



ARTÍCULO ESPECIAL

Integración clínica en el paciente crónico



Luis Carretero-Alcántara^{a,*}, Natividad Comes-Górriz^b, Agustina Borrás-López^b,
Alberto Rodríguez-Balo^b y Germán Seara-Aguilar^b

^a Gerencia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), Toledo, España

^b Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), Toledo, España

Recibido el 9 de diciembre de 2013; aceptado el 10 de diciembre de 2013

Disponible en Internet el 24 de enero de 2014

PALABRAS CLAVE

Continuidad de la atención al paciente;
Enfermedad crónica;
Organización y administración

Resumen El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha está desarrollando la integración de niveles asistenciales a partir del reto que supone el envejecimiento de la población de la región. El envejecimiento se asocia a cronicidad y a concurrencia progresiva de varias enfermedades. Esto supone un reto asistencial de primer orden, con pacientes más frágiles y con nuevas necesidades. También un reto de sostenibilidad: la concurrencia de varias enfermedades crónicas dispara el coste de la atención, hecho especialmente grave en momentos de grave crisis económica.

Uno de los pilares de la estrategia de abordaje de la cronicidad en nuestra región es la integración asistencial, en un esfuerzo por adaptar la organización a las nuevas necesidades. Presentamos el *balanced scorecard* o cuadro de mando integral del proceso de integración, tal y como ha sido diseñado. Hasta el momento ya se ha realizado la integración de atención primaria y hospitalaria a nivel organizativo, y se ha realizado un trabajo de desarrollo de procesos asistenciales integrados, con el fin de hacer que la integración sea una realidad a nivel asistencial.

En el ámbito de la financiación se está implantando progresivamente un sistema prospectivo por capitación. Se ha conseguido ya una convergencia de los costes per cápita en las distintas áreas sanitarias integradas.

Las enfermeras tienen un rol clave en este proceso, en sus competencias de educadores/entrenadores en autocuidados, en el rol de gestores de casos en pacientes con condiciones de especial complejidad y en el rol de profesionales de enlace para mejorar la transición entre ámbitos y unidades de atención.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Continuity of Patient Care;
Chronic disease;
Organisation and administration

Clinical integration in the chronic patient

Abstract Castilla-La Mancha Health Service is developing the integration of care levels due to the challenge of an aging population in the region. Aging is associated with chronic diseases and an increasing number of concomitant diseases. This poses a major care challenge care, with more fragile patients and new needs. This also requires a sustainable approach: the concurrence

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: direcciongerencia@sescam.jccm.es (L. Carretero-Alcántara).

of several chronic diseases affects the cost of care, which is especially acute in times of severe economic crisis.

One of the pillars of the strategy for dealing with chronic diseases in our region is care integration, in an effort to adapt the organization to the new needs. The Balanced Scorecard or Integrated Scorecard of the integration process was introduced as it has been designed. The integration of primary and hospital care at an organizational level has already been completed, and the development of integrated care processes has also been performed in order to achieve real integration at care level. To help finance this, a prospective capitation system is gradually being implemented, achieving a convergence of per capita costs in the different health areas integrated. Nurses has a key role in this process, their skills as educators and trainers in self-care, in the role of case managers of patients with particularly complex conditions, and the role of professional liaison to improve the transition between care areas and units.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Breve recorrido histórico

Se entiende por sistema sanitario la articulación de una serie de centros y servicios de atención sanitaria en forma de red, capaz de responder a través de los principios de especialización y coordinación a un amplio elenco de problemas de salud, desde lo meramente médico (promoción de la salud, tratamiento de la enfermedad) a lo social (bienestar, equidad, etc.).

Antes del siglo XIX la relación médico-paciente era interpersonal y tenía lugar en el domicilio familiar, a excepción de la beneficencia que se ejercía en el hospital. Pero a medida que se va expandiendo el conocimiento clínico, y se producen avances diagnósticos y mejoras en la efectividad terapéutica, la actividad se va centrando en los hospitales.

La evolución de «atención del médico» a «sistema sanitario» pivota sobre el hospital como centro de la modernidad, gracias al desarrollo tecnológico. El conocimiento científico, base de las decisiones y las actuaciones clínicas, se consolida y crece. Aumenta el nivel de complejidad de las enfermedades y se implantan formas de atención cada vez más tecnificadas.

Una de las consecuencias es que la atención prestada se desenfoca del concepto global del paciente (holístico o biopsicosocial). A nivel organizativo las dificultades de interacción y coordinación son crecientes. Las decisiones y medidas que se ponen en marcha pueden ser desproporcionadas. No se garantiza la equidad y comienza a cuestionarse la eficiencia.

La situación de partida

Cambios en el perfil de los pacientes

Desde la perspectiva del paciente en las últimas décadas se ha producido un gran cambio en las necesidades clínico-asistenciales, la necesidad de cuidados y las necesidades sociales de la población por motivos demográficos (migraciones, envejecimiento), sociológicos (nuevos modelos familiares más atomizados) y epidemiológicos (procesos

de enfermedad de larga duración que acompañan toda la vida).

El estudio transversal Excelsa, realizado en 7 países europeos con participación de 672 personas entre los 35 y los 85 años, demuestra un patrón de declive en variables físicas (fuerza, capacidad pulmonar) y cognitivas (memoria, coordinación psicomotriz) por causa del envejecimiento. La tasa de crecimiento medio anual del grupo de mayores de 65 años ha sido superior al 3% en los últimos decenios, y se mantendrá por encima del 2% hasta mediados del siglo XXI. La ratio actual de 8/100 en necesidad de apoyo familiar y social se incrementará a 30/100 en el año 2049. Esta progresión puede incluso afectar la carrera profesional y la productividad de esa generación de edad intermedia¹.

El 98% de los mayores dependientes tiene su residencia habitual en entornos familiares. Los datos nacionales de cobertura de estos a través de la cartera de servicios de atención primaria (programas de atención al inmovilizado y al anciano) no llegan al 40%. Los cuidadores no tienen una clara percepción de estar recibiendo ayuda para el cuidado de su familiar por parte del sistema sanitario².

Según datos del año 2012 en la Comunidad de Castilla la Mancha el 19% de los usuarios de servicio sanitario son mayores de 65 años (377.264 usuarios de un total de 2.011.386)³. Asimismo, en atención primaria hasta el 40% de los pacientes pluripatológicos presenta 3 o más enfermedades crónicas, el 94% está polimedicado, el 34% presenta un Barthel < 60, el 37% tiene deterioro cognitivo y más del 60% precisa cuidador⁴.

La pluripatología aumenta exponencialmente los problemas (comorbilidades de diferentes grupos de órganos o sistemas) y resta valor al manejo por cada especialidad. Se asocia directamente con la prescripción de polifarmacia y los riesgos de interacción, inadecuada dosificación y la falta de adherencia que esta conlleva⁵. Y la fragilidad como característica del mayor, definida por su inestabilidad, presencia de incapacidades funcionales, deterioro cognitivo o mental, déficits sensoriales (visual, auditivo), riesgo de desnutrición, etc. implica vulnerabilidad biológica, psicológica y social^{6,7}. La edad elevada y la situación de dependencia se configuran como factores de riesgo en salud contrastables

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2647933>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2647933>

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