

13.09 El rediseño de la red sanitaria para la atención a la cronicidad



Una oportunidad para centrar el sistema de salud en las personas y no en las enfermedades.

Autor: Manuel Ollero Baturone.

Director de la Unidad Clínica de Medicina Interna- UCAMI (Unidad Clínica de Atención Médica Integral) del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Director del Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas.

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Ollero Baturone M. Conceptos e indicadores básicos en economía [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2015 [consultado día mes año]. Tema 13.09. Disponible en: direccion url del pdf.



TEXTOS DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Resumen:

Durante el siglo XX se ha producido la transición de la hegemonía de las enfermedades agudas a las enfermedades crónicas. Dar una adecuada respuesta a las enfermedades crónicas se ha convertido en uno de los grandes retos de salud del siglo XXI. La Asamblea de las Naciones Unidas, El Parlamento Europeo o la OCDE han hecho diferentes declaraciones en las que instan a todos los estados a acometer las reformas necesarias para afrontar este problema. En este contexto las estrategias de crónicos están representando

Introducción

1. *El patrón de enfermedades está cambiando.*
 - 1.1. *El concepto cambiante de salud. Enfermedad y condiciones crónicas de salud.*
 - 1.2. *Determinantes de salud, prevención, y promoción de salud.*
 - 1.3. *El paciente con múltiples enfermedades crónicas.*
 - 1.4. *Multimorbilidad y sostenibilidad del sistema sanitario. La Triple Meta.*
2. *Modelos de Gestión de Enfermedades Crónicas*
 - 2.1. *El Modelo de Wagner, la Atención Primaria de Salud y modelos integrados.*
 - 2.2. *La estratificación. La pirámide de Kaiser Permanente.*
 - 2.3. *La perspectiva de la Declaración de Sevilla.*
 - 2.4. *El modelo de de Atención Compartida del Proceso Atención a Pacientes Pluripatológicos.*
 - 2.5. *Integración Sanitaria y Social. Adaptando los servicios de salud a las nuevas necesidades. Estrategias de cronicidad.*
3. *El "Paciente Pluripatológico"*
 - 3.1. *Concepto de Paciente Pluripatológico.*
 - 3.2. *El peso de la pluripatología. Perspectiva desde el CMBD.*
 - 3.3. *La toma de decisiones en el paciente pluripatológico.*
 - 3.4. *Nuevas herramientas para el manejo clínico del paciente pluripatológico.*
4. *La Unidad Clínica de Atención Médica Integral (UCAMI) como respuesta para adaptar la organización hospitalaria a las nuevas necesidades.*
 - 4.1. *Procesos Asistenciales y Unidades Clínicas. Génesis de UCAMI.*
 - 4.2. *Elementos claves para desarrollar un modelo de atención compartida.*
 - 4.3. *Los acuerdos de colaboración Unidades de Atención Primaria UCAMI.*

uno de los principales motores de cambio de todas las organizaciones sanitarias. La cronicidad se ha convertido en una bandera que está propiciando el desarrollo de organizaciones sanitarias centradas en el ciudadano y el impulso de modelos asistenciales más integrados.

En el presente tema abordamos alguno de los elementos claves para la reforma. Analizamos como la cronicidad obliga a redefinir la salud desde una perspectiva más adaptativa. Mostramos como la pluripatología y la discapacidad está cambiando la manera de enfermar. Constatamos la importancia de los determinantes sociales en el abordaje de la prevención y promoción de salud. Revisamos el impacto que la cronicidad puede tener en la sostenibilidad de los Sistemas de Salud, desenmascarando la falacia de que un Sistema de Salud Universal no es viable. Nos adentramos en los conceptos básicos de los modelos de gestión de enfermedades crónicas y nos planteamos la aplicabilidad de estos modelos en un entorno con una Atención Primaria

muy desarrollada. Finalmente analizamos como implementar estos cambios en uno de los entornos que más transformaciones necesita para adaptarse a la cronicidad, el entorno hospitalario.

Introducción

Se estima que para el año 2050 España será el segundo o tercer país más envejecido del mundo y pasaremos del 16 al 34% de la población con más de 65 años de edad. La relación de la edad con las enfermedades crónicas y con la utilización de los servicios sanitarios está claramente establecida. Las enfermedades crónicas llegan a motivar el 80 % de las consultas a atención primaria, el 60% de los ingresos hospitalarios y el 70% del gasto sanitario. Se estima que hacia 2030 se doblará la incidencia de enfermedades crónicas en mayores de 65 años. La Organización Mundial de la Salud ha previsto que las enfermedades no trasmisibles serán la principal causa de discapacidad en 2020. Todos estos datos ponen de manifiesto que el patrón de enfermedades y las necesidades de cuidados están cambiando.

Las enfermedades crónicas por definición no se curan. La lucha contra las enfermedades crónicas permite intervenir consiguiendo un mejor control preventivo y una mejor gestión de esas enfermedades. El control preventivo obliga a intervenir desde la óptica de la salud pública atajando los factores de riesgo que propician las enfermedades crónicas. La gestión de las enfermedades crónicas lleva a intervenir sobre los servicios de salud adecuando la organización asistencial a las nuevas necesidades. El patrón de enfermedades está cambiando, pero los sistemas de salud no cambian al mismo ritmo. La mayoría de los países han organizado unos sistemas de salud orientados a los problemas agudos, lo que implica una medicina fragmentada, sin continuidad, con poca participación del paciente y con graves problemas de calidad para los pacientes crónicos. La división tradicional en el área de salud entre el nivel básico o atención primaria, y el ámbito hospitalario, así como la separación entre atención sanitaria y social, trae consigo un grave problema de integración de servicios que ha sido detectado en todas las organizaciones.

1.-El patrón de enfermedades está cambiando.

1.1 El concepto cambiante de Salud. Enfermedad y condiciones crónicas de salud.

La irrupción en el panorama sanitario y social de la perspectiva de la cronicidad está cuestionando muchos de los planteamientos que hasta fechas recientes considerábamos sólidamente establecidos. El objeto de la cronicidad no es la enfermedad en sentido estricto, sino todas las condiciones de salud y limitaciones de la actividad de carácter crónico. Condición de salud, según la Clasificación Internacional sobre el Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), es un término genérico que incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. Limitaciones en la actividad son las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Esta es la perspectiva que adoptan las estrategias de cronicidad de la mayoría de los países y tal es el caso de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud Español¹.

Este enfoque de la cronicidad necesariamente nos lleva a reflexionar sobre el concepto mismo de salud. En 1948 la OMS definía salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad. La definición de la OMS, paradójicamente, adopta una perspectiva restrictiva en donde el estado de salud se convierte en una excepción. Cada vez más autores intentan adoptar una orientación más positiva concibiendo la salud como la habilidad de las personas y las comunidades para adaptarse y auto manejar los desafíos físicos, mentales y sociales que se presentan en la vida cotidiana². Con este enfoque, todas las personas, con o sin problemas crónicos de salud, pueden ser saludables.

El concepto de salud con una orientación más adaptativa conecta directamente con los planteamientos salutogénicos. El modelo salutogénico intenta situarnos en un modelo de salud positiva. Plantea un cambio de paradigma en el que frente a un modelo centrado en lo patológico, la dependencia y la oferta de recursos, se contraponen un modelo centrado en la autonomía de la persona, su empoderamiento ante la adversidad y la gestión cooperativa. En este modelo hay dos conceptos claves, el de activos de salud

y el de resiliencia. Activos de salud son todo factor o recurso que aumenta la capacidad de los individuos, comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar. Los activos que pueden ayudar a un individuo a afrontar la adversidad y a diseñar un proceso de recuperación son de índole muy diversa, tanto desde la perspectiva individual como comunitaria. El término resiliencia hace referencia a la capacidad de las personas para sobreponerse a experiencias de dolor emocional y traumas, e incluso resultar fortalecido por éstos. Por tanto es un concepto muy próximo al de entereza¹.

1.2 Determinantes de salud, prevención y promoción de salud.

La aparición de enfermedades crónicas está condicionada por los Determinantes de Salud. Determinantes de salud hace referencia al conjunto de variables que tienen la capacidad de proteger o de causar problemas de salud, tanto a nivel individual como poblacional. Las enfermedades crónicas más prevalentes están relacionadas con determinantes de salud comunes tales como el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, una dieta inadecuada y la inactividad física. Si no queremos caer en una mirada simplista del problema, al analizar los determinantes hemos de tener presente las causas de las causas. Los determinantes fundamentales son los sociales ya que los niveles de salud tanto individual como poblacional están condicionados por las circunstancias económicas, culturales y del medio ambiente, las condiciones de vida y de trabajo, la influencia social y de la comunidad, los estilos de vida individuales y otros factores individuales, como el sexo, edad y factores hereditarios.

El primer paso en la lucha contra las enfermedades crónicas es prevenir la aparición de las mismas. Las intervenciones para intentar evitar las enfermedades crónicas están presentes a lo largo de todo el ciclo de vida. Estas intervenciones son tanto de base individual, a través de actividades preventivas, como de carácter poblacional a través de la protección de la salud. La

¹ Para profundizar en estos conceptos aconsejamos leer "Unidad 4. Ganar en Salud. Un enfoque de salud positiva de la Cronicidad desde los nuevos modelos de promoción de salud" del curso "Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas" al que puede acceder desde el Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas (OPIMEC): <http://www.opimec.org/formacion/2/atencion-integrada-a-pacientes-con-enfermedades-cronicas/>

promoción, educación para la salud, prevención, la protección, la curación y la rehabilitación son actividades que están presentes a lo largo del “río de la vida” y pueden suministrar un auténtico “chaleco salvavidas” para mejorar la calidad de vida.

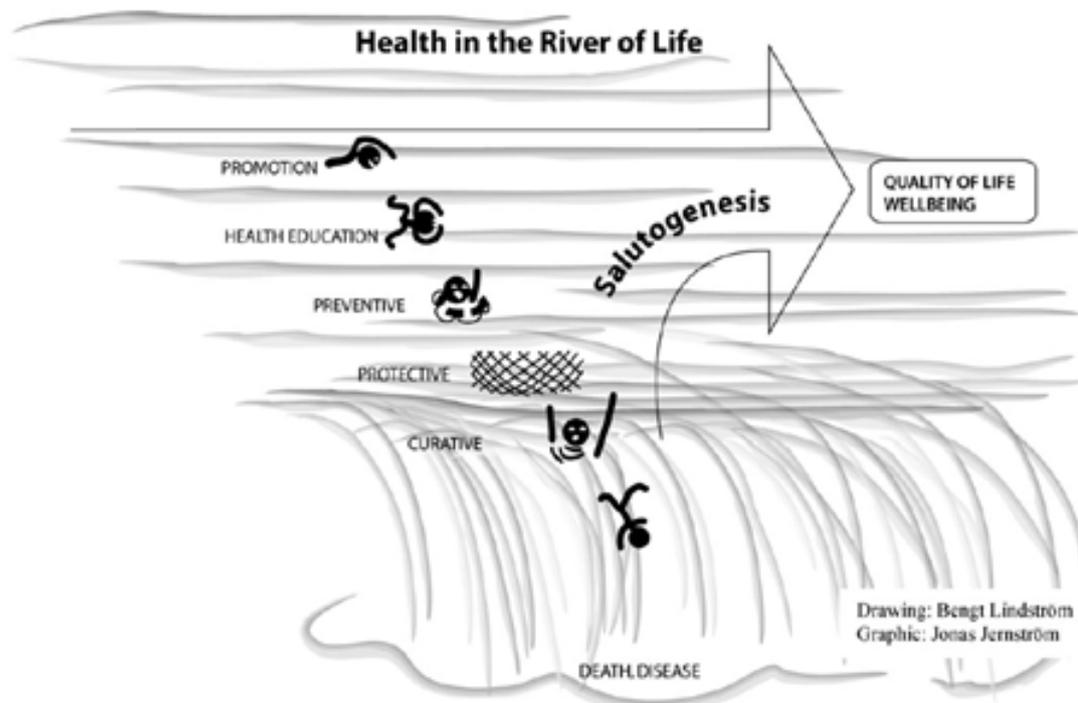


Figura 1: Salud en el río de la vida. Tomado de Monica Eriksson and Bengt Lindstro M³.

Desde la perspectiva poblacional es fundamental identificar que valores han de priorizar la lucha contra las enfermedades crónicas. Un planteamiento integral del problema obliga a adoptar los valores de equidad, participación y empoderamiento y ha de tener siempre presente la necesidad de afrontar las desigualdades en salud abordando los determinantes sociales².

1.3 Envejecimiento, discapacidad y múltiples enfermedades crónicas.

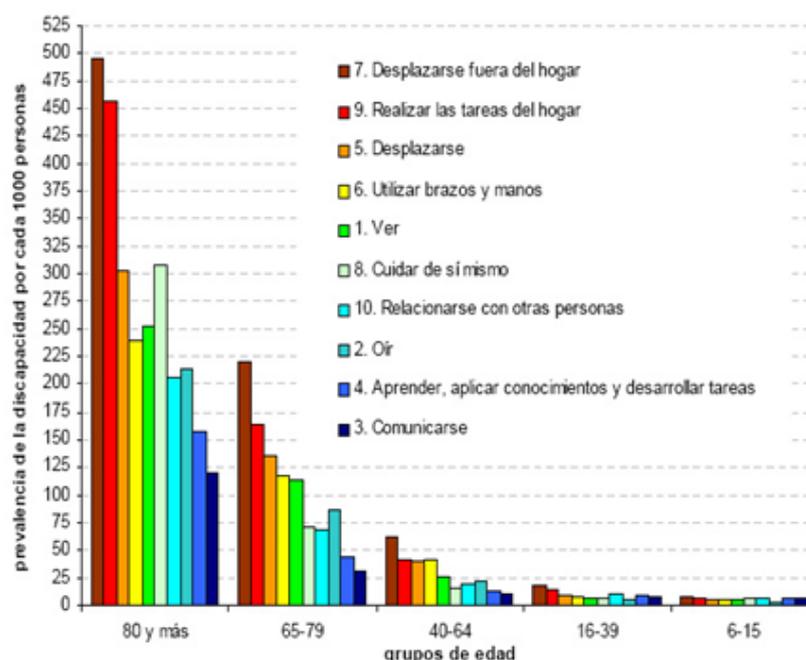
El envejecimiento de la población trae consigo el aumento de las enfermedades crónicas, la aparición de múltiples enfermedades en un mismo paciente y la frecuente presencia de discapacidad.

