

El último año de...



Modelo de Atención a Crónicos (*Chronic Care Model*) y otras iniciativas de mejora de la calidad en la atención a los pacientes crónicos

Juan Gérvas

Médico general. Equipo CESCA. Madrid.

Mercedes Pérez Fernández

Médica general. Equipo CESCA. Madrid.

La atención clínica es manifiestamente mejorable en todos sus aspectos, desde el acceso a los servicios al seguimiento de los pacientes. Por ejemplo, en el simple lavado de las manos que se realiza entre el 15 y el 50% de las veces en que debería llevarse a cabo¹. Estos problemas de calidad repercuten en el resultado sanitario, en la morbilidad y en la mortalidad médicamente evitable². Y, por supuesto, las carencias son más evidentes cuando el cuadro es más complicado, más abigarrado y más crónico³. De ahí la preocupación por la mejora de la calidad clínica a los pacientes crónicos, y la iniciativa estadounidense del Modelo de Atención a Crónicos⁴. Puesto que el modelo parte de EE.UU., refleja a Crónica⁴. Puesto que la atención primaria débil y una falta de cobertura de toda la población (EE.UU. es el único país desarrollado del mundo que no tiene un sistema universal de aseguramiento sanitario).

En resumen, el *Chronic Care Model* trata de introducir en la atención ambulatoria un programa de calidad que mejore la atención al paciente crónico en seis áreas: 1) autoayuda para el paciente crónico (participación del paciente y de su familia en el seguimiento global), 2) soporte a la decisión profesional (guías clínicas y otros métodos), 3) mejoras en la atención clínica (reparto de tareas y responsabilidades según necesidades del paciente), 4) sistemas de información electrónica (para el seguimiento, la atención y la evaluación), 5) cambios en la organización (incentivos para mejora de la calidad, por ejemplo), y 6) participación comunitaria (para movilizar recursos no sanitarios). Se trata de cambiar la estructura y el proceso de la atención habitual, no de cambiar programas ajenos o ayudas externas específicas para crónicos.

En la práctica, este modelo se está implantando en EE.UU. y difundiendo en el resto del mundo sin que haya estudios sólidos que demuestren su efectividad⁵. Pero, puesto que el problema existe, es frecuente que se adopte una solución, por inútil que sea. Es decir, la atención a los pacientes crónicos es muy defectuosa, y hay que mejorarla. Si nos «venden» algo que promete conseguirlo, ¿por qué no «comprarlo»? Es un poco el mismo tipo de actitud ante los programas de gestión de casos, y de gestión de enfermedades, que también vienen de EE.UU., y del mismo

modo reflejan su cultura sanitaria y social⁶. Como sucede con estos programas de gestión, no hay una definición consistente del Modelo de Atención a Crónicos, y cada cual lo aplica con criterio propio. No hay un modelo de crónicos, sino cientos.

Visto desde el punto de vista científico no parece lógico adoptar iniciativas foráneas de dudosa utilidad, por más que compartamos el problema de fondo: la falta de calidad en la atención sanitaria. En el caso concreto de los pacientes crónicos, toda la retórica se estrella con la práctica del Modelo de Atención a Crónicos, pues no se suele referir a pacientes en su sentido global, sino a las enfermedades de enfermos padecen. Es más, como en los programas de gestión de enfermedades y de casos, se consideran sólo algunas enfermedades crónicas, tipo diabetes, insuficiencia cardíaca, asma, depresión, insuficiencia renal y EPOC. Se asocia enfermo crónico a enfermo anciano, y se delimitan algunas pocas enfermedades, que se consideran como tales y no en el contexto global del paciente (ni siquiera se considera la frecuente comorbilidad).

