



ARTÍCULO ESPECIAL

Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria



Sergio Minué-Lorenzo* y Carmen Fernández-Aguilar

Integrated Health Services based on Primary Health Care WHO Collaborating Centre, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

Recibido el 7 de septiembre de 2017; aceptado el 27 de septiembre de 2017
Disponible en Internet el 22 de noviembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria;
Cronicidad;
Modelos de atención
a crónicos;
Enfermedad;
Diagnóstico

KEYWORDS

Primary care;
Chronic care;
Chronic care Model;
Disease;
Diagnosis

Resumen El análisis detallado de los planes de atención a la cronicidad desarrollados por los servicios regionales de salud pone de manifiesto un sorprendente nivel de uniformidad en su diseño y despliegue, a pesar de las diferencias existentes entre dichos servicios. La revisión de la literatura sobre los modelos teóricos que lo sustentan y los instrumentos que lo desarrollan no aporta evidencias concluyentes que permitan afirmar que los modelos de atención a pacientes crónicos alcanzan mejores resultados que modelos de atención alternativos. A pesar de que todos los planes de atención a la cronicidad incluyen sistemas de evaluación de los mismos, no se han publicado hasta la fecha estudios rigurosos sobre su efecto.

Dado que, por el contrario, sí existen pruebas sólidas y reiteradas de que modelos con una Atención Primaria fuerte obtienen mejores resultados, cabe preguntarse sobre la necesidad de buscar modelos alternativos, cuando las metas propuestas probablemente podrían alcanzarse de fortalecer realmente la Atención Primaria.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Critical view and argumentation on chronic care programs in Primary and Community Care

Abstract The detailed analysis of the chronic care plans developed by the Spanish regional health services show a surprising level of uniformity in their design and deployment, despite differences between these services. The reviews about theoretical models that support it and

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sergiominue21@gmail.com (S. Minué-Lorenzo).

tools they develop does not provide conclusive evidence to support the chronic care models achieve better results than another alternatives of care.

Although the whole Spanish chronic care plans includes assessment proposals no rigorous studies on their effect have been published to date.

Given that, on the contrary, there is a strong and repeated evidence that health systems with Primary Care high performance obtains better outcomes, it is necessary to ask about the need to look for alternative models, when the proposed goals could be reached strengthen Primary Care.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Desde hace una década vienen implantándose programas de atención a la cronicidad en la práctica totalidad de los servicios de salud del estado. Estas iniciativas se consolidaron en España en 2011 en la llamada «Declaración de Sevilla»¹, respaldada por los servicios de salud de todas las comunidades autónomas, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 16 sociedades científicas y el Foro Español de Pacientes, donde se proponía la realización de planes integrales en el marco de una estrategia nacional integrada. La revisión de los planes elaborados por los diferentes servicios sanitarios permite diferenciar 3 oleadas sucesivas, cuyas características se sintetizan en las [tablas 1-3](#) (el acceso a los diferentes planes de cronicidad se ha realizado a través de la página web del Observatorio de Prácticas Innovadoras en el manejo de Enfermedades Crónicas Complejas de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Solo se han incluido en las tablas de análisis aquellos servicios regionales con planes específicos de atención a la cronicidad, razón por la cual no aparecen Baleares, Galicia o Extremadura). Su análisis pone de manifiesto un sorprendente nivel de uniformidad en su diseño en servicios de salud con características muy diferentes, tanto en su orientación política como en su demografía y modelo organizativo. Los lineamientos comunes a todos ellos se sintetizan en la [tabla 4](#).

La magnitud del problema

La «epidemia» de cronicidad que afecta a los sistemas sanitarios de todo el mundo tiene causas bien definidas:

- El aumento de la esperanza de vida incrementa las probabilidades de que en algún momento se cumplan los criterios diagnósticos establecidos por la comunidad científica para las enfermedades crónicas más prevalentes.
- La reducción de los umbrales para el diagnóstico de dichas condiciones incrementa inevitablemente su prevalencia².
- Las recomendaciones terapéuticas de estas condiciones implican tratar entidades asintomáticas con el fin de prevenir complicaciones potencialmente graves: la población diana mundial que precisaría tratamiento con estatinas en prevención primaria, de aplicarse las recomendaciones de la American College of Cardiology/American Heart Association, sería cercana a los 1.000 millones de personas,

un negocio estimado en un billón de dólares solo hasta 2020³.

- Buena parte de las enfermedades crónicas priorizadas están determinadas por hábitos en materia de alimentación y estilos de vida, cada vez más comunes en cualquier país del mundo.

La aplicación de estas 4 condiciones convierte a la práctica totalidad de la población adulta en portadora de al menos una enfermedad crónica⁴. Sin embargo, como señala Heath⁵, el problema no es que la enfermedad crónica produzca muertes (todo el mundo acaba por morir de una causa u otra), sino la mortalidad prematura y evitable, en la que sí hay que intensificar esfuerzos. Esta diferenciación por edad no se analiza habitualmente cuando se habla de enfermedades crónicas.

Las características de los nuevos modelos

Los modelos orientados a la gestión de enfermedades crónicas, utilizados como referencia en la gran mayoría de los planes de atención a crónicos, son fundamentalmente de 2 tipos:

1. Modelos sistémicos, centrados en la reorganización del sistema:
 - a. Chronic Care Model (CCM), desarrollado por el MacColl Center for Health Care Innovation.
 - b. Innovative Care for Chronic Conditions, definido por la Organización Mundial de la Salud sobre la base del anterior.
2. Modelos poblacionales, centrados en el análisis y respuesta a las necesidades del conjunto de sujetos afectados por las enfermedades crónicas:
 - a. Pirámide de riesgo de Kaiser Permanente, orientada a la estratificación de los pacientes de acuerdo con su complejidad y necesidades de atención.
 - b. Modelo de estratificación de riesgo de la Kings Fund británica.

Proceden del sistema sanitario americano, sustancialmente diferente de los modelos sanitarios europeos, y surgen para dar respuesta a debilidades de su sistema, como

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8754590>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8754590>

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