² Para profundizar en estos conceptos recomiendo la lectura del trabajo Rafael Coñío, M.º Isabel Pasarín, Andreu Segura. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria, Volume 26, Issue null, Pages 88-93 <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911111003669?via=sd>

Estos hechos están modificando la manera de enfermar ya que el determinante principal deja de ser las características de cada enfermedad para cobrar un protagonismo creciente las interrelaciones entre las diferentes enfermedades y el impacto funcional que generan en el individuo.

La discapacidad es un concepto que hace referencia a un estado de pérdida de funcionalidad que tiene como consecuencia la disminución de la actividad personal y la limitación de la participación de la persona en la sociedad. Especial relevancia tiene la discapacidad que afectan a las actividades básicas que se realizan en la vida diaria, ya que están relacionadas con la situación de dependencia. En este sentido es fundamental considerar la perspectiva funcional de la enfermedad a través de la cascada de la dependencia. Esta cascada arranca con la existencia de un daño fisiopatológico, la aparición de disfunción en un órgano o sistema, la aparición de una limitación funcional para realizar acciones físicas y mentales en rango normal, la aparición de una discapacidad que genera dificultad para realizar actividades de la vida diaria instrumentales y básicas y finalmente la dependencia como necesidad de ayuda de otra persona para cubrir las mismas. Las intervenciones de salud han de intentar frenar la progresión de esta cascada en cada una de sus fases para intentar mantener la autonomía del paciente.

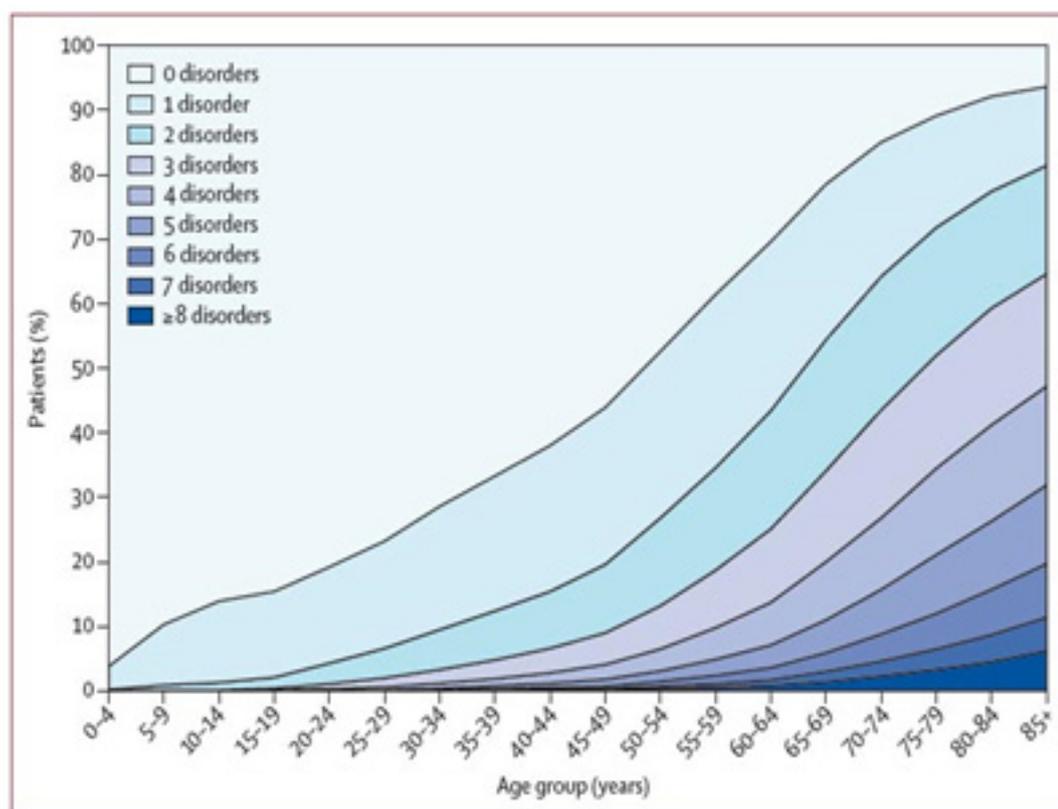
Figura 2: Relación de la edad con la discapacidad⁴



La presencia de multimorbilidad está modificando el marco

tradicional de los cuidados de salud, la investigación y la educación médica que se había centrado hasta ahora en la presencia de una enfermedad dominante. Las encuestas nacionales de salud evidencian que la mitad de la población tiene un problema crónico de salud y de esta la mitad tiene dos o más. El número de enfermedades crónicas aumenta rápidamente en cuanto se incrementa la edad. Es cierto que aún, en cifras absolutas, hay más personas con multimorbilidad menores de 65 años, pero el incremento con la edad es llamativo.

Figura 3: número de enfermedades crónicas por grupos de edad⁵.



La presencia de la multimorbilidad se ha demostrado como un factor que condiciona claramente la calidad de vida percibida y el consumo de recursos.

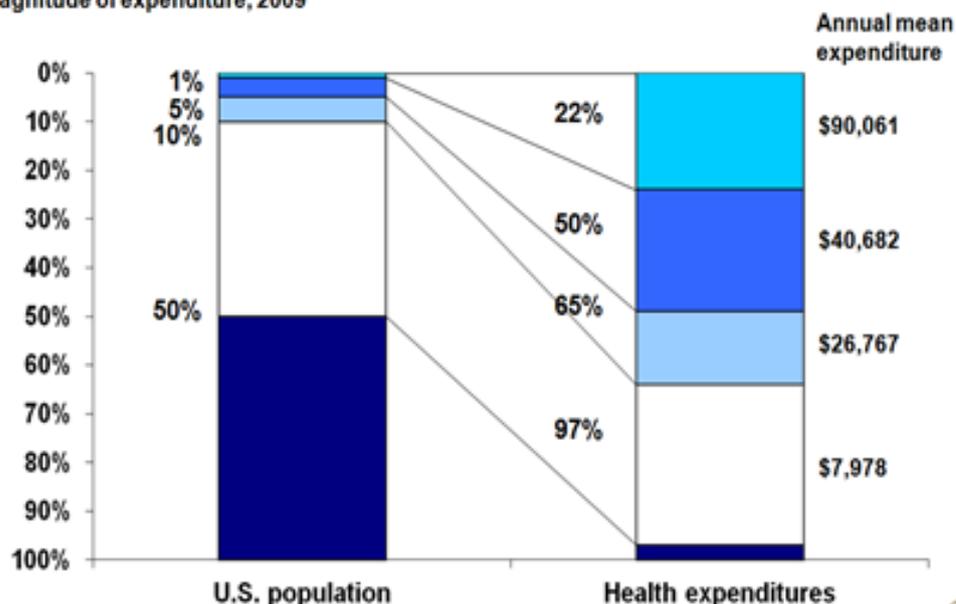
El análisis de los diferentes patrones de multimorbilidad es un área de conocimiento que empezamos a desentrañar. Diferentes estudios han puesto de manifiesto que existen diferentes tipos y patrones de multimorbilidad. La multimorbilidad puede aparecer determinada por una causa fisiopatológica común, puede ocurrir por la presencia de diferentes patologías que complican la enfermedad fundamental, puede estar determinada por el azar

o puede aparecer agrupada en determinados clúster que están comenzando a ser estudiados. El análisis de los patrones de multimorbilidad ha identificado cinco patrones diferenciados, el cardiometabólico, el mecánico/obesidad/tiroideo, el psiquiátrico/abuso de sustancias, el depresivo y el psicogeriatrico. Cada uno de estos patrones puede evolucionar de manera diferente en el tiempo⁶.

1.4 Multimorbilidad y sostenibilidad del sistema sanitario. La Triple Meta.

De entre todos los pacientes con enfermedades crónicas algunas personas son consideradas grandes consumidores de servicios sanitarios. El 5% de la población consume el 50% de los recursos. A nivel hospitalario un 5% de pacientes ingresados puede llegar a consumir el 40% de días de hospitalización.

Distribution of health expenditures for the U.S. population, by magnitude of expenditure, 2009



Source: Agency for Healthcare Research and Quality analysis of 2009 Medical Expenditure Panel Survey.

Figura 4: Relación entre población y costes en la población de EEUU

<http://www.ahrq.gov/news/events/nac/2012-07-nac/cohenmeyers/cohenmeyerss12.html>

Uno de los principales determinantes para el consumo de recursos sanitarios es la presencia de pluripatología. Durante 2007 en el Medicare el 79% de los recursos fueron consumidos por personas que tenían cinco o más enfermedades crónicas. El coste por paciente con cinco o más enfermedades crónicas llega a multiplicarse por 16. Este hecho no es exclusivo de los EEUU como se evidencia en el análisis realizado en el País Vasco. .

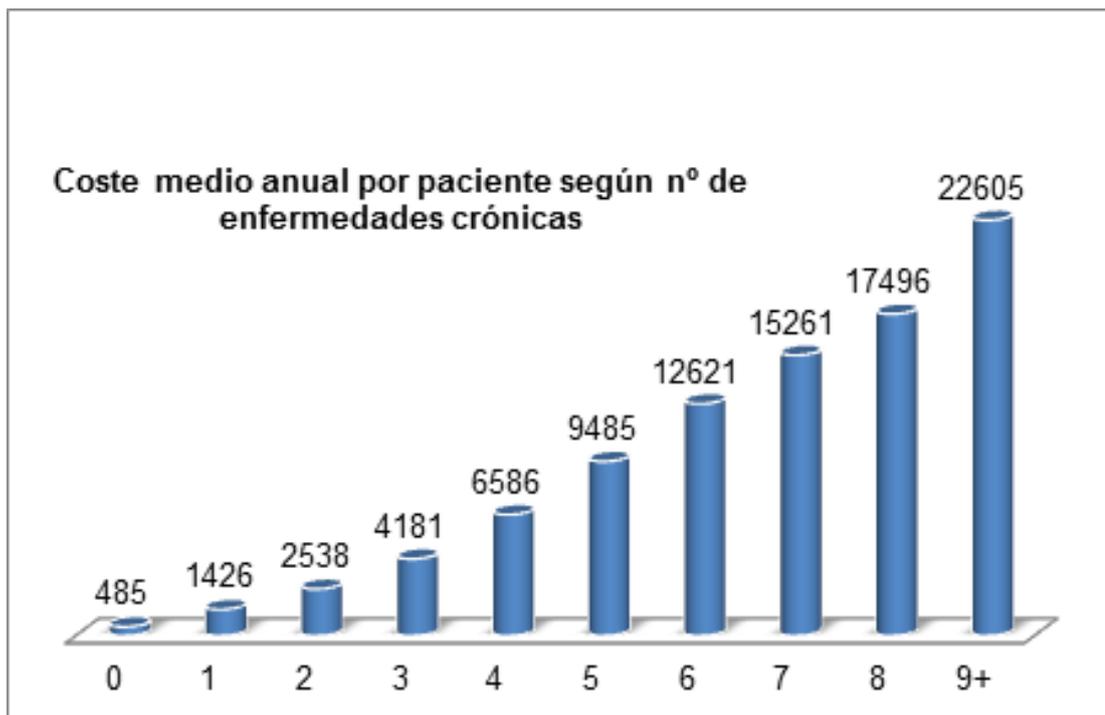


Figura 5: coste por pacientes en el País Vasco. O+berri. Instituto Vasco de Innovación Sanitaria

Estos datos han llevado a que surjan voces que plantean que con las actuales perspectivas demográficas el actual modelo europeo de sistema de salud universal no es sostenible. Esta afirmación contrasta con algunos datos objetivos como es el hecho de que en la actualidad algunos países como Japón, con un porcentaje del 23,6% de la población mayor de 65 años, tienen un gasto sanitario medido en porcentaje del PIB similar al de España. Este dato se explica, como han evidenciado diferentes publicaciones, por el hecho de que el gasto sanitario se concentra, con independencia de la edad, en el último año de vida y dentro de este en el último trimestre. En este sentido en el reciente informe de la OMS sobre la cobertura sanitaria universal se afirma que entre 2010 y 2060 el aumento anual estimado del gasto sanitario por causa del envejecimiento es inferior al 1% y va en descenso en cinco países europeos. En

este informe se hace un llamamiento a que los países europeos adapten al envejecimiento poblacional los sistemas de atención a la salud, asistencia social a largo plazo y bienestar, pero con la perspectiva de la sostenibilidad de la cobertura universal.

La hipótesis de Fries de compresión de la morbilidad (formulada en 1980) señala en la misma línea que el envejecimiento no aumenta proporcionalmente los años con mayor morbilidad, sino que la desplaza y comprime, siendo señalada por epidemiólogos como refuerzo del concepto de transición epidemiológica.

<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n5/Y0400509.pdf>

Desde esta perspectiva el objetivo de la llamada Triple Meta, es decir mejor salud, mejores cuidados y menores costes no es una utopía, sino que se ha convertido en el objetivo de referencia para el futuro de la sanidad y elemento clave para asegurar la sostenibilidad del sistema desde el punto de vista económico³.

2.- Modelos de Gestión de Enfermedades Crónicas.