En la práctica clínica tenemos pacientes en su ambiente social y familiar, de forma que las enfermedades crónicas afectan a todo el espectro de edades (p. ej., atopía en niños, dismenorrea en adolescentes, tabaquismo en jóvenes, desempleo de larga duración en adultos jóvenes, síntomas médicamente inexplicables en adultos maduros y bocas sépticas y ruinosas en ancianos). Así pues, el reto de las enfermedades crónicas (las que duran más de 6 meses) no se ciñe a unas pocas que afectan al anciano, sino a un conjunto de problemas de salud en todos los grupos de edad, y su variedad exige un cambio global, una mejora general y no sólo simples respuestas sencillas y cuasi-mágicas listas para copiar.

Bibliografía

1. Pi-Sunyer T, Banqué M, Freixas N, Barcenilla F. Higiene de las manos: evidencia científica y sentido común. *Med Clin Monogr (Barc)*. 2008;131(Supl 3):56-9.
2. Gispert R, Barés A, Freitas A, Torné A, Puigdefabres A, Alberquilla A et al. Medida del resultado de las intervenciones sanitarias en España: una aproximación mediante el análisis temporal y espacial de la mortalidad evitable entre 1986-2001. *Rev Esp Salud Pública*. 2006;80:139-55.

3. Bengoa R. Empantanados. *Rev Innovación Sanit Aten Integrada*. 2008;1:1,art 8. Disponible en: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss1/8/>
4. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*. 1996;74:511-44.
5. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Affairs*. 2009;28:75-85.
6. Gervas J. La gestión de casos y de enfermedades, y la mejora de la coordinación de la atención sanitaria en España. *Gac Sanit*. 2008;22(Supl 1):163-8.

> 1 ALGO TIENE BUENO EL MODELO DE ATENCIÓN A CRÓNICOS

Pregunta

¿Qué enseña en la práctica el Modelo de Atención a Crónicos?

Respuesta

Que es posible mejorar el proceso de atención a los pacientes con determinadas enfermedades crónicas, con algún resultado intermedio positivo y con dudas acerca de la justificación del coste de la innovación.

Resumen del artículo

Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Affairs*. 2009;28:75-85.

Contexto. Las propuestas teóricas de innovación fracasan muchas veces en la práctica clínica, por lo que conviene su evaluación.

Objetivo. Algunos de los fundadores del Modelo de Atención a Crónicos intentan valorar su impacto en el proceso de atención, la salud de los pacientes y el coste de los servicios.

Tipo de estudio. Revisión de la bibliografía.

Métodos. Puesto que no existe la definición exacta del Modelo de Atención a Crónicos, los autores emplean el *Science Citation Index* para localizar aquellos trabajos empíricos (con datos de la clínica diaria de atención primaria), en inglés, que reivindican el uso del modelo, publicados entre enero de 2000 y marzo de 2008, y que citan algunos de los textos clásicos, básicamente firmados por Wagner y Bodenheimer^{1,2}.

Resultados. Se localizaron 944 textos. En la revisión de los mismos se valoró para su inclusión que el modelo aplicable contara al menos con cuatro de las características básicas (de

las seis descritas en la «introducción» de este trabajo) y se excluyó a los que dependieron de agencias especializadas o no se referían a pacientes ambulatorios. Al final se pudo extraer información de 84 publicaciones. Los hechos demuestran que se puede aplicar el Modelo de Atención a Crónicos incluso en centros con gran carga asistencial, y que en general se mejora el proceso de atención. Sin resultados claros, en algunos estudios disminuyen también las complicaciones de los pacientes con las enfermedades crónicas seleccionadas; por ejemplo, menos hospitalizaciones en pacientes con insuficiencia cardíaca y menos eventos cardiovasculares en diabéticos. Acerca del gasto, los resultados son muy escasos, aunque hay datos sobre pacientes diabéticos en los que compensa por la mejora de la calidad de vida (menos cegueras, insuficiencias renales y enfermedad coronaria).

