



EDITORIAL

La atención integrada y el reto de la cronicidad

Integrated care and the challenge of chronic illness

Joan Carles Contel



Programa Prevenció i Atenció a la Cronicitat, Departament de Salut, Plan de Atención Integrada Sanitario y Social (PIAISS), Universidad de Barcelona, Sitges, Barcelona, España

Recibido el 21 de diciembre de 2017; aceptado el 27 de diciembre de 2017

El envejecimiento demográfico es uno de los fenómenos sociales y sociológicos más importantes en este siglo XXI. El concepto denominado como «transición demográfica», tiene una intensidad sin precedentes en nuestro país; ya que a mediados de este siglo en España los mayores de 65 años rozarán el 35% de la población, y los mayores de 80 años el 15%, cuando actualmente estamos en cifras del 17 y 5%, respectivamente¹. Es evidente la relación directa entre envejecimiento, enfermedades crónicas y multimorbilidad, estimándose actualmente la prevalencia de multimorbilidad entre el 64-82% en personas mayores de 65 años².

Además, la multimorbilidad suele derivar en situaciones de salud complejas de difícil gestión, que requieren un aumento de recursos sanitarios y sociales^{3,4}. Existen multitud de condicionantes sociales que determinan y agravan esta situación de complejidad y que conviene identificar y en la medida de lo posible abordar con políticas sanitarias y sociales, que aseguren la equidad.

A esta situación de complejidad clínica se añade una configuración cada vez más diversificada y a la vez más fragmentada en nuestro sistema sanitario y social, con modelos de prestación de servicios habitualmente poco coordinados, y sistemas de financiación y contratación que actúan más como barreras que como facilitadores y sistemas de información no suficientemente interconectados^{5,6}.

La cronicidad, y en particular la cronicidad compleja, es un reto que obliga a adoptar nuevos servicios y actuaciones por parte de los gobiernos, las organizaciones, los equipos y los profesionales a nivel individual. La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁷, en el modelo de *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas*, define los atributos de la atención eficaz para las condiciones crónicas: *Atención proactiva y planificada*, centrada en la persona y en las necesidades de la población, con claro impulso en la prevención y con base en la Atención Primaria de Salud (APS)⁷.

En la presente editorial se propone un modelo de atención integrado que se apoye en las fortalezas y recursos de nuestro sistema sanitario, y se proponen los cambios necesarios para dar respuestas eficientes, de calidad, seguras y coste-efectivas a las personas con enfermedades crónicas, especialmente a las que sufren mayor complejidad y están en fases más avanzadas de la enfermedad crónica.

Atención centrada en la persona

Un enfoque centrado en la persona en su totalidad significa atender todos los posibles riesgos de salud asociados con el individuo que consulta los servicios de salud. Las visitas a las consultas de atención primaria (AP), son una oportunidad para la detección y atención a las enfermedades crónicas. Cualquier evento o enfermedad aguda necesita verse dentro del contexto de las condiciones o riesgos más amplios

Correo electrónico: jccontel@gencat.cat

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.12.002>

1130-8621/© 2017 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

a los que la persona puede estar expuesta. Si queremos un modelo de atención orientado a la cronicidad, que asegure una atención segura y de calidad, y que dé respuestas reales a los problemas de las personas y de la población, es imprescindible dar «voz» a las personas para aportar contenido y narrativa al modelo; para lo que se requiere una metodología estructurada de tipo cualitativo (grupos focales)⁸.

Es necesario integrar la práctica basada en la evidencia con la atención centrada en la persona para conseguir que los profesionales y las personas participen en un proceso mutuo y de diálogo para tomar decisiones compartidas dentro de una relación de igualdad, responsabilidad y confianza al tiempo que se garantiza la práctica clínica basada en la mejor evidencia disponible.

Las personas y la ciudadanía demandan cada vez más información y conocimiento sobre su salud-enfermedad. El sistema sanitario debe impulsar el empoderamiento definitivo en salud de ciudadanos y pacientes mediante el desarrollo de sus capacidades y habilidades, con el objetivo de conseguir una autogestión óptima de su proceso de salud que redundará en una mejor calidad de vida.