2.1 El Modelo de Wagner, la Atención Primaria de Salud y Modelos Integrados.

La mayoría de las organizaciones sanitarias se han desarrollado centradas en lo agudo. Como lúcidamente planteó Rafael Bengoa, el proceso de atención fue diseñado pensando que el paciente aparece en el sistema, es tratado, es dado de alta y desaparece del radar del sistema. Sin embargo, las necesidades del paciente con un problema crónico de salud no son estas. La secuencia asistencial tiene que ser otra: el paciente aparece; el paciente es tratado; el paciente es dado de alta con un plan preventivo y de tratamiento; el paciente recibe apoyo continuo del sistema; el paciente es socio-sanitario. Por tanto no se trata de resolver un episodio, sino que una vez que el paciente es detectado en el radar del sistema es necesario que permanezca en la pantalla para poder intervenir sobre él.

³ Para profundizar en el concepto de Triple meta recomendamos el trabajo: "La triple meta para el futuro de la sanidad; Papeles de Economía Española nº 142 noviembre – 2014. ISBN 0210-9107 <http://www.funcas.es/publicaciones/Sumario.aspx?IdRef=1-01142>

Las organizaciones sanitarias han de ser rediseñadas para responder a las necesidades de los pacientes crónicos. Durante los últimos años han surgidos diferentes modelos conceptuales de Gestión de Enfermedades Crónicas (GEC). El referente esencial de estos modelos de innovación es el “Modelo de Atención a enfermedades crónicas” Chronic Care Model (CCM) desarrollado en Estados Unidos por Wagner EH y colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle.⁷ Este modelo pretende estructurar y analizar la mejora de la atención alrededor de seis áreas claves:



Figura 6: Modelo de Gestión de Enfermedades Crónicas de Wagner y cols.

- La comunidad, recursos y políticas: derivación de pacientes a programas comunitarios; alianzas con agentes de la comunidad.
- Organización del sistema sanitario: el liderazgo, visión y recursos; los incentivos, los sistemas de mejora continua.
- El apoyo en autocuidado: la educación terapéutica, el apoyo psicosocial, las herramientas de autocuidados, la toma de decisiones compartidas.

- El diseño de provisión de servicios: cambio en los roles profesionales, trabajo en equipo, continuidad asistencial, seguimiento activo del paciente.
- El apoyo en toma de decisiones: Uso de guías, protocolos, rutas; formación continuada de profesionales; acceso a conocimiento de especialistas
- Los sistemas de información clínica: Registros de pacientes; utilización de la información en la gestión; dar feed-back a equipos y profesionales

Las interacciones entre el paciente y el sistema sanitario son verdaderamente productivas cuando es posible el encuentro entre un paciente activado e informado con un equipo práctico preparado y proactivo. Una revisión que analizaba la efectividad de diferentes estrategias destinadas al tratamiento de enfermedades crónicas utilizando el marco conceptual de la CCM concluyó que las intervenciones más complejas con múltiples componentes dirigidos tanto a los pacientes como a los profesionales y a la propia organización eran las más efectivas Yáñez- Cadena, 2006.

Estos modelos no son un recetario de soluciones, sino un marco multidimensional que permite facilitar la identificación de propuestas que han de ser adaptadas, operativizadas y evaluadas en cada entorno. En este sentido han sido desarrolladas diferentes herramientas que permiten evaluar la adecuación de las distintas organizaciones sanitarias y sociales a este modelo. En España partiendo de estos principios ha sido diseñado y validado el IEMAC⁴ que permite evaluar y controlar la evolución de los organizaciones en el proceso de adaptación a la cronicidad.

Una de las críticas fundamentales a las que han sido sometidos los modelos de gestión de enfermedades crónicas es que corren el riesgo de centrarse en enfermedades y no en personas. En este sentido Barbara Starfield llegó a afirmar que *"El concepto*

⁴ *IEMAC/ARCHO es un instrumento para la autoevaluación de organizaciones sanitarias y sociales en relación a su grado de implantación de modelos de gestión de la cronicidad. IEMAC/ ARCHO está basado en el CCM (Chronic Care Model) y ha sido diseñado especialmente para un entorno de sistema nacional de salud. Permite la evaluación de organizaciones a niveles macro (formulación de políticas y estrategias y asignación de recursos), meso (gestión de organizaciones, centros y programas asistenciales) y micro (actividad clínica entre profesionales y pacientes).* <http://www.iemac.es/>

*de atención a enfermedades crónicas es antitético con la Atención Primaria, porque se focaliza en enfermedades y no en personas*⁸. Este riesgo es real. La evaluación de las intervenciones de CCM se han realizado mayoritariamente sobre el impartido en determinadas enfermedades (diabetes, asma, insuficiencia cardiaca, etcétera) y es frecuente que las estrategias de cronicidad centren sus intervenciones en las enfermedades crónicas más prevalentes con programas de intervención por enfermedades.

Como también destacó Barbara Starfield es fácil olvidar que *"Una medicina orientada hacia enfermedades sea a través de guías de práctica o sea mediante gestión es altamente inequitativa y no puede abordar con suficiencia las intervenciones necesarias cuando los pacientes tienen diferentes problemas"*⁹. La superioridad de los modelos de atención centrados en Atención Primaria ha quedado claramente establecida y sigue siendo la apuesta de las principales alternativas de innovación incluidas las propuestas por la OMS que buscan modelos de atención centrados en personas y no en enfermedades⁵.

A finales de marzo de 2015 la OMS ha planteado en la Conferencia Internacional sobre Atención Integrada en Edimburgo una nueva estrategia global para promover los servicios integrados de salud centrados en las personas. En ella se ofrece un camino a seguir para el diseño integral del sistema de salud. Como en otros recientes informes, la OMS presenta una visión de futuro en el que es posible que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud que se proporcionan de manera que responda a sus preferencias, son coordinados en torno a sus necesidades y son seguros, eficaces, oportunos, eficientes y de una calidad aceptable. La OMS recomienda cinco direcciones entrelazadas para conseguir que la prestación de servicios de salud pueda estar más centrada en las personas, tanto en países con altos, medianos o bajos ingresos.

5 Para profundizar en este tema recomiendo la lectura del Informe SESPAS 2012: Atención Primaria: Evidencias, experiencias y tendencias en clínica, gestión y política sanitaria <http://www.sespas.es/informes.php> y especialmente el artículo de Barbara Starfield "Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012"

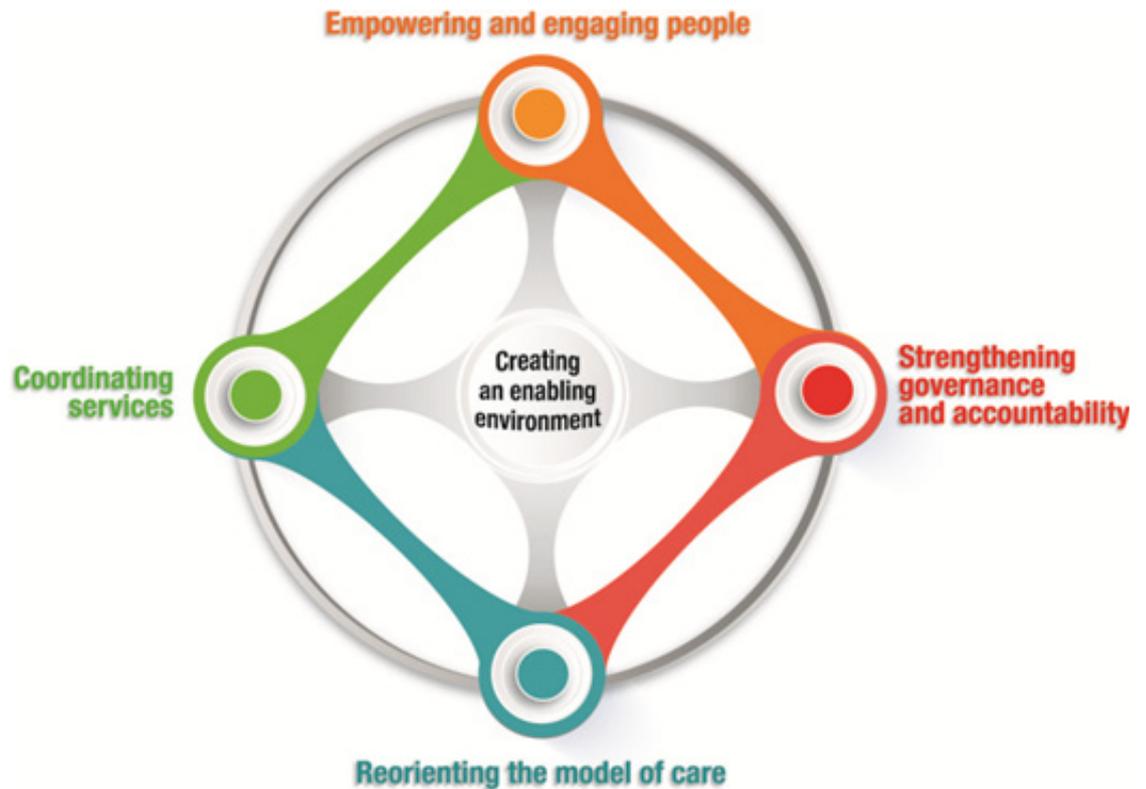


Figura 7: Modelo de atención integrada de la OMS.

2.2 La estratificación. La pirámide de Kaiser Permanente.

Uno de los elementos característicos de las estrategias de cronicidad ha sido el resaltar la necesidad de identificar a los pacientes crónicos que presentan mayor riesgo o que están en una situación de mayor vulnerabilidad. De ahí surge como imperativo de estas estrategias la necesidad de seleccionar subpoblaciones con niveles de riesgo y por tanto necesidades diferentes.

El modelo conceptual de referencia para la estratificación fue el modelo de buenas prácticas en gestión Sanitaria de Kaiser Permanente (KP), una Health Maintenance Organization (HMO) norteamericana sin ánimo de lucro. Una de las aportaciones de Kaiser Permanente es su modelo de la pirámide de riesgo que identifica tres niveles de intervención según el grado de complejidad del caso. El principio básico es que organizar a los pacientes según su riesgo permite adecuar en los programas de intervención la intensidad de cuidados según el nivel de complejidad.



Figura 8: modelo de estratificación de riesgo de Kaiser.

Este modelo ha trascendido a la organización que lo creó y está influyendo de forma notable en las políticas de salud de numerosos países. Así el NHS del Reino Unido basándose en este modelo identifica tres grupos en relación con los grados de complejidad de los pacientes crónicos (NHS, 2005) (NHS, 2004a). En el nivel 1 se situarían el 80% de los pacientes con enfermedades crónicas, en el nivel 2 estarían pacientes de alto riesgo que representan el 15% de los enfermos crónicos y en el nivel 3 se ubicarían los pacientes con condiciones muy complejas que serían entre el 3 y el 5% de los pacientes con enfermedades crónicas y en donde se encontrarían los pacientes pluripatológicos.

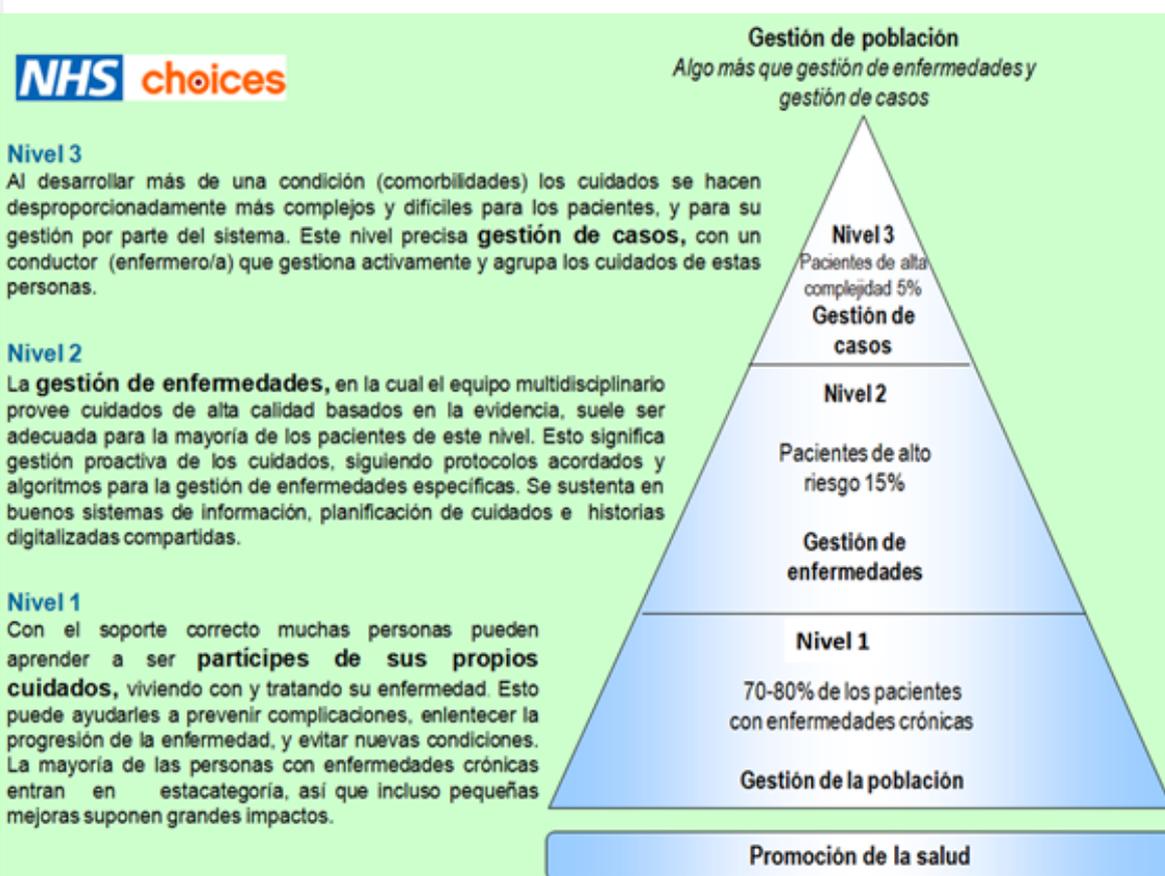


Figura 9: adaptación por el NHS del modelo de Kaiser.