Comentario

El impulso para mejorar la calidad clínica conlleva por sí mismo un cambio positivo en la atención. Además, ese impulso se da en determinadas organizaciones que se someten voluntariamente al ejercicio, lo que limita la validez de los resultados. Pese a todas las limitaciones, la evaluación general del Modelo de Atención a Crónicos enseña que su aplicación es variopinta, que sirve sobre todo en centros de un cierto tamaño y capacidad tecnológica, y que en determinados casos mejora el proceso y el resultado sanitario.

Bibliografía

1. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002;288:1775-9.
2. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. The Chronic Care Model. *JAMA*. 2002; 288:1909-14.

> 2 ES DIFÍCIL LOGRAR LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE (AUTOAYUDA), PERO PARECE VALER LA PENA, AL MENOS EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

Pregunta

¿Cómo se logra en la práctica el primer componente del Modelo de Atención a Crónicos, la autoayuda?

Respuesta

A través de un cambio en los profesionales de todos los niveles para convertir a los pacientes y a sus familiares en participantes activos del tratamiento y seguimiento.

Resumen del artículo

Bourbeau J, Pale J. Promoting effective self-management programmes to improve COPD. *Eur Respir J*. 2009;33:461-3.

Contexto. El Modelo de Atención a Crónicos es multifactorial, pero el componente que implica mayor cambio conceptual es el de la autoayuda, el dejar gran parte de la gestión de la propia enfermedad al paciente y a sus familiares.

Objetivo. Revisar el concepto y la aplicación de la autoayuda en el caso de los pacientes con EPOC.

Tipo de estudio. Revisión editorial.

Métodos. Consideraciones a partir de la bibliografía sobre la complejidad del cambio que se propone al paciente. Se valorará primero la eficacia del cambio y después se evalúan los componentes que deben cambiar en la práctica clínica. Finalmente se hace un listado de las estrategias consecutivas que aseguran el éxito del plan de autoayuda.

Resultados. El fomento de la autogestión de la enfermedad mejora el resultado sanitario, medido a través de una reducción de las visitas a urgencias y de la duración de los ingresos hospitalarios, pero no hay resultados estandarizados que permitan definir una forma práctica de aplicación¹. No está demostrado que la autoayuda logre disminuir los costes de la atención. La autoayuda es mucho más que educación del paciente, pues no se trata sólo de enseñar, sino de lograr que los pacientes cambien sus conductas y sean capaces de colaborar con los profesionales en el seguimiento global de su enfermedad. Se trata de que mejoren sus habilidades, conocimientos y decisiones respecto al tratamiento medicamentoso y a otras alternativas (ejercicio y técnicas respiratorias, por ejemplo). Los profesionales necesitan formación específica para lograr el cambio en los pacientes.

Comentario

Los proponentes del Modelo de Atención a Crónicos se enfrentan siempre a la definición precisa de lo que analizan. Buen ejemplo es este texto, que concluye pidiendo estandarización del proceso para poder hacer evaluación rigurosa. Mientras tanto se piden sin mucho fundamento «gestores de autoayuda», un poco como se piden «gestores de casos» en los programas de gestión de enfermedades². Es decir, parece que vale la pena el esfuerzo de transmitir conocimientos, habilidades y capacidades a los pacientes con EPOC, pero no sabemos bien cómo hacerlo.

Bibliografía

1. Adams SG, Smith PK, Allan PF, Anzuelo A, Pugh JA, Cornell JE. Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. *Arch Intern Med*. 2007;167:551-61.
2. Gervas J. La gestión de casos y de enfermedades, y la mejora de la coordinación de la atención sanitaria en España. *Gac Sanit*. 2008;22(Supl 1):163-8.

> 3

SI QUIERE MEJORAR LA ATENCIÓN A LA INSUFICIENCIA CARDÍACA, UTILICE UN EQUIPO MULTIPROFESIONAL Y HABLE CON LOS PACIENTES CARA A CARA

Pregunta

¿Qué componentes son clave en la aplicación del Modelo de Atención a Crónicos a los pacientes con insuficiencia cardíaca?

