



Gestión de enfermos crónicos: atención compartida de procesos asistenciales

Francisco J. Álvarez Guisasaola
Consejero de Sanidad de Castilla y León

Los servicios de salud se enfrentan, cada vez con mayor frecuencia, con un perfil de demanda asistencial caracterizado por el predominio de enfermos crónicos. Se trata de enfermos que reclaman una atención continuada por parte de un equipo multidisciplinar, y bajo un prisma de expectativas crecientes, que contrasta con unos servicios orientados, en la actualidad, al episodio asistencial, a la gestión de la demanda esporádica, ambulatoria u hospitalaria, que se resuelve habitualmente por la actuación de un único profesional.

En un escenario económico complejo y con un crecimiento considerable del gasto sanitario, la gestión de enfermos crónicos supone un reto para los servicios de salud, que deberán reordenar sus estructuras y funcionamiento, con el fin de garantizar la equidad y calidad de las prestaciones, la eficiencia y la continuidad asistencial, dando mayor protagonismo al paciente tanto en el tratamiento como en su seguimiento.

La gestión compartida de procesos asistenciales

En la Atención Primaria y especializada se han producido en los últimos años,

avances encaminados a impulsar la gestión de los pacientes crónicos, tanto en su detección precoz y seguimiento como en la continuidad de cuidados.

Avances que se dirigen hacia el tipo de intervención, el lugar donde se preste la atención o la intensidad de los cuidados que debe adecuarse a la gravedad del proceso, tratando de que todas las actuaciones clínicas a realizar se basen en evidencias científicas, evitando, minimizando o automatizando aquellas actividades administrativas que no añadan valor al proceso. Y, en este recorrido el elemento crítico será la interacción entre diferentes profesionales y niveles asistenciales.

Por ello, una buena parte de las experiencias llevadas a cabo en relación a los modelos de gestión de enfermos crónicos tienen un objetivo común: la mejora de la continuidad asistencial, y se enmarcan dentro de lo que podemos denominar con el término de "atención compartida".

Este término, no obstante, puede abarcar diferentes perspectivas:

- En algunos casos, se aplica a estructuras o dispositivos asistenciales

que propician una gestión “horizontal”, esto es tratando de situar al paciente en el centro del sistema sanitario, ofreciéndole una atención asistencial completa y continua, mediante la creación u organización de áreas que permitan abordar el proceso de diagnóstico y tratamiento del paciente en su totalidad, desde el momento en que éste entra en el sistema asistencial, hasta que llega a su hogar.

- En otros casos, el interés se centra en “compartir” la atención con el propio paciente y su familia, que participan activamente en el seguimiento de la enfermedad, mejorando indudablemente su calidad de vida. A ello contribuyen estrategias como la telemonitorización, la educación sanitaria de los pacientes o la atención al cuidador familiar.

Pero sea cual sea la elegida, todas ellas tienen algo en común: definir y documentar el proceso asistencial, establecer quienes son los responsables y los participantes, cual es papel del paciente y su familia, qué actuaciones se deben realizar y en qué nivel asistencial, cómo se debe realizar la autoevaluación y consecuentemente cómo se puede mejorar. En definitiva: gestionar los procesos asistenciales.

La gestión por procesos prioriza problemas y centra las actuaciones a realizar: documenta y define los procesos y subprocesos relevantes, define las actividades pertinentes y ordena flujos en todos los niveles, normaliza y revisa los criterios de calidad, incorpora evidencias científicas, estructura las interrelaciones, define responsables y sistematiza la evaluación y mejora continuas.

Este tipo de gestión por procesos integrales o compartidos facilita la comunicación entre profesionales de diferentes niveles, simplifica actividades

(acortando tiempos), mejora la implantación de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia (vías clínicas, trayectorias clínicas) y aumenta la satisfacción del paciente.