En los sistemas sanitarios privados los modelos de ajuste de riesgos prospectivos llevan utilizándose desde hace mucho tiempo fundamentalmente para modulación en la financiación. Es en los últimos años cuando ha surgido un interés creciente por la utilización de estos modelos en el Sistema Sanitario Público. Existen numerosos sistemas de ajuste basados en datos demográficos, en datos socioeconómicos, en diagnósticos, en consumo de recursos, en prescripciones, en encuestas de salud, etcétera. Igualmente los sistemas de ajustes pueden pretender diferentes finalidades tales como el ajuste de financiación y contratación de servicios, distribución de recursos entre territorios o como suele pretender la perspectiva de la cronicidad la identificación de individuos con perfiles de riesgo. La identificación de perfiles de riesgo propicia la intervención proactiva y precoz desde el sistema de salud para minimizar el impacto de los diferentes eventos y enlentecer la caída en la cascada de la dependencia. En cualquier caso parece evidente que el desarrollo de las diferentes sistemas de información y el aumento de la capacidad técnica va a propiciar la mejora progresiva de los modelos predictivos en los próximos años.

En España la estrategia de Cronicidad del Ministerio ha priorizado la estratificación de la población como una de sus prioridades desarrollándose durante 2015 la primera fase de implementación del agrupador que va a ser implantado en la mayoría de las Comunidades Autónomas.

2.3 La perspectiva de la Declaración de Sevilla.

En el año 2008 se celebró en Toledo, liderado por Rafael Bengoa, el I Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico con el lema "Ven a construir el nuevo modelo de atención al paciente crónico". Quienes allí acudimos intentamos impulsar en nuestro país un movimiento que pretendía poner en la agenda de reformas el problema de la Cronicidad. Desde entonces este movimiento ha ido creciendo con algunos hitos esenciales, como fue la Conferencia Nacional para la Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas celebrada en Sevilla en el año 2011¹⁰. Esta Conferencia fue patrocinada por la Sociedad Española de Medicina Interna y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria junto a los Servicios de Salud de Andalucía, Valencia y País Vasco. Asistieron a la Conferencia en Foro de Pacientes, El Ministerio de Sanidad, los Servicios de Salud de todas las Comunidades autónomas y dieciséis sociedades científicas generalistas. Fruto de esta Conferencia fue la Declaración de Sevilla. En ella se hizo un llamamiento a la realización por parte de todos los Servicios de Salud de estrategias explícitas frente a la cronicidad. Igualmente en la declaración se identificaron tres áreas prioritarias de intervención: el paciente y la comunidad, la organización de la atención y la información clínica y la toma de decisiones⁶.

2.4 El modelo de Atención Compartida del Proceso "Atención a Pacientes Pluripatológicos".

En Andalucía en el año 2002 en el marco del Plan de Calidad se planteó la realización de un Proceso Asistencial Integrado (PAI) para la Atención al Paciente Pluripatológico. Fue entonces cuando constituimos un grupo de trabajo patrocinado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y constituido fundamentalmente

⁶ Es muy recomendable revisar las propuestas concretas de esta Declaración. Son las propuestas que han inspirado las estrategias de Cronicidad desarrolladas en nuestro país en los últimos años. <http://www.fesemi.org/publicaciones/semi/consensos/view>

por profesionales de las áreas de medicina interna, medicina familiar y comunitaria y de enfermería, una de las aportaciones esenciales de este proceso fue la caracterización de un modelo de Atención Compartida entre Atención Primaria y Hospital. La Conferencia de Sevilla identifica este modelo como modelo de referencia manifestándose claramente por la necesidad de reforzar el papel de los profesionales con capacidad integradora tanto en Atención Primaria como en el hospital. Es por ello que se pone en valor la alianza de los médicos y enfermeras de familia con los médicos internistas y enfermeras hospitalarias, afirmando que esta alianza se está expresando como una alternativa innovadora que potencia la continuidad asistencial y la personalización de la asistencia sanitaria.

El PAI Atención a Pacientes Pluripatológicos incorporó la estratificación del riesgo, la gestión en base poblacional, el protagonismo de la atención primaria, la cooperación entre ámbitos asistenciales y el apoyo a la autonomía del paciente y los cuidadores. En este proceso se definieron claramente componentes esenciales de la atención (identificación, valoración integral, plan de asistencia compartida, asistencia domiciliaria, asistencia hospitalaria y atención a la persona cuidadora), las características de calidad para cada uno de los profesionales y actividades, y se diseñaron una serie de indicadores que permitían evaluar la implantación y seguimiento del proceso¹¹.

Una de las aportaciones clave de este proceso fue el papel nuclear que se le asignó a la personalización en la comunicación como elemento fundamental para potenciar la interacción entre los diferentes ámbitos asistenciales. Para facilitar la personalización de las relaciones entre los profesionales se optó por un modelo de sectorización poblacional que propiciaba la existencia de lazos estables entre los profesionales y la existencia de una población de referencia.

Desarrollando el modelo de sectorización poblacional se propuso la creación de la figura del internista de referencia, introduciendo así a los profesionales hospitalarios en la dinámica de la gestión en base poblacional. En España la especialidad de Medicina Interna es responsable de más del 50 % de las altas hospitalarias por enfermedades crónicas, y comparte con la Medicina de Familia la visión global del paciente adulto enfermo. Estas circunstancias ponen en valor el importante papel que está llamada a jugar

la alianza entre los Médicos de Familia, como Generalistas de la Atención Primaria, con los Internistas, como generalistas hospitalarios, sin menoscabo del importante papel que tienen que jugar otras especialidades.

Esta propuesta de alianza se inspiró en la experiencia previa de los Programas de Colaboración entre Medicina Interna y Medicina de familia propuestos por las Sociedades de Medicina Interna y Medicina Familiar y Comunitaria en 1996. Estos programas tomaron cuerpo en el área del Hospital Virgen del Rocío desde comienzo de 1997. En ellos se identificaba claramente cómo la atención a pacientes con enfermedades crónicas exigía que los pacientes no fueran atendidos con una visión de episodios, sino con una percepción longitudinal y biográfica. La perspectiva longitudinal y biográfica no puede llevar a los profesionales del ámbito hospitalario a usurpar el papel de los referentes principales que corresponden al médico y enfermera de familia. Es por ello que en estos programas se defendía que el papel del internista y enfermera hospitalaria tenía que ser el de soporte y por tanto segunda agencia en el ámbito hospitalario, que actúa en alianza con el agente principal y puerta de entrada al sistema que tiene que ser el Equipo de Atención Primaria.

Con estos principios se desarrolló un estilo de trabajo basado en elementos muy simples de comunicación directa:

- Existencia de un internista de referencia accesible telefónicamente,
- Personalización de todas las consultas o derivaciones
- Posibilidad de ingreso directo desde el centro o el domicilio,
- Posibilidad de consultas clínicas puntuales telefónicas,
- Demora diagnóstica acordada con posibilidad de valoración urgente durante la mañana,
- Sesiones clínicas conjuntas quincenales y participación en la toma de decisiones importantes referidas al paciente.

Estas simples medidas se han demostrado extremadamente

útiles para propiciar el trabajo en equipo y para que el Facultativo Especialista de Área adquiriera una nueva dimensión, la poblacional. La sectorización de la población propicia la toma de conciencia de que el especialista no es solo el referente de un equipo médico, sino el responsable de la atención prestada en su área de conocimiento a la población a su cargo⁷.

2.5 Integración Sanitaria y Social. Adaptando los servicios de salud a las nuevas necesidades.

La relación de la dependencia con las enfermedades crónicas y la edad está claramente establecida. El 96% de las personas con alguna dependencia padecen una enfermedad crónica y el 73,4% de las personas dependientes son mayores de 65 años de edad. Es por ello que uno de los grandes retos es propiciar un modelo de atención integrada que termine con la tradicional separación entre la atención sanitaria y social. Este reto no es fácil en un país como España, que viene arrastrando un sensible desfase en el gasto de dependencia y en donde existen claras diferencias entre el modelo de atención sanitaria y social:

	Salud	Dependencia
Derecho	Desde 1986	Desde 2006
Competencia	Compartida	Exclusiva CC.AA.
Financiación Sistema	General de la Comunidad, base poblacional	Específica, por beneficiario y prestación. 75% CC.AA.
Provisión	Mayoritaria Pública	Mayoritaria privada
Gestión	Consejería y organismos dependientes	ASSDA, Ayuntamientos, Diputaciones
Modelo	Poblacional Centrado en la persona Asistencial Funcionamiento en Red Profesional de referencia	Beneficiario reconocido Articulado sobre prestación Burocrático Trabajo profesional aislado, Competencia por beneficiario
Financiación	Poblacional capítativa	Por plaza o prestación
Contribución usuario	No, salvo medicamentos	En casi todas las prestaciones

Figura 10: diferencias entre los sistemas de salud y dependencia en España.

⁷ Puede visualizar la evaluación del programa de colaboración por parte de los diferentes componentes del Equipo de Salud en el video <http://www.opimec.org/multimedia/3565/unidad-2-la-pluripatologia-sesion-clinica-de-evaluacion-anual/>

Los elementos básicos para la realización de un proceso de integración han sido descritos en 2009 en Alberta⁸: I. Servicios integrales en todo el continuo de la atención. II. Enfoque del Paciente. III. Cobertura geográfica accesible sin duplicidades. IV. La prestación de atención estandarizada a través de equipos interprofesionales. V La gestión del rendimiento. VI. Los sistemas de información. VII. La cultura organizacional y liderazgo. VIII. Integración Médica como puerta de acceso a la asistencia sanitaria integrada sistemas; IX. Estructura de gobierno que promueva la coordinación. X Gestión financiera equitativa y con trabajo en equipo.

Como se ha referido al hablar de los modelos, la atención integrada de los servicios sanitarios y sociales centrados en las personas es una de las líneas prioritarias de intervención para la OMS⁹

Durante los últimos años la integración política en la cúspide de los servicios sanitarios y sociales se está generalizando. Sin embargo, los avances en esta integración están siendo mucho más lentos de lo que cabría esperar¹⁰.

3.- El "Paciente Pluripatológico".

3.1 Concepto de Paciente Pluripatológico.

Uno de los problemas fundamentales para poder entendernos al hablar del paciente con múltiples problemas crónicos de salud es el terminológico. No existe un diccionario de la cronicidad y al intentar profundizar en este terreno están surgiendo distintos conceptos que son utilizados de diferente forma por distintos autores.

El concepto más utilizado a la hora de referirse a la presencia de múltiples enfermedades crónicas es el de comorbilidad.

⁸ Puede analizar estos principios en: *10 principios para la integración en Alberta (Canadá)*. Sutter et al. *Healthcare Quarterly* Vol 13, 2009. Special Issue. www.albertahealthservices.ca/Publications/ahs-pub-hc-quarterly.pdf

⁹ Recomendando profundizar en el tema con la lectura capítulo 7 *Sistemas de Salud. Principios para una atención integrada* <http://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/> del informe sobre la Salud en el mundo de la OMS

¹⁰ Una aproximación a este proceso puede realizarse con el documento "El Papel de los Gobiernos en la Alianza Sociosanitaria" patrocinado por la Universidad de Deusto. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed>

El concepto de comorbilidad hace referencia a la presencia concurrente de dos o más enfermedades diagnosticadas desde el punto de vista médico en el mismo individuo, con el diagnóstico de cada enfermedad basado en criterios establecidos y ampliamente reconocidos. Este término ha evolucionado en la literatura y generalmente hace referencia a las diferentes enfermedades ó condiciones morbosas que acompañan a una patología protagonista tanto aguda como crónica y que modulan el pronóstico, la recuperación, *la respuesta al tratamiento y por tanto* las decisiones clínicas diagnósticas y terapéuticas. Esta concepción en la mayoría de las ocasiones es un artificio generado por la perspectiva de los profesionales. El concepto de enfermedad protagonista y enfermedad acompañante depende de la perspectiva subjetiva de cada profesional y en la mayoría de las ocasiones de la especialidad a la que pertenece cada profesional. La realidad para el paciente es que sufre diferentes enfermedades interrelacionadas que le generan un impacto funcional y le deterioran su calidad de vida.

Para poder estratificar a los pacientes con múltiples enfermedades crónicas e identificar así a los pacientes de mayor riesgo, más importante que la cantidad de condiciones crónicas de salud es la cualidad de las mismas. No todas las condiciones crónicas de salud generan la misma limitación de la actividad. Existen una serie de enfermedades crónicas que generalmente tienen determinantes comunes y que producen importantes repercusiones sobre el paciente por su tendencia a ser invalidantes. Entre ellas podemos citar: las enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebrovascular principalmente), las enfermedades neoplásicas sin tratamiento curativo, enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma bronquial), las enfermedades osteoarticulares invalidantes (artritis reumatoide y artrosis severa) o la diabetes mellitus.

En 2002, el primer reto del Proceso Asistencial Integrado "*Atención al Paciente Pluripatológico*"⁴ fue caracterizar la población diana. El grupo de trabajo multidisciplinar que constituimos intentó establecer unos criterios que permitieran identificar a una población de pacientes con unas características comunes derivadas de padecer dos o más enfermedades que el sistema sanitario no cura, que generan un progresivo deterioro con disminución gradual de la autonomía y la capacidad funcional

y que ocasionan importantes repercusiones profesionales, económicas y sociales. Para ello partimos de la presencia de unos criterios clínicos basados en la existencia de dos o más enfermedades crónicas en fase sintomática o con daño orgánico significativo (no factores de riesgo), agrupadas en diferentes categorías clínicas (ver en la figura 12 las categorías expresadas en letras de la A a la H)

Tal y como se planteó el concepto, el término de Paciente Pluripatológico abarcaba un amplio espectro clínico que iba desde aquellas personas autónomas que presentan un alto riesgo de caer en la cascada de la deficiencia y la discapacidad hacia la minusvalía, hasta aquellas otras personas que ya presentan síntomas continuos y reagudizaciones frecuentes generando una demanda no programable de atención en los distintos niveles asistenciales. En cualquier caso todas ellas tenían en común el padecer una especial fragilidad clínica determinada por las enfermedades que sufrían.