Respuesta

El trabajo en equipo multiprofesional y los contactos personales cara a cara entre profesionales y pacientes.

Resumen del artículo

Sochalski J, Jaarsma T, Krumholz HM, Laramie A, McMurray JJV, Taylor MD et al. What works in chronic care management: the case of heart failure. *Health Affairs*. 2009;28:179-89.

Contexto. Hay preocupación mundial por el seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca. Su atención es muy defectuosa y lleva a mala calidad de vida, consultas a urgencias y reingresos frecuentes. El Modelo de Atención a Crónicos y otros programas de gestión a pacientes crónicos parecen prometer una solución a esta defectuosa calidad, pero los resultados son frustrantes.

Objetivo. Identificar los elementos clave del Modelo de Atención a Crónicos y de otros programas de atención a crónicos que han demostrado eficacia (menos reingresos hospitalarios y menor duración del reingreso) en estudios empíricos en pacientes con insuficiencia cardíaca.

Tipo de estudio. Análisis de ensayos clínicos.

Métodos. Se sumaron los datos de 10 ensayos clínicos (seis estadounidenses, dos australianos, uno holandés y uno inglés), y se estudiaron los resultados teniendo en cuenta variables del paciente y del proceso de atención (contenido del programa, método de contacto con el paciente y otras características). Los resultados se confrontaron con los cambios en el reingreso, y estos datos se ajustaron para tener en cuenta las diferencias según países, duración del estudio y año del mismo (las políticas de reingreso han ido cambiando con el tiempo).

Resultados. Dos son las características asociadas a mejor resultado: la composición multiprofesional del equipo que atiende a los pacientes, y el contacto personal cara a cara entre profesionales y enfermos.

Comentario

Este trabajo se produce a partir de la frustración de varias agencias sanitarias públicas de EE.UU. que han invertido dinero y tiempo en intentar mejorar la atención a los pacientes crónicos (sobre todo, con diabetes, EPOC e insuficiencia cardíaca)¹. Al cabo, los resultados no son los esperados, sobre todo si se tiene en cuenta el coste de la atención. Y, como era de esperar en este caso, lo que mejora a los pacientes con insuficiencia cardíaca es justo lo que se puede lograr con una atención primaria fuerte: un equipo multiprofesional y un contacto cara a cara^{2,3}.

Bibliografía

1. Anderson GF. Medicare and chronic conditions. *N Engl J Med*. 2005;353:305-9.
2. Gervas J, Seminario Innovación 2005. Potenciar la atención primaria para mejorar el seguimiento de la insuficiencia cardíaca en los países desarrollados. *Aten Primaria*. 2006;37:457-9.
3. Gervas J, Seminario de Innovación 2005. Sustitución de la primaria por la especializada. Algunas cuestiones en torno al seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca. *SEMERGEN*. 2006;32:125-31.

> 4

EN EUROPA TAMBIÉN NECESITAMOS MEJORAR LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS, PERO HAY QUE TENER EN CUENTA LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS DISTINTOS SISTEMAS SANITARIOS

Pregunta

¿En Europa también tenemos problemas con la calidad de la atención a los pacientes crónicos y, si la respuesta es positiva, en qué depende de los sistemas sanitarios?

Respuesta

Los problemas de falta de calidad en la atención a los pacientes crónicos son internacionales, y las respuestas a los mismos dependen mucho de las características de los sistemas sanitarios nacionales.

Resumen del artículo

Greeb S, Baan CA, Calnan M, Dedeu T, Groenewegen P, Howson H et al. Coordination and management of chronic conditions in Europe. Position paper of the European Forum for Primary Care. *Q Primary Care*. 2009;17:75-86.

