



Bases para la construcción de un nuevo modelo de atención a los pacientes crónicos en Cataluña

Marina Geli i Fàbrega
Consellera. Departament de Salut.
Generalitat de Catalunya

Introducción

Las enfermedades crónicas agrupan diferentes patologías que, en fase avanzada y en combinación con otros factores sociales y económicos, condicionan en gran manera la calidad de vida de las personas y el uso de los servicios y tecnologías sanitarias.

Según datos de la Encuesta de Salud de Cataluña, dos tercios de la población adulta declaran sufrir un trastorno crónico y en las personas mayores de 75 años, el 73% de las mujeres y el 58% de los hombres tienen alguna discapacidad que dificulta el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

El creciente número de ciudadanos que necesitarán atención sanitaria por la evolución de estas enfermedades pone en alerta a nuestro sistema sanitario. Ante esta situación, el Departamento de Salud, se plantea un **cambio de paradigma** en la atención a la cronicidad. La atención sanitaria actual aún muy fragmentada, basada en la respuesta reactiva, en la atención urgente y puntual y en el tratamiento de las complicaciones, debe dejar paso a un nuevo modelo basado en la promoción de estilos de vida saludables, en la

prevención y en los cuidados integrales planificados a medio y largo plazo y coordinados con servicios sociales.

El sistema sanitario debe detectar y dar respuesta a las necesidades reales de esta población conteniendo y reorientando la demanda inadecuada. La respuesta a las necesidades crecientes de las personas con enfermedades crónicas nos conducen a definir un nuevo escenario de atención, **un modelo proactivo, más basado en la gestión clínica y en el trabajo integrado con el paciente.**

Atención integrada y modelo proactivo

Este modelo nos obliga a disponer de un sistema de **identificación y seguimiento de los pacientes crónicos** a partir de una estratificación del riesgo, que permita asignar.

Los recursos de una forma distinta, más o menos intensiva, dependiendo del segmento de población a la que pertenece según esta estratificación.

Las múltiples intervenciones que requieren las personas con enfermedada-

des crónicas precisan de una **atención primaria y comunitaria accesible y resolutive**, que ejerza de eje vertebrador del sistema y esté **apoyada por escenarios de atención integrada** (profesionales y servicios de ámbito comunitario y de internamiento, incluyendo la salud pública y los servicios sociales).

Para ofrecer una óptima atención a estos pacientes será imprescindible el trabajo coordinado y colaborativo con los servicios sociales. Sea para la estratificación del riesgo e identificación de los distintos segmentos de esta población, sea para la valoración conjunta, o para el abordaje integral de los problemas de salud y sociales, tanto del paciente como de su cuidador.

- El modelo proactivo tiene el objetivo de detectar las situaciones de riesgo (generen o no demanda) y mantener en el radar del sistema sanitario a las personas con un riesgo más elevado o con un estado de salud más inestable para poder prestar eficazmente las actuaciones de promoción o asistenciales establecidas.
- La Atención Primaria de salud necesitará innovar su gestión y funcionamiento y trabajar en red con otros servicios especializados para poder vertebrar la atención a la cronicidad y prestar los servicios en el entorno natural de las personas, prevenir o retrasar la institucionalización y mejorar la utilización de los recursos.
- La definición conjunta de un plan de atención individualizado social y sanitario es una herramienta imprescindible para una buena planificación de los servicios que requiere cada uno de estos pacientes.