Posteriormente en 2007, se presentaría la 2ª edición Proceso Asistencial Integrado (PAI) de Atención al Paciente Pluripatológico, añadiendo una nueva categoría diagnóstica (categoría H) así como una estratificación funcional de las enfermedades crónicas definitorias de la pluripatología¹².

La definición de paciente pluripatológico fue validada inicialmente en el entorno hospitalario, comprobando que los pacientes pluripatológicos tenían mayor mortalidad, mayor deterioro funcional y mayor consumo de recursos¹³. Posteriormente se ha podido comprobar que en la actualidad el 83,57% del conjunto de pacientes atendidos por Medicina Interna tienen una enfermedad crónica de las definitorias de pluripatología y que el 48,24 % son pluripatológicos. La prevalencia de PP en Atención Primaria se puede estimar en un 1,38% de la población general o un 5% en mayores de 65 años de edad¹⁴. Desde entonces numerosos trabajos nos han permitido ir caracterizando la población de pacientes pluripatológicos. Se ha puesto de manifiesto que el problema de la pluripatología no es exclusivo de la edad avanzada, ya que hasta el 14% del total de pacientes pluripatológico tienen menos de 64 años de edad. Hasta el 40% de PP presentan tres o más categorías de la definición y un promedio de siete enfermedades crónicas, el 94% está polimedcados, el 34% presenta un índice de Barthel (que mide la actividades básicas de la vida diaria entre 0 y 100 puntos) menor de 60, el 37% tiene deterioro cognitivo,

más del 60% precisan de una persona cuidadora y el 40% de éstas tienen signos de sobrecarga, relacionándose la mayoría de estas variables con la insuficiencia socio-familiar.

La definición funcional de Paciente Pluripatológico se ha ido consolidando en Andalucía, en donde hay identificados en Atención Primaria más de 97.000 pacientes, así como en toda España, lo que está permitiendo intervenir precozmente sobre una población muy homogénea en la que es posible caracterizar y evaluar las diferentes intervenciones.

Límite de entrada: Pacientes que sufren enfermedades crónicas incluidas en dos o más de las siguientes categorías clínicas:

Categoría A:

1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA¹
2. Cardiopatía isquémica.

Categoría B:

1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas.
2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en hombres o >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria², mantenidas durante 3 meses.
1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC3, o FEV1<65%, o SaO2 ≤ 90%.

Categoría D:

1. Enfermedad inflamatoria intestinal.
2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular⁴ o hipertensión portal⁵.

Categoría E:

1. Ataque cerebrovascular.
2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).
3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 ó más errores).

Categoría F:

1. Arteriopatía periférica sintomática.
2. Diabetes Mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.

Categoría G:

1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses.
2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.

Categoría H:

1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).

1 Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.

2 Índice albúmina/Creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria > 3mg/dl en muestra de orina o albúmina > 300 mg/día en orina de 24 horas.

3 Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.

4 INR > 1,7, albúmina < 3,5 g/dl, bilirrubina > 2 mg/dl.

5 Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

Figura 11: Definición de Paciente Pluripatológico del Proceso Asistencial Integrado Atención al Paciente Pluripatológico.

3.2 El peso de la pluripatología. Perspectiva desde el CMBD.

Un análisis del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía (CMBD) de los hospitales del SSPA en el periodo 2000-2010 nos ha permitido poner de manifiesto el peso de la pluripatología y cómo se están modificando las características de los pacientes que acuden a los hospitales andaluces¹⁵. Para intentar analizar el impacto de las enfermedades crónicas en los hospitales del SSPA, se generó un listado de códigos CIE 9 que permitió identificar cada una de las categorías de la definición de paciente pluripatológico. El análisis del conjunto de las altas hospitalarias de Andalucía puso de manifiesto que en el 43,14% de las altas hospitalarias se identifica una enfermedad crónica que genera discapacidad. En el periodo analizado se redujo un 21% el número de pacientes sin cronicidad, mientras que se incrementó un 66,82% el número de pacientes pluripatológicos, además con un incremento progresivo del número de categorías clínicas. Más del 80% de los episodios de ingresos hospitalarios de pacientes con insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, ictus, enfermedad neurológica o artropatía periférica ocurren en pacientes pluripatológicos y prácticamente en todas las categorías clínicas los pacientes pluripatológicos representan más del 50%.

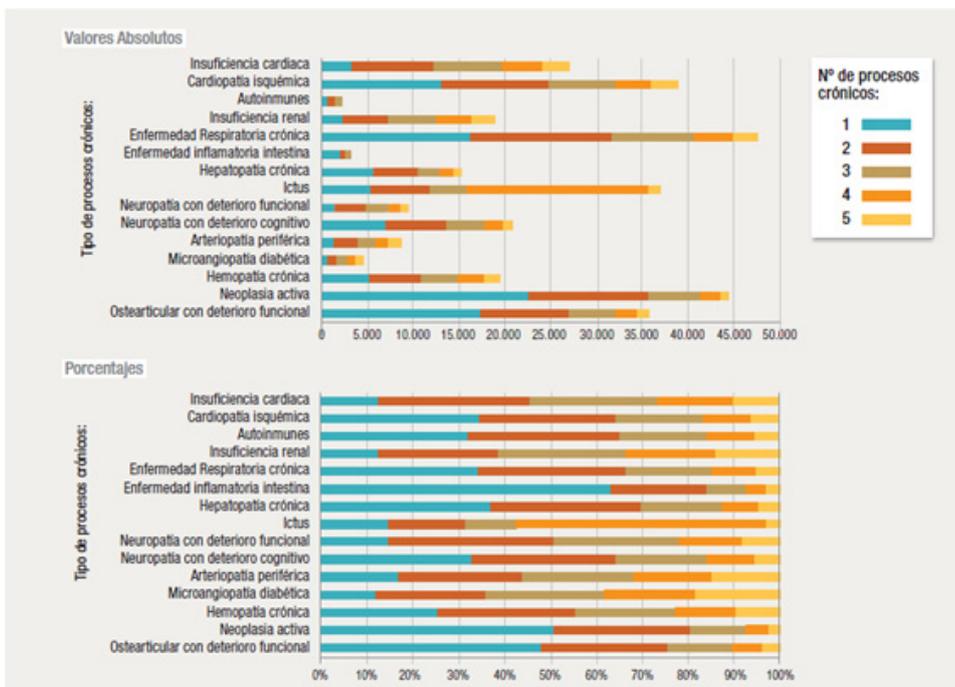


Figura 12: Altas hospitalarias del CMBD del SSPA en el año 2010. Peso de las diferentes categorías clínicas y presencia de pluripatología. Se considera pluripatología la presencia de dos o más procesos crónicos.

La presencia de enfermedad crónica y pluripatología se asocia con una mayor complejidad y peor pronóstico, como se expresa en los indicadores asistenciales, presentando según el número de categorías clínicas mayor estancia media, puntos GRD, número de ingresos o mortalidad.

Estos datos permiten poner de manifiesto que nuestros hospitales de agudos se están convirtiendo en hospitales de pacientes crónicos con eventos agudos y especialmente de pacientes con múltiples enfermedades crónicas. Al analizar los ingresos por enfermedades susceptibles de cuidados ambulatorios, los llamados PQI de la AHRQ. Los pacientes Pluripatológicos representan el 74,95% de los ingresos de pacientes con condiciones crónicas susceptibles de cuidados ambulatorios y el 56% de los ingresos por condiciones agudas susceptibles de cuidados ambulatorios (datos no publicados).

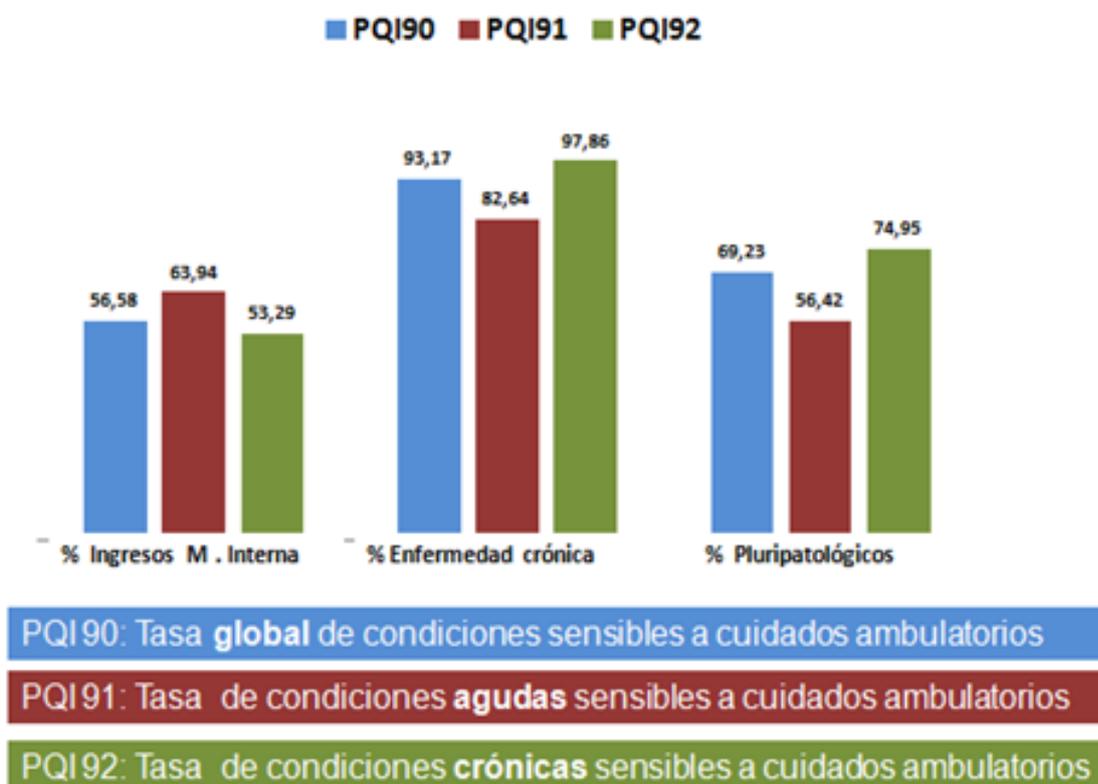


Figura 13: análisis del CMBD en Andalucía en el año 2012 por la Unidad de Sistema de Información del Servicio Andaluz de Salud.

3.3 La toma de decisiones en el paciente pluripatológico.

La presencia de la pluripatología está obligándonos a replantear el proceso de toma de decisiones en estos pacientes. Ya en 2007 una revisión de Tinetti y cols. ponía de manifiesto que, en un caso típico de multimorbilidad, como es el de una mujer de 79 años de edad con EPOC, Diabetes Mellitus tipo 2, osteoporosis, HTA y artrosis, la aplicación estricta de las guías clínicas nos llevaba a prescribir doce medicamentos en diecinueve dosis, con cinco tomas y en donde eran inevitables cuatro interacciones¹⁶.

El conocimiento científico, lo que asumimos que el paciente necesita, se basa en una información obtenida generalmente en unas poblaciones de pacientes que no son las que se ajustan al perfil de pacientes actuales. En una revisión, el 63% de los ensayos clínicos excluyeron a los pacientes pluripatológicos y solo el 2,1% de los ensayos clínicos fueron diseñados para pacientes pluripatológicos¹⁷. Este hecho obliga a ser muy cauto en las recomendaciones realizadas y a considerar otros componentes fundamentales de la toma de decisiones, como son las preferencias del paciente y la viabilidad de las intervenciones en cada contexto. Esta realidad pone en valor la toma de decisiones compartidas y la medicina mínimamente impertinente como estrategia para abordar los problemas crónicos en salud¹¹.

En esta línea en el año 2012 la American Geriatrics Society publicó un documento de consenso de expertos en el que se llevan a cabo recomendaciones para el manejo clínico de los pacientes con múltiples patologías crónicas. En dicho documento ordenaban las recomendaciones en cinco dominios¹⁸:

1. Dominio de las preferencias del paciente:

- Reconocer en qué escenarios clínicos es especialmente necesario considerar las preferencias del paciente.

- Asegurar que los pacientes son informados de los beneficios

¹¹ Para adentrarnos en los principios básicos de la toma de decisiones compartida y la medicina mínimamente impertinente recomendamos visualizar el video <https://www.youtube.com/watch?v=psWepzK8EsY> de el Dr. Victor Montori (@vmontori), profesor de medicina, del staff de la Clínica Mayo de Rochester, Estados Unidos, en la VII Jornada de Seguridad del Paciente en Atención Primaria, celebrada en Sevilla el pasado 23 de mayo de 2014.

y riesgos de las diferentes opciones terapéuticas.

- Considerar las preferencias del paciente una vez que este haya sido suficientemente informado.

2. Dominio de interpretación de la evidencia:

- Reconocer las limitaciones de la evidencia, interpretar y aplicar la literatura médica específicamente a los adultos mayores con multimorbilidad.

3. Dominio pronóstico:

- Contextualizar las decisiones clínicas en función de los riesgos y beneficios esperables, así como del pronóstico vital del paciente.

4. Dominio de la viabilidad clínica:

- Considerar la complejidad del tratamiento y la viabilidad al tomar decisiones de gestión clínica para los adultos mayores con multimorbilidad.

5. Dominio de optimización de la terapia y planes de cuidados:

- Utilizar estrategias para la elección de terapias que optimicen los beneficios, minimicen los daños y mejoren la calidad de vida de los adultos mayores con multimorbilidad.

3.4 Nuevas herramientas para el manejo clínico del paciente pluripatológico. Importancia del pronóstico.

Para avanzar en la mejora del proceso de toma de decisiones en el paciente pluripatológico es necesario desarrollar nuevas herramientas. En este sentido quisiera destacar tres líneas de trabajo en las que estamos consiguiendo avances muy significativos en los últimos años.