La Atención Primaria como base del modelo

La literatura es concluyente y contundente en que no se puede construir un buen modelo de atención a la cronicidad sin una buena AP⁹. Por tanto, se debe proteger y consolidar nuestro modelo de AP como garantía de un buen modelo de atención a pacientes crónicos y con un liderazgo claro y esperable en el manejo de personas en situación de multimorbilidad y complejidad.

En España, contamos con una AP que supone una de las mayores fortalezas de nuestro sistema sanitario, con un modelo de enfermería comunitaria que tiene ante este reto una gran oportunidad de posicionamiento y liderazgo profesional como nunca históricamente había tenido, a pesar de las necesarias reformas que deben llevarse a cabo en la AP de nuestro país.

Las enfermeras especialistas en medicina familiar y comunitaria, poseen capacitación y formación para dar respuestas eficaces y coste-efectivas a las personas con condiciones crónicas en la comunidad. Mención especial merece la gestión de casos desarrollada por enfermeras de práctica avanzada para dar respuestas eficaces, coordinadas y coste-efectivas a personas en situación de multimorbilidad o elevada complejidad, terreno en el que ya existe probada evidencia en cuanto a calidad, seguridad y eficiencia. Las enfermeras gestoras de casos cuentan con un elevado nivel de formación y capacitación, que las orienta a la práctica basada en la evidencia, a la vez que ofrecen soporte, asesoramiento y formación a los equipos en los que se asientan¹⁰.

La atención centrada en la persona requiere de una AP que sea capaz de innovar en su estructura, en su visión y en su organización para dar respuestas a las personas en sus domicilios. El principal objetivo de todos los programas de atención a personas con enfermedades crónicas complejas y avanzadas, debe centrarse en ofrecer una atención segura y de calidad para que el paciente pueda estar en su domicilio con el máximo nivel de autonomía posible, y la única manera de conseguirlo es implementar programas

de atención domiciliaria proactivos y planificados que se centren en la atención integral y en la prevención de complicaciones de pacientes y personas cuidadoras. Otro aspecto clave para ofrecer una atención domiciliaria de calidad y segura, es implementar una estructura organizativa que garantice la atención en el domicilio las 24h, los 7 días de la semana; y para esto es imprescindible que la información clave esté visible para todos los profesionales que pueden intervenir en el proceso de salud de estas personas en momentos de crisis, ya que es vital conocer las preferencias y prioridades del paciente, y los pactos que se han consensuado en una toma de decisiones compartida con sus profesionales de referencia en el plan de cuidados.

Modelo de atención integrado sanitario y social para garantizar una atención centrada en las necesidades de la población

El uso de un enfoque poblacional implica que los sistemas de salud se utilicen para la optimización de la salud de sus comunidades en general en el largo plazo, y que brinden una atención proactiva, participativa y preventiva para lograr este objetivo.

Como consecuencia de este enfoque poblacional se requiere la construcción de «sistemas locales de atención», donde los ámbitos hospitalarios y de media estancia o socio-sanitarios, estén bien coordinados con la AP y le den un soporte estructurado, para garantizar que a la persona se le atiende cada vez en el ámbito adecuado, evitando el deterioro funcional y garantizando la continuidad de los cuidados.

El modelo de atención de base poblacional a la cronicidad que se propone, exige adaptar e incluso transformar los dispositivos asistenciales clásicos. El fin último es potenciar la comunidad y el domicilio del paciente como núcleo donde prestar la atención y promover alternativas a la hospitalización convencional, con una participación muy activa por parte de la AP, y con una atención integrada real de los servicios sociales.

Aunque en una primera fase los modelos de cronicidad han contribuido a generar entornos de coordinación e integración en el ámbito sanitario, el modelo debe incluir al ámbito de los servicios sociales¹¹.

Ya existen buenas prácticas de segmentación e identificación de poblaciones a riesgo más allá del sector sanitario. Se ha de aprender del mundo de las organizaciones que maneja bien la identificación de subpoblaciones de especial interés. Se dispone en nuestros sistemas de métodos como la estratificación que permiten clasificar e identificar segmentos de población con diferentes niveles de riesgo y que requieren abordajes diferentes, especialmente por los que se refiere a las personas en situación de complejidad.

Claves para avanzar hacia el cambio

Existen revisiones muy interesantes en la literatura con muchas limitaciones que no describen con suficiente detalle las diferentes intervenciones que pueden generar un mayor impacto y efectividad en los modelos de atención.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8568783>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8568783>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)