Reorganización de los dispositivos asistenciales y de salud pública

Los cambios necesarios para conseguir una atención a los pacientes crónicos más preventiva, más productiva y más eficiente afectan a todos los niveles del sistema:

1. Clínico individual.
2. Gestión de la provisión.
3. Planificación y compra de servicios.

Cataluña está trabajando en diferentes proyectos en los 3 ámbitos. Algunos de ellos se enumeran a continuación:

- **Centro de seguimiento telefónico**, llamado "Sanitat Respon" conducido por enfermeras y que está evolucionando hacia un modelo de atención proactivo de pacientes, que permite mejorar sus habilidades en el manejo de la patología, en el autocuidado de su salud. Actúan como profesionales de referencia para ofrecer a los pacientes el servicio más adecuado en cada momento. Es un dispositivo potente y muy necesario para transmitir mensajes personalizados y para valorar las necesidades de los pacientes sin necesidad de una visita presencial.
- **Unidades de atención domiciliaria**, para personas en situación de complejidad, que coordinan los servicios prestados en el domicilio. Desde donde se desarrolla la gestión de casos de los pacientes crónicos complejos liderado desde la atención primaria y se facilita la participación de profesionales de distintas disciplinas y niveles asistenciales. Con interrelación con los servicios sociales.

- Las hospitalizaciones urgentes en las personas con enfermedades crónicas se consideran un fallo del sistema. **Hospitales más abiertos a la comunidad**, con una nueva orientación de su cartera, más ambulatorizada para poder contribuir a que los flujos y circuitos de éstos pacientes sean cerca de su entorno habitual. Mediante una buena coordinación con los profesionales de Atención Primaria y ofreciendo un servicio de interconsultas que aporten valor al proceso (geriatría, cuidados paliativos, medicina interna, cardiología, neumología).
- Para desarrollar las competencias necesarias para una gestión de calidad de la atención a los procesos de larga duración, se trabaja en planes de **formación específica** y continuada de los profesionales que intervienen en el proceso, que facilite la toma de decisiones más correcta y eficiente posible.
- La **Historia Clínica Compartida (HCC)** entre las diferentes entidades proveedoras, extendida por todo el territorio Cataluña, imprescindible para el seguimiento del paciente entre los diferentes servicios que deban atender al paciente.
- La **monitorización a distancia** de determinados pacientes (insuficiencia cardíaca, EPOC,...) ayuda al seguimiento y la detección temprana de cambios en el estado de salud. Gestionada coordinadamente entre Atención Primaria, hospitalaria y sociosanitaria.
- Las estrategias de educación para la salud contemplan el desarrollo de habilidades para el **autocuidado** desde la adquisición de hábitos saludables hasta la adaptación y el cumplimiento de un régimen terapéutico cuando se está enfermo. La

participación activa y la acción conjunta entre profesionales y pacientes es imprescindible para conseguir la mejora en el manejo de las patologías y reducir las complicaciones. Una experiencia en este campo es el programa de **paciente experto** ampliamente extendido en Cataluña. Por otra parte, las intervenciones dirigidas a la promoción del **envejecimiento saludable** contribuyen a mejorar la calidad de vida y tienen un impacto en la reducción del nivel de dependencia.

- Plan integrado de valoración y seguimiento social y sanitario a los pacientes dependientes. En algunos territorios a partir de la nueva Ley de Dependencia se ha iniciado la elaboración conjunta del plan individualizado (PIA) social por parte de los profesionales de trabajo social y la valoración sanitaria de los profesionales de atención primaria (PIAi) planificando a continuación conjuntamente los planes de acción.

Todos estos proyectos denotan las soluciones innovadoras que está sufriendo el sector para adaptarse a los cambios profundos que necesita el sistema, tanto en la manera de atender individualmente a los pacientes como en las formulas de gestión para proveer servicios. Estos cambios requerirán de aterrizaje territorial y de liderazgo conjunto clínico y de gestión. Los nuevos Gobiernos Territoriales de Salud a través de su Consejo Rector, Consejo de Salud y Comisión de Entidades Proveedoras, y las Comisiones Capitativas creadas para las negociaciones de la compra de servicios territoriales, ayudaran en este proceso.

Liderazgo de los profesionales

El abordaje proactivo de la atención a pacientes crónicos requiere el liderazgo

de los profesionales, especialmente aquellos que trabajan en atención primaria y en atención comunitaria (servicios ambulatorios asistenciales, salud pública,...).