En primer lugar es de destacar la importancia de considerar

la perspectiva de la pluripatología en el desarrollo de las guías clínicas. Durante 2014 se ha publicado un primer documento de consenso patrocinado por las Sociedades Científicas de Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria y Enfermería en el que se analiza este problema¹². Durante 2015 está prevista la aparición de la actualización del Manual Metodológico de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. En dicha actualización se incluirán recomendaciones específicas para la comorbilidad y la pluripatología.

La segunda de estas líneas es el desarrollo de nuevas herramientas pronósticas. La importancia del pronóstico se expresa a diferentes niveles:

- Por la relevancia que tiene para el propio paciente y la familia;
- Por la utilidad clínica que tiene al mejorar el abordaje diagnóstico-terapéutico y mejorar la planificación asistencial y de los cuidados;
- Por la utilidad epidemiológica al mejorar la planificación sanitaria y de servicios de salud, así como facilitar la comparación de resultados en salud ajustada;
- Por la utilidad en investigación al facilitar la inclusión homogénea en ensayos clínicos.

La mayoría de las herramientas pronósticas habitualmente utilizadas son órgano-específicas. Tal es el caso de la NYHA o la escala de Seattle para insuficiencia cardiaca, la Gold para la EPOC, el Child-Pugh o MELD para hepatopatías el Functional Assessment Stages (FAST) para enfermedades neurodegenerativas o el KDOQI para insuficiencia renal. Entre las escalas generalistas la más utilizada es el índice de Charlson desarrollado en 1987 y la versión de Charlson Deyo de 1992. El índice de Charlson establece una puntuación en base a la presencia de dieciséis problemas crónicos de salud que son ponderados con diferentes pesos. La puntuación aporta una probabilidad de muerte en los siguientes doce meses. Pese a la gran difusión de este índice existe una preocupación creciente por la posible caída en su

¹² Puede consultarse el documento de las Sociedades científicas sobre el desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología en <http://www.fesemi.org/publicaciones/semi/guias/view>

precisión (calibración y poder discriminativo) debido a la edad del índice, los cambios epidemiológicos acaecidos en los últimos años y las innovaciones en los tratamientos que han modificado de forma sustancial el pronóstico de algunas enfermedades.

En España hemos desarrollado un índice generalista específico para pacientes pluripatológicos. El índice PROFUND se realizó con la participación de 1638 pacientes de 36 hospitales pertenecientes a 16 Comunidades Autónomas. El índice quedó conformado por una serie de variables demográficas, clínicas, parámetros analíticos, variables cognitivas – funcionales y socio-familiares, así como variables asistenciales¹⁹.

CARACTERÍSTICAS	ODDS RATIO (IC) / P	ÍNDICE PROFUND
Demográficas ≥85 años	1.71 (1.15-2.5) / .008	3
VARIABLES CLÍNICAS		
Neoplasia activa	3.36 (1.9-5.8) / <.0001	6
Demencia	1.89 (1.1-3.1) / .019	3
Clase Funcional III-IV de y/o MRC	2.04 (1.4-2.9) / <.0001	3
Delirium en el último ingreso	2.1 (1.5-4.9) / .001	3
Parámetros analíticos (sangre-plasma)		
Hemoglobina <10g/dL	1.8 (1.2-2.7) / .005	3
VARIABLES COGNITIVAS-FUNCIONALES-SOCIOFAMILIARES		
Índice de Barthel <60	2.6 (1.38-3.4) / <.0001	4
Cuidador diferente al cónyuge	1.51 (1.02-2.2) / .038	2
Variable asistencial		
≥4 hospitalizaciones en los últimos 12 meses	1.9 (1.07-3.29) / .028	3
PUNTUACIÓN TOTAL DEL ÍNDICE=9		0-20 puntos

Figura: Variables incluidas en el índice Profund.

Según la puntuación del índice se establece una probabilidad de muerte al cabo de un año que oscila entre el 12% y el 68% (datos a los 4 años pendientes de publicar).

GRUPOS DE RIESGO INDICE PROFUND	1º AÑO COHORTE DERIVACIÓN/VALIDACIÓN	4º AÑO COHORTE GLOBAL
0-2 puntos	12.1%-14.6%	44.6%
3-6 puntos	21.5%-31.5%	56,6%
7-10 puntos	45%-50%	68,5%
11 puntos o más	68% -61%	78%

Figura Mortalidad en pacientes pruripatológicos por grupos de riesgo del índice PROFUND al año y cuatro años. Calibración.

El evento hospitalario es determinante en los pacientes pluripatológicos. La probabilidad de muerte es mucho mayor en el primer año tras un ingreso hospitalario y especialmente en los tres primeros meses atenuándose la curva posteriormente. Esto se ha puesto especialmente de manifiesto cuando se ha validado el índice en Atención Primaria. Al aplicar el índice en el entorno de Atención Primaria se ha comprobado que es necesario hacer una recalibración. Inicialmente se realizó una recalibración estimando la mortalidad en terciles y a dos años en lugar de uno²⁰. La recomendación genérica es aplicar el índice PROFUND tras un evento hospitalario y el índice PROFUND-AP a partir de los tres meses de un evento hospitalario. Con posterioridad ha sido validado el índice con los mismos cuartiles que el índice hospitalario (datos no publicados).

CUARTILES DE RIESGO	Probabilidad de muerte pronosticada [RIC]	Mortalidad observada
Primer cuartil (0-2 puntos)	11 [0]%	8.5%
Segundo cuartil (3-6 puntos)	18 [0]%	21.6%
Tercer cuartil (7-10 puntos)	26.8 [3.4]%	29.5%
Cuarto cuartil (≥ 11 puntos)	41.8 [12]%	43.7%

Figura Mortalidad en pacientes pruripatológicos en Atención Primaria por grupos de riesgo del índice PROFUND a los dos años.

Igualmente hemos desarrollado en los últimos años instrumentos pronósticos para predecir el deterioro funcional²¹ o para predecir la mortalidad a los seis meses en pacientes con enfermedades crónicas en fase avanzada. El denominado índice PALIAR resultan de gran utilidad para identificar a los pacientes oncológicos en fase paliativa^{22, 13}

La tercera línea en la que estamos generando aportaciones significativas es en el uso adecuado del medicamento. La polimedicación es la norma en los pacientes pluripatológicos con un promedio de ocho fármacos por pacientes. Hemos podido comprobar que algunas de las herramientas para evaluar la adecuación, conciliación y adherencia habitualmente utilizadas en población general o para pacientes con edad avanzada no se adaptan a pacientes pluripatológicos. Así se ha realizado una adaptación del MAI para pacientes pluripatológicos²³ y están en desarrollo herramientas específicas de desprescripción para esta población de pacientes.

4.- La Unidad Clínica de Atención Médica Integral (UCAMI) como respuesta para adaptar la organización hospitalaria a las nuevas necesidades.

4.1 Procesos Asistenciales y Unidades Clínicas. Génesis de UCAMI.

Un elemento clave para poder generar un espacio compartido entre Primaria y Hospital es acometer la reforma del espacio hospitalario. La Atención Primaria, desde Alma-Ata, surge con una perspectiva biográfica y poblacional, con una vocación de integralidad y una estructura basada en equipos multidisciplinares. Por el contrario el Hospital se ha organizado para la atención de episodios y se ha estructurado en base a Unidades Monográficas cada vez más centradas en enfermedades y procedimientos. Es fácil comprender, por tanto, que la Atención Primaria está mejor preparada para afrontar los retos de la cronicidad, mientras que el Hospital ha de adoptar una transformación más radical para acometer el rediseño del sistema asistencial.

¹³ Todos estos índices están disponibles en aplicaciones para ordenadores calcula-profund <http://www.fesemi.org/grupos/edad-avanzada/proyectos/view> y en aplicaciones para IOS y android.

El proyecto UCAMI surge a comienzo del año 2000 intentando adaptar la organización de un servicio hospitalario a las nuevas necesidades de los pacientes. El proyecto es fruto de la confluencia de tres movimientos que buscaban la atención integral y la continuidad asistencial. El movimiento de renovación surgido con el plan estratégico de la Medicina Interna andaluza que pretendía convertir la especialidad de Medicina Interna en el garante de la atención médica integral en el entorno hospitalario, el movimiento de renovación de la enfermería que logró conferir una nueva dimensión a los cuidados y los Planes de Calidad del Sistema Sanitario Público Andaluz que pretendían un cambio cultural y estratégico que propiciara la orientación del sistema de salud hacia el ciudadano.

En el marco de los Planes de Calidad, los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs) y las Unidades Clínicas, representaron dos instrumentos claves en este proceso de reorientación de la atención sanitaria hacia los enfermos crónicos. Los PAIs fueron instrumentos que contribuyendo a encontrar formulas para reordenar los servicios e intentar producir mejoras radicales en los resultados. Las Unidades Clínicas surgieron como un instrumento facilitador para organizar los servicios y adecuarlos a las necesidades detectadas en la reingeniería de procesos. La reorganización de servicios exige de la existencia de equipos de trabajo con perfiles multidisciplinarios y una clara atribución de responsabilidades, que permita optimizar el trabajo de los profesionales y enfocarlo hacia aquello en lo que son más eficientes. Las Unidades Clínicas son el ámbito natural para realizar este proceso de transformación con la participación de los profesionales.

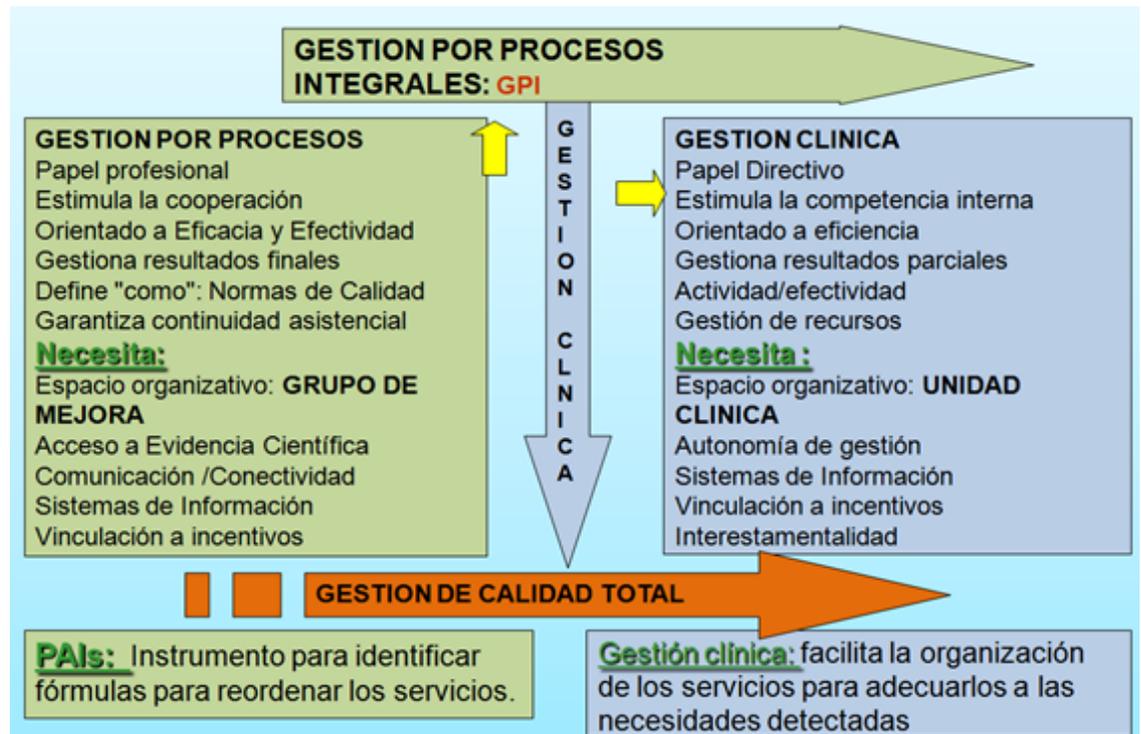


Figura 14: Sinergia procesos asistenciales y Gestión Clínica (imagen cedida por A. Torres Oliveira).

En diferentes procesos y especialmente en los PAIs para la Atención a Pacientes Pluripatológicos y Cuidados Paliativos se ponía de manifiesto la necesidad de crear un espacio compartido entre el Hospital y Atención Primaria, para dar respuesta a las necesidades de los pacientes crónicos y especialmente de los pacientes más frágiles. La tendencia tradicional del Hospital es la evolución hacia Unidades cada vez más monográficas y especializadas. Con esta lógica lo fácil hubiera sido caer en la tentación de crear una nueva Unidad de Pacientes Pluripatológicos. La innovación que planteó el modelo UCAMI fue intentar romper la lógica interna hospitalaria y buscar una respuesta centrada en las necesidades de los pacientes y no en los intereses de grupos profesionales. El camino que se propuso fue el de superar la tradicional fragmentación hospitalaria e intentar agrupar en una misma Unidad Clínica todos los dispositivos asistenciales que trabajaban con la perspectiva de la Atención Integral con una visión holística.

EL PAÍS, martes 15 de abril de 2003 SOCIEDAD / 31

Salud Los pacientes con numerosos síntomas y patologías plantean un reto al sistema sanitario. Representan hasta un 20% de la actividad hospitalaria, pero no encajan fácilmente en un servicio concreto y a menudo dan vueltas de uno a otro. Una unidad especial para estos enfermos pluripatológicos creada en Sevilla pretende dar respuesta al problema.

El desafío de los enfermos complicados

Pacientes con varias dolencias peregrinan por los servicios sin encontrar su lugar en la red asistencial

JOAQUÍN MAYORDEJAS, Sevilla. El herrero Valentín Barrajás estuvo casi 30 años yendo de consulta en consulta sin que nadie llegara a diagnosticarle la causa de la extraña anemia que padecía. Varias veces fue ingresado de urgencia y en el largo periplo le diagnosticaron dolencias varias, pero no acababa de encontrar su sitio en el sistema sanitario.