Contexto. Los países europeos desarrollados comparten mucha historia y mucha cultura. Por ello puede aprovecharse la comparación entre sus sistemas sanitarios para aprender y razonar ante las distintas alternativas y soluciones a problemas comunes. En este caso se trata de las posibilidades de coordinación y de atención clínica a los pacientes crónicos, y se preten-

de valorar el impacto de las características de los distintos sistemas sanitarios.

Objetivo. Valorar los problemas que repercuten en la calidad de la asistencia a los pacientes crónicos en Europa, las distintas respuestas a los mismos y su relación con las características de los sistemas sanitarios.

Método. Análisis de la información aportada por los participantes, y de las publicaciones al respecto, sobre varios países europeos (Alemania, Austria, Bélgica, España, Finlandia, Holanda y el Reino Unido). Se estudian primero los distintos sistemas (se acepta que tienen atención primaria fuerte España-Cataluña, Holanda y el Reino Unido-Gales e Inglaterra). Después se analizan los problemas en la atención a los pacientes crónicos, y sus distintas respuestas prácticas, según los seis componentes del Modelo de Atención a Crónicos¹. Finalmente se tienen en cuenta las características de los sistemas sanitarios para hacer consideraciones varias.

Resultados. Los sistemas sanitarios europeos analizados difieren en características básicas, de forma que Alemania, Austria y Bélgica se basan en médicos generales predominante por acto. Los países con atención primaria fuerte tienen pago capitulo y lista de pacientes. Los problemas identificados en la atención a los pacientes crónicos son comunes, especialmente en el clave, de coordinación de la atención (pero también en otros como falta de autoayuda para los pacientes, brecha entre conocimientos y práctica clínica, variabilidad no justificada científicamente, falta de prevención, coste creciente y uso ineficiente de recursos). Los intentos de mejorar los seis aspectos del Modelo de Atención a Crónicos se dan en todos los países, en algunos con iniciativas nacionales, de arriba abajo (Reino Unido y Alemania), y a veces más orientados a los programas de gestión de enfermedades (Alemania). En general, las posibilidades son mayores en los países con atención primaria fuerte.

Comentario

La calidad en la atención a los pacientes crónicos puede lograrse a través de iniciativas verticales (programas de gestión de casos y de enfermedades, Modelo de Atención a Crónicos y demás) o a través de una respuesta horizontal, de mejora global de la atención primaria. Esta segunda opción es la más lógica, pues los problemas de salud crónicos son múltiples y son muchos los pacientes que tienen múltiples problemas de salud^{2,3}. De ahí los resultados de este trabajo, que apoyan el desarrollo de una atención primaria fuerte.

Bibliografía

1. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*. 2001;20:64-78.
2. Gervas J. La gestión de casos (y de enfermedades), una organización vertical de los servicios sanitarios. *SEMERGEN*. 2005;31:370-4.

3. Gérvas J. La gestión de casos y de enfermedades, y la mejora de la coordinación de la atención sanitaria en España. *Gac Sanit.* 2008;22(Supl 1):163-8.

> 5

EN LA PRÁCTICA, PUEDE TENER MÁS IMPACTO EN LA CARGA DE TRABAJO DEL MÉDICO GENERAL EL TAMAÑO DEL CENTRO QUE LA ORGANIZACIÓN DEL MISMO

Pregunta

¿En Europa, en qué forma repercute sobre la carga de trabajo la organización según el Modelo de Atención a Crónicos?

Respuesta

En Europa parece más importante el tamaño del centro de salud que la forma de organización del mismo; a mayor tamaño, menos carga de trabajo.

Resumen del artículo

Wensing M, Hombergh P, Doremalen J, Grol R, Szecsenyi J. General practitioners' workload associated to practice size rather than chronic care organization. *Health Policy.* 2009;89:124-9.

Contexto. Las propuestas de mejora de la atención a los pacientes crónicos parecen conllevar una sobrecarga del trabajo clínico. Pero sabemos poco sobre las variables que influyen en la carga de trabajo del médico general, de forma que vale la pena explorar esta cuestión sin prejuicios.