No obstante, su puesta en práctica con éxito requiere gestionar las interacciones entre centros y entre niveles asistenciales, proporcionar una ayuda efectiva al clínico tanto en la automatización de tareas como en la gestión del conocimiento asistencial y permitir una interrelación continua con el usuario. En suma, se trataría de construir un sistema, cuyo núcleo sería la Historia Clínica Electrónica Compartida, que permitiera:

- Definir un repositorio centralizado de pacientes: de forma que se pueda identificar unívocamente al paciente y acceder desde cualquier punto del Sistema a su información clínica.
- Desarrollar Guías Clínicas que incluyan la posibilidad de su diseño y explotación de datos, orientados a la gestión clínica del proceso.
- Incluir el concepto de flujo de trabajo, integrando la actividad de todos los profesionales que participan en la asistencia al paciente y facilitando la comunicación entre los mismos, evitando duplicidad de tareas y de petición de pruebas.

Todo ello permitiría construir equipos multidisciplinares, interconectados en red (compartiendo información clínica de forma continuada), con los soportes clínicos adecuados y en los que los sistemas de coordinación entre los equipos de atención primaria y especializada y los dispositivos de coordinación intrahospitalaria, constituyen los “ingredientes” esenciales del modelo. Se trata de equipos que se construyen en base al proceso y cuya composición, funciones y organización dependerán

del perfil del paciente y del proceso que se defina, si bien comparten la metodología y el sistema de información común.

Uno de los mayores obstáculos en la implantación efectiva del proceso es el choque entre la estructura tradicional (vertical y por especialidades) y las nuevas estructuras que se requieren (horizontales, por procesos).

Las soluciones adoptadas en estos casos son diversas: en unos, respetando la estructura organizativa tradicional, se constituyen Comisiones Clínicas con participación de los profesionales de ambos niveles asistenciales, que ejercen una función de coordinación y, en otros casos, se crean estructuras nuevas, compartidas, ya sea a nivel del responsable del proceso o de las Unidades Asistenciales. Éstas, a su vez, se responsabilizan de un proceso específico o de un conjunto de procesos (como la Unidad de pacientes pluripatológicos, ensayada en algunas Comunidades).

Sin embargo, la implantación de este tipo de soluciones organizativas debe adaptarse al contexto sociodemográfico y a los recursos asistenciales disponibles, por lo que una forma de ir avanzando puede ser a través de microproyectos, en los que a través de una eficiente evaluación se persiga el objetivo final de ir adecuando progresivamente el funcionamiento del sistema a las necesidades sanitarias de los pacientes, evitando que se constituyan en unidades aisladas de escaso impacto en el conjunto del sistema. La clave es crear un hilo conductor común, una

metodología, herramientas de gestión clínica y un sistema de información compartido. La fórmula organizativa se concebirá a medida.

Este camino es el elegido en la Comunidad de Castilla y León, donde, a través de las comisiones de Continuidad asistencial de Área, hemos iniciado la gestión compartida de procesos como los de insuficiencia cardiaca y cáncer de mama. Asimismo, se han desarrollado programas de continuidad de cuidados al alta, en enfermos con fractura de cadera, ACV y EPOC, y se ha elaborado un programa de mejora de la adherencia terapéutica en enfermos polimedicados. Igualmente, se han fomentado y potenciado canales de comunicación entre los profesionales de los dos niveles asistenciales y se han desarrollado actuaciones orientadas a la mejora de la calidad de la atención en pacientes dependientes (como la atención al cuidador familiar o la gestión de casos en enfermos que requieren simultáneamente servicios sanitarios y sociales).

Actuaciones todas ellas que, entendemos, nos permiten progresar en el objetivo de proporcionar una respuesta más acorde a las demandas de nuestros usuarios, teniendo siempre presente que trabajar en la mejora de la comunicación entre los profesionales de diferentes niveles asistenciales y en un sistema de información único y común, es primordial para nosotros porque sabemos que el impacto de estas medidas puede ser limitado si no se avanza en la constitución de espacios o dispositivos que propicien la "atención compartida" del enfermo.