Los enfermos que se desesperan dando vueltas por la red asistencial no lo hacen necesariamente porque tengan una enfermedad rara o difícil de diagnosticar. En la mayoría de los casos es la pluripatología que padecen la que les lleva de consulta en consulta, sin que ningún especialista se decida a hacerse cargo de ellos y a tratar sus diversos problemas. Sin embargo, las enfermedades que afectan a estas personas suelen ser, por lo general, bastante comunes. Afecciones cardíacas, anemia, procesos cancerígenos, Alzheimer, reúma, bronquitis crónica o diabetes están entre las más frecuentes.

El problema surge cuando el paciente presenta una sintomatología compleja y que no es fácil de relacionar con una causa orgánica bien definida y el especialista al que acude no acaba de ubicarle en ninguno de sus esquemas habituales de atención. A menudo, tras

más numerosos y más demandantes. A nosotros no se nos puede meter en el mismo esquema de rendimiento que a cualquier otra especialidad. Por eso, quizá la solución ideal sea la práctica médica integral". En parecidos términos se expresa Miguel Vilardell, jefe de medicina interna en el Vall d'Hebron, de Barcelona, y presidente de la comisión nacional de esta especialidad. Vilardell no duda de que el enfermo con varias patologías debe ser coordinado desde medicina interna. "La unidad que Cuello ha puesto en marcha me parece una buena solución", apunta. "Por supuesto que la colaboración permanente con la atención primaria es imprescindible", añade.

El nuevo sistema reduce las pruebas, la ocupación de camas y el gasto farmacéutico

Vilardell sugiere, incluso, la posibilidad de que el internista se desplace a los centros de salud. "Esto ya lo estamos haciendo nosotros", precisa José María Pizar, médico de familia y director del Distrito del Aljarafe, en Sevilla, una de las áreas sanitarias donde

acordado una cartera de servicios y gestión de casos. Son los acuerdos que luego

Equipo médico de la Unidad Clínica de Atención Médica Integral del hospital Virgen del Rocío, de Sevilla. (FOTOGRAFÍA: J. PÉREZ CABO)

Unidades de atención integral



Figura14 : complejidad y Unidades de atención integral. Perspectiva mediática

En un entorno en el que la excelencia se encuentra casi siempre vinculada a la especialización y la tecnología, el concepto de complejidad adquiriría una nueva dimensión vinculándose a la visión global de la persona y no a la tecnificación. Con ello pretendíamos poner en valor dentro del hospital la atención integral y la continuidad asistencial como ejes para una perspectiva más humanizada de la medicina.

UCAMI se constituye en 2002 de la unión de tres equipos que representaban tres culturas en la atención integral. El grupo de internistas que había puesto en marcha los programas de colaboración entre Medicina Interna y Atención Primaria, el grupo de enfermeras que había constituido la primera Unidad Clínica de Cuidados en el Hospital de media estancia y el equipo de Hospitalización Domiciliaria. Poco a poco esta Unidad fue aglutinando a los profesionales y los recursos destinados a la atención integral del enfermo adulto en el ámbito hospitalario. En 2007 termina el proceso de convergencia en el que se consiguió agrupar en una misma Unidad las carteras de servicios que en otros hospitales y sistemas sanitarios se encuentran adscritas a

otras unidades tales como medicina interna, geriatría, cuidados paliativos, riesgo vascular, enfermedades autoinmunes y minoritarias, o dispositivos asistenciales como la hospitalización domiciliaria, hospital de día médico, unidades de estancias cortas o equipos de soporte quirúrgico.

4.2 Elementos claves para el desarrollo de un modelo de atención compartida.

Los elementos claves que permitieron el desarrollo de la UCAMI y que han ido configurando su estilo de trabajo fueron:

⇒ El Modelo Andaluz de Unidades de Gestión Clínica:

Las Unidades de Gestión Clínica en Andalucía no conllevan un modelo de autonomía financiera, sino que han sido una forma de organización de los profesionales dentro del sector público. El objetivo era agrupar a todos los profesionales que comparten una misma misión, visión y valores en una Unidad Clínica participativa que mejorara la coordinación de los recursos y potenciara la capacidad de dicha Unidad. La existencia de una misión bien definida y unos objetivos compartidos contribuyen de forma decisiva para una orientación a los resultados. De esta forma la actividad de cada profesional no se centra en la parte sino en el resultado final.

La integración médico enfermera en una misma Unidad con una misma dirección, ha sido un elemento clave para facilitar el trabajo interdisciplinario. La gestión participativa con un consejo de dirección, plenarios y grupos de calidad internos transversales ha propiciado la mejora del trabajo colaborativo. La firma de unos acuerdos de gestión compartidos entre los distintos estamentos con incentivos significativos vinculados, ha facilitado la existencia de determinados riesgos compartidos.

⇒ La perspectiva poblacional. La sectorización y el Internista de Referencia.

El Facultativo Especialista de Área había perdido la perspectiva de área. La sectorización de la población con el desarrollo del modelo de internista de referencia ha sido un elemento clave para la orientación a resultados. La perspectiva de la atención

integral con un abordaje longitudinal y biográfico permite asumir que el objetivo de la atención no es el episodio hospitalario sino el proceso de atención al paciente. La mirada hacia el área rompe la orientación hacia la cama o la consulta y permite adquirir la perspectiva de los resultados en salud de un área sanitaria a través de una cartera de servicio que el profesional tiene a su cargo y para la que utiliza los instrumentos hospitalarios puestos a su disposición. La sectorización propicia la personalización y por tanto la humanización de las relaciones del referente hospitalario con el equipo de Atención Primaria con el que se encuentra conectado a través del teléfono móvil, las agendas abiertas, las reuniones quincenales o mensuales y por tanto con todo el entramado de vínculos que estas relaciones va generando. Especial papel tiene en esta relación las sesiones clínicas en los Centros de Salud. Un promedio de más de 270 sesiones anuales entre internistas y médicos de familia van generando un estilo de trabajo en equipo¹⁴.

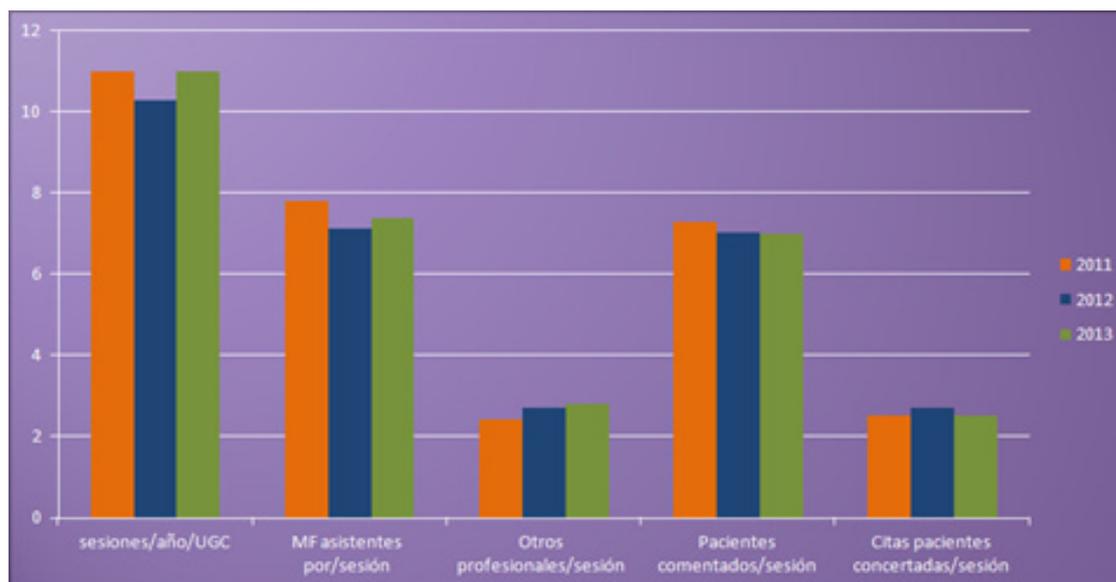


Figura: Sesiones clínicas en los Centros de salud en el área Virgen del Rocio de Sevilla. Promedio de sesiones año 270, promedio de pacientes comentados 1550, citas dadas en las sesiones 540.

⇒ Organización funcional adaptada a la continuidad asistencial.

Es necesario adaptar la organización funcional para facilitar la relación médico paciente. Para poder dar respuesta a las

¹⁴ Puede visualizar el desarrollo habitual de una de estas sesiones en el video <http://www.opimec.org/multimedia/3571/sesion-atencion-paciente-pluripatologico/>.

necesidades cambiantes de los pacientes hay que intentar cambiar la dinámica habitual de profesionales que están en consultas y profesionales que están en la hospitalización. Es preciso generar un estilo de trabajo diferente en el que cada profesional simultanee planta, consulta u hospital de día. La reorganización del trabajo asistencial de los internistas para simultanear diariamente la atención de pacientes en camas de hospitalización y en consultas o en Hospital de Día permite potenciar la continuidad en la relación médico paciente en los pacientes crónicos, lo cual es un elemento fundamental para un adecuado manejo de las incertidumbres propias de los pacientes con enfermedades crónicas complejas o durante todo el proceso diagnóstico. La continuidad en la relación médico paciente se retroalimenta en calidad ya, por una parte potencia la responsabilidad y el compromiso de los profesionales, y por otra resulta más eficiente, al simplificar la valoración clínica, la toma de decisiones y la continuidad en el flujo de pacientes de la hospitalización al área de consultas. El modelo propuesto por UCAMI facilita que cada profesional pueda gestionar toda la red de dispositivos asistenciales de la Unidad para ponerla a disposición de los pacientes..

Figura 15: Dispositivos asistenciales de la Unidad Clínica de Atención Médica Integral.



Ampliar el ámbito de responsabilidad de los facultativos de la

cama a la población obliga a desarrollar un estilo de gestión que refuerce la autonomía de los profesionales. El profesional gestiona sus agendas de consulta con capacidad para bloquear y cambiar citas, gestiona sus camas programando los ingresos antes de realizar la oferta de camas a urgencias y gestiona la relación con su Centro de Salud en el marco de la cartera de servicios de la Unidad.

⇒ Desarrollo del concepto de Unidad de Día.

Surge el concepto de Unidad de Día para intentar superar la dinámica de la consulta convencional agrupando en un mismo espacio las consultas de alta resolución y el Hospital de día. Se elimina el concepto de consulta tradicional utilizando la consulta como soporte de alta resolución para atención primaria. La Unidad de Día permite no solo la valoración del paciente, sino la realización de diferentes procedimientos en un mismo espacio, generando sinergias que permiten convertir la consulta en una Unidad finalista en múltiples procedimientos, adaptándose con mayor flexibilidad a las necesidades cambiantes del paciente.

Un papel fundamental en el desarrollo de la Unidad de Día ha sido el papel de la enfermería. La enfermera de la Unidad de día articula todo el trabajo realizado en la misma con un importante peso del trabajo colaborativo y de la gestión de caso tanto en el entorno hospitalario como en la transición con el domicilio. Su papel ha resultado esencial para dar coherencia a todo el proceso diagnóstico y terapéutico en un entorno tan hostil para los pacientes como es el entorno hospitalario¹⁵.

⇒ Alianzas estratégicas y acuerdos entre Unidades.

Los acuerdos con diferentes Unidades fueron fundamentales para la génesis y desarrollo de UCAMI. El acuerdo con la Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias para integrar la Unidad de Estancias Cortas, facilitó que el perfil de pacientes dominante en estas Unidades, pacientes con descompensaciones de EPOC e insuficiencia cardiaca, se re-direccionan hacia una política de continuidad asistencial con su internista de referencia. Los acuerdos con la Unidad de Oncología para integrar la Hospitalización de

¹⁵ Puede conocer la perspectiva de las enfermeras en la Unidad de Día visualizando el video <http://www.opimec.org/multimedia/3545/unidad-1-el-impacto-de-las-enfermedades-cronicas-experiencias-en-la-practica-cotidiana/> . Igualmente puede valorar la perspectiva de los pacientes en el video <http://www.opimec.org/multimedia/3546/unidad-1-el-impacto-de-las-enfermedades-cronicas-experiencias-de-pacientes-y-cuidadoras/>

Cuidados Paliativos facilitó un modelo integrado de cuidados paliativos que incluyera los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas no oncológicas.

Esta línea de desarrollo de acuerdos explícitos con diferentes Unidades se ha ido desarrollando con numerosas Unidades y especialmente las Unidades Quirúrgicas. En este sentido se han ido creando acuerdo con las Unidades de Traumatología y Cirugía Ortopédica, Urología, Cirugía General, Obstetricia y Ginecología, Neurocirugía, Hematología, Digestivo o Urgencias. Estos acuerdos han permitido definir de forma explícita las distintas poblaciones diana y los mecanismos de coordinación para la mejora de la continuidad asistencial. En estos acuerdos se desarrollan no solo los protocolos de intervención ante las diferentes demandas, sino que se identifican grupos de población en los que se interviene de forma proactiva generando nuevos procedimientos de co-manejo de pacientes.

Un papel clave ha tenido también la alianza estratégica con la Unidad de Farmacia de cara a potenciar los equipos multidisciplinares en el desarrollo de programas asistenciales y de investigación, con especial atención a la evaluación de la adecuación, la conciliación y adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedades crónicas. Igualmente ha tenido un importante papel en la incorporación de los nuevos sistemas de prescripción electrónica, en el desarrollo de comisiones de evaluación de fármacos de alto impacto, o en la política de seguridad y uso adecuado del medicamento.

⇒ Incorporación de nuevas herramientas y nuevos roles en los cuidados.