Objetivo. Analizar la carga de trabajo del médico general según el cumplimiento de los componentes del Modelo de Atención a Crónicos.

Tipo de estudio. Análisis secundario de los datos de un estudio observacional.

Métodos. Se partió de los datos de 292 consultorios europeos (Alemania, Austria, Bélgica, Eslovenia, Francia, Holanda, Reino Unido-Gales e Inglaterra, y Suiza) e israelíes. Se pudieron utilizar los de 140, que proporcionaron información para emplear el *European Practice Assessment*¹, y segregar los componentes que permiten medir la aplicación en la práctica del Modelo de Atención a Crónicos. Se hizo una regresión lineal mixta con la carga de trabajo como variable independiente. Se valoró también el impacto de otras características, como tamaño del consultorio/centro de salud y presencia de personal sanitario no médico.

Resultados. En los resultados sin ponderar, el Modelo de Atención a Crónicos se asocia a mayor carga de trabajo. Sin embargo, al corregir por otras variables, lo importante es el tamaño del consultorio/centro de salud, pues la carga de trabajo para el médico general disminuye según aumenta el tamaño del centro. La carga de trabajo del médico general también aumenta con la presencia de personal sanitario no médico. Los consultorios/centros de salud grandes parecen hacer uso de más tecnología de la información. No se puede descartar que la menor carga de trabajo del médico general en estos centros se deba a la prestación de servicios de menor calidad.

Comentario

Los resultados de este estudio arrojan luz sobre las consecuencias de la organización clínica según el Modelo de Atención a Crónicos. En contra de lo esperado, las complicaciones del modelo no aumentan la carga del trabajo del médico general. Tampoco se puede demostrar una mejor calidad en la prestación de servicios en los centros más grandes y con mejor tecnología, lo que ya sabíamos^{1,2}. En todo caso, los centros grandes ayudan a disminuir la carga de trabajo del médico general, quizá por la presencia de más enfermeras y otro personal, pero no por la presencia de más enfermeras y otro personal.

Bibliografía

- Engels Y, Dautzenberg M, Campbell S, Broge B, Bofia N, Marshall M et al. Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices. *Fam Pract.* 2006;23:137-47.
- Yano EM, Soban LM, Parkerton PH, Etzioni DA. Primary care practice organization influences colon cancer screening. *Health Serv Res.* 2007;42:1150-76.

> 6

EN EL REINO UNIDO ES RECIENTE EL INTERÉS SISTEMÁTICO POR LA MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN A LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Pregunta

¿Qué se ha hecho en el Reino Unido para mejorar la calidad de la atención a las enfermedades crónicas?

Respuesta

Mucho en general y poco en lo concreto, sobre todo por falta de financiación.

Resumen del artículo

Ham C. Chronic care in the English National Health Service: progress and challenges. *Health Affairs.* 2009;28:190-201.

Contexto. La medicina general está, en el Reino Unido, en permanente cambio desde hace casi dos décadas, sin que se hayan evaluado a fondo muchas de las cambiantes iniciativas. Sin embargo, siempre tiene interés lo que allí sucede, pues da la oportunidad de aprender sin riesgos a los observadores ajenos. Entre la innovación, el énfasis en la mejora de la calidad en la atención a las enfermedades crónicas.

Objetivo. Exponer las iniciativas inglesas recientes en torno a la gestión de enfermedades crónicas.

Tipo de estudio. Narrativo.

Métodos. Revisión histórica y analítica de la política sanitaria inglesa respecto a enfermedades crónicas en los últimos 10 años. Valoración de los orígenes y actividades en este campo, exposición de las distintas iniciativas y análisis de las cuestiones pendientes.