Por el desarrollo que requiere de nuevos roles profesionales, mayormente en enfermería (ejemplos de ello son las enfermeras de enlace, las gestoras de casos, las de atención domiciliaria) y también por el impulso a nuevas competencias y habilidades. La capacidad de detección de ciudadanos que no han establecido contacto con el sistema público de salud ("demanda yacente"), que no presentan una patología aguda pero corren el riesgo de descompensación, el desarrollo de estrategias preventivas de la agudización, etc. requieren un acercamiento multidisciplinar de los profesionales a los ciudadanos y de nuevas maneras de organizar los servicios de atención primaria y salud comunitaria (sean preventivos o curativos).

El liderazgo de los profesionales supone el motor de transformación de los servicios sanitarios actuales hacia este nuevo modelo.

Cambios normativos a favor de la atención integrada

En el sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT) se aglutinan todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios con el objetivo de actuar de forma coordinada y ofrecer a la ciudadanía una atención integral.

Próximamente, se aprobará un nuevo **Decreto de redes asistenciales**, que diferencia los servicios de internamiento de los servicios comunitarios y que está en consonancia con los principios del Plan de Innovación de Atención Primaria y Salud Comunitaria recientemente aprobado por el Departamento

de Salud. Los servicios ambulatorios de atención especializada hospitalaria, de atención a la salud mental y de atención sociosanitaria trabajan en red con los servicios de atención primaria. La salud pública se integra funcionalmente a los servicios de atención primaria para el desarrollo de los proyectos comunitarios.

La nueva **Ley de Salud Pública**, la creación y el despliegue de la Agencia de Salud Pública de Cataluña y el nuevo contrato con el Servicio Catalán de la Salud a nivel territorial, igual que el resto de proveedores, promueven la orientación hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades crónicas más prevalentes y que generan más morbilidad en el territorio.

Nuevos **Decretos de sistemas de pago y de contratación a proveedores** que apoyan el nuevo modelo.

Planificación, financiación y compra

El modelo catalán establecido en la LOSC establece el contrato de servicios como el elemento nuclear de relación entre el Servicio Catalán de la Salud - CatSalut (aseguradora pública) y la provisión de servicios (entidad proveedora y profesionales). Sin cambios en el sistema de financiación, compra y evaluación es prácticamente imposible poder modular el cambio de modelo. **El pago capitativo a nivel territorial, el contrato individual por centro y el Pacto de acceso y resolución** entre los proveedores de cada territorio son los grandes instrumentos de avance en este sentido. La evolución futura pasará también por encontrar mecanismos de compra que impliquen asimismo al ámbito de servicios sociales.

Tener partes variables del contrato centradas tanto en resultados de salud como en productividad y en coste-

efectividad y tener objetivos e indicadores de evaluación comunes para todos los proveedores de un territorio son tareas complejas en las que el Cat-Salut está trabajando actualmente. También en la comparación y benchmark entre proveedores a través de los resultados de la Central de Resultados como instrumento y estímulo de mejora de calidad.

Conclusiones

El desarrollo de este nuevo modelo de atención y la orientación del sistema sanitario hacia la enfermedad crónica requiere de múltiples iniciativas e intervenciones simultáneas que se potencien entre ellas y que condicionen

un cambio sin vuelta atrás. El énfasis se debe poner en el **cambio del modelo de seguimiento y atención a estos pacientes**, que conlleva cambios a nivel clínico, a nivel de gestión de la provisión y a nivel de la planificación sanitaria y compra de servicios. Hay que poder responder a las necesidades de los pacientes crónicos de forma holística y eficiente potenciando el autocuidado y prestando la atención en su entorno habitual. La Atención Primaria de salud ha de ser un núcleo de cambio, para ello deberá innovar en su organización y gestión, fortalecer sus competencias y trabajar en red con el resto de servicios. La planificación operativa y la compra de servicios deberán adaptarse a este nuevo modelo de atención.