Durante los últimos años las enfermeras han puesto el acento en la importancia de la continuidad asistencial generando diferentes instrumentos y roles que favorezcan la misma. La planificación de las necesidades de cuidados, el Informe de Continuidad de Cuidados, la creación de la figura de enfermera referente en los ingresos hospitalarios, el protagonismo de las enfermeras de familia en la atención domiciliaria o, la creación de figuras como las enfermeras gestoras de caso, han revalorizado la importancia de la continuidad de cuidados y la necesidad de reforzar las competencias en la gestión de casos como instrumento para la mejora de la atención de los pacientes

con enfermedades crónicas. La gestión de caso concebida como el proceso de colaboración en el cual la enfermera interviene coordinándose con diferentes profesionales, movilizándolo los recursos necesarios, contribuyendo a una atención continuada inter-niveles, y resolviendo las necesidades de cuidados del paciente y su cuidadora está representando un elemento clave en el desarrollo de los planes de cuidados y especialmente en la activación de los dispositivos de soporte domiciliario y en la planificación de las altas hospitalarias.

Una aportación esencial en la planificación de los cuidados en los pacientes con discapacidad ha sido la puesta en valor del papel de la persona cuidadora. Los trabajos que hemos podido realizar para caracterizar el perfil de la persona cuidadora de nuestros pacientes pluripatológicos dan fe de ello¹⁶. El perfil de la cuidadora de los pacientes pluripatológicos se corresponde con mujeres familiares en primer grado de unos 60 años y más de la tercera parte están sobrecargadas. Por tanto el abordaje integral del paciente exige identificar a la persona cuidadora como objetivo terapéutico dentro de la estrategia de cuidados de nuestros pacientes.

Otra de las aportaciones fundamentales ha sido identificar la educación terapéutica al paciente y las cuidadoras como uno de los aspectos esenciales del proceso de cuidados. Un avance en este sentido ha sido la incorporación de la realización de talleres terapéuticos y la incorporación de la estrategia de paciente experto a través de las aulas de pacientes en colaboración con la Escuela de Paciente de Andalucía.

⇒ Desarrollo de los sistemas de información y herramientas de telemedicina.

Una de las prioridades de la Unidad ha sido el desarrollo de herramientas básicas de telemedicina y medidas de integración de la historia clínica compartida tales como el acceso del médico de familia a todo el sistema de información clínica del hospital (Distrito aljarafe y en desarrollo distrito Sevilla), sistema de identificación de pacientes pluripatológicos, sistema de alerta ante ingresos y altas, programas de teleasistencia con seguimiento proactivo en pacientes en cuidados paliativos o

¹⁶ *Lourdes Moreno-Gaviño, Máximo Bernabeu-Wittel, Margarita Álvarez-Tello, Manuel Rincón Gómez, Pilar Bohórquez Colombo, Manuel Cassani Garza, Manuel Ollero Baturone y Salvador García-Morillo. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. Aten Primaria. 2008;40(4):193-8.*

frágiles, posibilidad de interconsultas con sistema de mensajería, , conexión telefónica a través de teléfono móvil para la programación de ingresos y consultas puntuales, disponibilidad de sistema de Videoconferencias o la incorporación del programa de telemonitorización de bioconstantes (fase de desarrollo).

⇒ Un nuevo modelo de relación con el espacio socio sanitario.

La relación con el espacio socio-sanitario ha sido planteado en UCAMI en una triple dimensión. La primera de ellas ha sido el planteamiento de una estrategia específica para cubrir las necesidades de los pacientes, los cuidadores y los profesionales que están implicados en todo el proceso de atención de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, incluido el duelo. En esta línea recientemente se ha incorporado en la Unidad un Equipo de Atención Psico-Social dentro del programa desarrollado por la Obra Social "La Caixa"¹⁷. El segundo de los componentes es el trabajo con el voluntariado, tanto en el trabajo directo con voluntarios que se incorporan a las aulas de pacientes, como en el trabajo con las diferentes ONG que trabajan en el entorno de los cuidados paliativos, en el acompañamiento o las ONG de pacientes y especialmente las relacionadas con enfermedades minoritarias. La tercera de estas líneas de trabajo es el soporte hospitalario a los programas de atención a residencias y especialmente en el desarrollo de una oferta intersectorial de cuidados intermedios para adaptación al domicilio de aquellas personas que tras un evento agudo requieran, por su situación socio-familiar, un periodo previo de apoyo domiciliario o residencial antes de la integración en su entorno. Estos programas no han seguido el ritmo previsto de implantación y se encuentran en fase de planificación.

4.3 Los acuerdos de colaboración entre Unidades de Atención Primaria y UCAMI.

Los 27 Centros de Atención Primaria del Área Sanitaria tienen identificado un internista de referencia que responde con la cartera de servicio de la Unidad atendiendo un promedio de 25.000 habitantes. Para reforzar los vínculos de UCAMI con cada Unidad Clínica de Atención Primaria anualmente se firma un acuerdo de colaboración en el que queda reflejada de manera

¹⁷ Para conocer mejor estos programas se puede acceder a http://obrasocial.lacaixa.es/ambitos/home/atencionaenfermos_es.html

explícita cuales son los objetivos específicos del acuerdo, cuales las poblaciones diana, cuales los dispositivos que oferta la Unidad, cuales los compromisos del internista, como tienen que realizarse las transiciones entre atención primaria y hospital y cuales los objetivos específicos de calidad para ese año, incluyendo el perfil de prescripción farmacéutica, los objetivos de reducción de ingresos evitables, las actividades de formación, etcétera.

Es de destacar especialmente que los médicos de familia se comprometen a suprimir las derivaciones anónimas y a hacer las derivaciones previo contacto personalizado verbal. El internista se compromete a una demora inferior a una semana y en el caso de que sea necesario.

Por otra parte todos los servicios de la Unidad están sectorizados y ofertados a Atención Primaria, por lo que en el acuerdo quedan recogidos también los circuitos de acceso a Hospitalización Domiciliaria y Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos o al Hospital de Día para la realización de transfusiones, técnicas invasivas u otros procedimientos.

Epilogo:

Es probable que muchas de las personas que hayan acometido la lectura de este tema tengan la sensación de haber compartido un viaje. Cuanto aquí se recoge es fruto de la experiencia de un amplio grupo de profesionales con un fuerte compromiso con la sanidad pública y con una perspectiva crítica de su práctica cotidiana. Esto ha propiciado un continuo viaje de lo conceptual a la experiencia particular que ha ido generando un excepcional entorno de innovación. Quien firma este capítulo más que autor es portavoz de los diferentes equipos que han estado trabajando en los numerosos proyectos que aquí se mencionan. Es difícil hacer un reconocimiento explícito de todos y cada uno de los compañeros que han aportado a estos proyectos. Sin embargo, no quisiera dejar de mencionar a una persona que ha sido el alma de este viaje, el Dr. Jose Antonio Cuello Contreras, el primer Director de la UCAMI. Un hombre que en su larga trayectoria profesional ha sabido ejercer una medicina con corazón y una gestión con emoción.

Referencias bibliograficas

(Endnotes)

- 1 Ferrer Arrendo, C., D. Orozco, and P. Román. "Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud." *Ministerio de Sanidad y Política Social* (2012). http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.msssi.gob.es%2Forganizacion%2Fsns%2FplanCalidadSNS%2Fpdf%2FESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf&ei=pPlQVe7xOoaOyAS9vIH4Dg&usg=AFQjCNFelZO5C7xZDd6BHyGqXo3z7IIPeQ&sig2=9gfPAKTOaeITmEI7WLgIaA&bvm=bv.92885102,d.ZGU
- 2 Huber Machteld, Knottnerus J André, Green Lawrence, Horst Henriëtte van der, Jadad Alejandro R, Kromhout Daan et al. How should we define health? *BMJ* 2011; 343 :d4163 http://cybermed.eu/attachments/article/33014/How%20should%20we%20define%20health_.pdf
- 3 Monica Eriksson and Bengt Lindstro M. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, Vol. 23 No. 2 Advance Access published 20 March, 2008. <http://heapro.oxfordjournals.org/content/23/2/190.full.pdf>
- 4 D Francisco Viciana Fernández F, Hernández Rodríguez JA, Canto Casasolaña VD, Ávila Garzón AI. Longevidad y calidad de vida. *Instituto de Estadística de Andalucía. Consejería de Economía y Hacienda. Sevilla* 2003. <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/lcva>
- 5 Barnett K, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 2012, vol. 380, no 9836, p. 37-43. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612602402>
- 6 Prados-Torres, A., Calderón-Larrañaga, A., Hanco-Saavedra, J., Poblador-Plou, B., & van den Akker, M. (2014). Multimorbidity patterns: a systematic review. *Journal of clinical epidemiology*, 67(3), 254-266. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435613004368>

7 Wagner EH. *Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness?*. *Eff Clin Pract.* 1998 Aug-Sep;1(1):2-4.

8 Starfield, B. (2011). *Point: the changing nature of disease: implications for health services.* *Medical care* 2011; 49(11), 971-972. http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Citation/2011/11000/Point_The_Changing_Nature_of_Disease_.1.aspx

9 Starfield, B. *The hidden inequity in health care.* *Int J Equity Health*, 2011; 10(1), 15.

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1475-9276-10-15.pdf>

10 Ollero M, Orozco D, Domingo C, Román, P, López A, Melguizo J M, et al. *Conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. Documento de consenso.* Sevilla: Mergablum; 2011. (Disponible en: <https://www.semfyc.es/biblioteca/virtual/detalle/Declaracion+de+Sevilla.+Cronicos/>)

11 Ollero M (Coord.), Álvarez M, Barón B y cols. *Proceso Asistencial Integrado. Atención a Pacientes Pluripatológicos.* 2ª Edición. Consejería de Salud. Andalucía. 2007. http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pai/atencion_pacientes_pluripatologicos_v3?perfil=org

12 Ollero M, Álvarez TM, Barón FB, Bernabeu M, Codina A, Fernández A, et al. *Atención al paciente pluripatológico: Proceso Asistencial Integrado.* Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla (España); 2007. (Disponible en: http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pacientes_pluripatologicos/pluri.pdf)

13 García JS, Bernabeu M, Ollero M, Aguilar M, Ramírez N, González de la Puente MA, et al. *Incidencia y características clínicas de los pacientes pluripatológicos ingresados en una*

unidad de Medicina Interna. *Med Clin*. 2005;125:5-9. http://www.opimec.org/media/files/incidenciaPPP_Med_Clin20051.pdf

14 Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M, Bernabeu-Wittel M, Rincón-Gómez M, Ortiz-Camuñez MA, García-Morillo S. Clinical, functional, mental and sociofamiliar features in pluripathological patients. One-year prospective study in Primary Health Care. *Rev Clin Esp*. 2008;208:4-11. http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.opimec.org%2Fmedia%2Ffiles%2FPPPPRIMARIA-RCE08.pdf&ei=bPtQVb2XHIEBygTWroBo&usg=AFQjCNE_2Fge21ipvQ1-PYxpPgauhyS1WQ&sig2=53ZOzywnD0aJtpkixwvDBg&bvm=bv.92885102,d.aWw

15 Ollero M, Sanz R, Alguacil MD, Ortiz J, Díaz-Borrego J, García G, et al. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas: 2012-2016. Consejería de Salud: Junta de Andalucía; 2012. (Disponible en: <http://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PlanAtencEECC.pdf>)

16 Tinetti ME¹, Bogardus ST Jr, Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med*. 2004 Dec 30;351(27):2870-4. <https://www.ih.gov/NC4/Documents/GuidelinePitfallsNEJM.pdf>.

17 Jadad, A. R., To, M. J., Emara, M., & Jones, J. Consideration of multiple chronic diseases in randomized controlled trials. *JAMA* 2011; 306(24), 2670-2672. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1353100>

18 American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians. *J Am Geriatr Soc*. 2012; 60:E1-25. <http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCQqFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.biomedcentral.com%2Fcontent%2Fsupplementary%2Fs12875-015-0234-9-s3>.

19 Bernabeu-Wittel, M., Ollero-Baturone, M., Moreno-Gaviño, L., Barón-Franco, B., Fuertes, A., Murcia-Zaragoza, J., ... & Fernández-Moyano, A. Development of a new predictive model for poly pathological patients. The PROFUND index. *European*

journal of internal medicine 2011: 22(3), 311-317. <http://www.fesemi.org/documentos/1319192982/grupos/edad-avanzada/publicaciones/profund-ejinme-2010.pdf>

20 P. Bohórquez Colombo, M D Nieto Martín, B Pascual de la Pisa, M. J García Lozano, M. Ortiz Camúñez, M Bernabéu Wittel Validación de un modelo pronóstico para pacientes pluripatológicos en atención primaria: Estudio PROFUND en atención primaria. *Aten Primaria*. 2014;46(Supl.3):41-8. <http://www.elsevier.es/es-revista-atencin-primaria-27-articulo-validacion-un-modelo-pronostico-pacientes-90349702?referer=buscador>

21 Bernabeu-Wittel, M., Ollero-Baturone, M., Ruiz-Cantero, A., Moreno-Gaviño, L., Barón-Franco, B., Fuertes, A., ... & Alemán, A. . Functional decline over 1-year follow-up in a multicenter cohort of polypathological patients: a new approach to functional prognostication. *International Journal of Gerontology* 2012: 6(2), 68-74. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1873959811001098>

22 Bernabeu-Wittel, M., Murcia-Zaragoza, J., Hernández-Quiles, C., Escolano-Fernández, B., Jarava-Rol, G., Oliver, M., ... & Researchers, P. A. L. I. A. R. Development of a Six-Month Prognostic Index in Patients With Advanced Chronic Medical Conditions: The PALIAR Score. *Journal of pain and symptom management*, 2014: 47(3), 551-565.

23 Galván-Banqueri, M., de la Higuera-Vila, L., Vega-Coca, M. D., Martín, M. N., Pérez-Guerrero, C., & Santos-Ramos, B. Reliability of a questionnaire for pharmacological treatment appropriateness in patients with multiple chronic conditions. *European journal of internal medicine*, 2013; 24(5), 420-424. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S095362051300040X>