con una cobertura poblacional cercana al 100% y el desarrollo de ORION CLINIC, un sistema de información para el ámbito hospitalario, que se está empezando a desplegar y la conexión entre ambos y los sistemas de urgencias, van a favorecer que la información sobre los pacientes se pueda consultar en cualquier punto del sistema. La conexión de los sistemas de información debe extenderse al ámbito del sistema de atención a la dependencia, donde la mayor parte de las personas que en él se ubican, son prácticamente todos pacientes con enfermedades crónicas.

La conexión de los sistemas de información, en el que además de los datos clínicos necesarios, podemos incluir instrumentos de detección precoz, alertas de seguimiento, programación de actuaciones sanitarias, protocolos asistenciales basados en la evidencia, consejos y comunicaciones entre pacientes y profesionales de manera bidireccional, es una garantía para la trazabilidad de las intervenciones sobre las personas con enfermedades crónicas

La tecnología un paso más hacia la eficiencia

Ahora con el desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación, podemos desplazar la actuación sanitaria del terreno de juego exclusivo de los profesionales (consulta, servicio) al terreno de los pacientes (comunidad, domicilio, residencia) y eso conlleva un aumento en la consideración del paciente y una mayor eficiencia en la prestación sanitaria. Ya existen en nuestra Comunidad experiencias piloto de control de

determinadas patologías, mediante el uso de telemedicina, en concreto la Unidad de Hospital a Domicilio de la Fe lleva a cabo, en coordinación con varios centros de salud de una experiencia de control y seguimiento de pacientes que han evitado ingresos y urgencias hospitalarias.

Conclusiones

- La atención a las personas con enfermedades crónicas, va a ser el reto más importante de los sistemas sanitarios en el siglo XXI. Estos pacientes con un nivel de conocimiento y gestión notable de su propia enfermedad o situación, van a tener un papel activo en el cuidado de su propia enfermedad.
- La medicina actual debe de redirigir sus objetivos no solo a la curación de las enfermedades, sino también a cuidar de las personas con enfermedad y aliviar su dolor y sufrimiento.
- Los profesionales han de pasar de una visión fragmentada de su actividad a tener una visión integral. El lema de "piensa globalmente y actúa localmente" se puede aplicar a la necesaria visión poblacional y de salud pública que deben tener los sanitarios para acometer la epidemia de cronicidad que se nos viene encima.
- La atención a la cronicidad es una oportunidad para la necesaria reorientación de los sistemas sanitarios, dándole un papel fundamental a la Atención Primaria y desplegando en los hospitales equipos multidisciplinares que identifiquen, atiendan y gestionen los enfermos crónicos.
- La formación es imprescindible para cambiar el paradigma asistencial, así como la aparición de nuevos perfiles profesionales.