Resultados. En el Reino Unido hay interés por la mejora de la calidad de la atención a los pacientes crónicos desde comienzos de la década de 1990. Pero sólo en 2004 se agruparon las distintas iniciativas y el Gobierno hizo explícito su interés en este campo. Son tres los factores que han incluido en convertir en prioritario este aspecto de la calidad: el cambio en la morbilidad (aumento de las enfermedades crónicas), la percepción de que es algo manifiestamente mejorable y el cumplimiento de objetivos previos, lo que dejaba libre recursos. Casi todo lo hecho se enmarca en programas de gestión de enfermedades y de casos, más que en el Modelo de Atención a Crónicos en sí mismo. Por ejemplo, el programa *Evercare*, con enfermeras especializadas en mantener a pacientes crónicos a domicilio¹. El análisis de esta experiencia demostró su fracaso respecto a impacto en readmisiones y mortalidad, lo que ha llevado al desarrollo de otra iniciativa para identificar a pacientes con alto riesgo de reingresos. En general se reconoce que hay preocupación por la calidad de la atención a los pacientes crónicos, pero que no se han introducido reformas con recursos y determinación para provocar cambios profundos a este respecto.

Comentario

Ante los problemas no caben declaraciones retóricas, sino decisiones prácticas que provoquen cambios oportunos y mantenidos. De esto no hay mucho ni en el Reino Unido ni en otros países. Es evidente que hay iniciativas, pero carecen de las reformas globales y de los recursos necesarios para que tengan impacto en la salud de los pacientes

Bibliografía

1. Gravelle H, Dusheiko M, Sheaff R, Sargent P, Boaden R, Pickard S et al. Impact of case management (*Evercare*) on frail elderly patients. Controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *BMJ*. 2007;334:31-4.

> 7

EN ESPAÑA PRESTAR ATENCIÓN DE CALIDAD A LOS CRÓNICOS EXIGE CAMBIOS PROFUNDOS EN EL SISTEMA SANITARIO

Pregunta

¿Cómo lograr un cambio en España que lleve a la mejor atención a los pacientes crónicos?

Respuesta

Con la promoción del liderazgo local y con la gestión de sistemas, no de estructuras.

Resumen del artículo

Bengoa R. Empantanados. *Rev Innovación Sanit Aten Integrida*. 2008;1:1,art 8. Disponible en: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss1/8/>

Contexto. En España tenemos los mismos problemas que en el resto del mundo desarrollado, de forma que la atención a los pacientes crónicos tiene graves problemas, lo que lleva a pérdidas de calidad de vida, mortalidad evitable e ineficiente uso de los recursos. Además, el sistema sanitario se ha fragmentado sin perder sus características básicas, sin gran adaptación a la realidad autonómica y local.

Objetivo. Proponer cambios posibles que lleven a la mejora de la atención a los pacientes crónicos.

Tipo de estudio. Revisión conceptual a partir de datos sobre uso y organización de los servicios.

Métodos. Revisión de la situación actual del sistema sanitario español, con análisis de sus defectos y propuestas de cambios posibles de forma que se mejore la atención a los pacientes crónicos.

Resultados. El sistema sanitario español está fragmentado en estructuras (hospitales, atención primaria, asilos, etc.) que se coordinan mal entre sí, con graves consecuencias para la salud de los pacientes crónicos. Además, en su génesis tiene una orientación hacia los problemas agudos y una gestión centralizada. La descentralización a las comunidades autónomas no ha disminuido el estilo rígido de gestión de arriba abajo. Sin cambios no será posible dar respuesta a los problemas que hacen evidentes los crónicos. Conviene dar más voz a los pacientes y sus familiares, introducir incentivos adecuados y sobre todo fomentar el liderazgo local. Con un modelo único centralizado no se da respuesta a los problemas locales. Tampoco se puede gestionar para mejorar la calidad de la atención a los crónicos si el foco está en estructuras en vez de en sistemas; los pacientes van y vienen y cruzan fronteras que no tienen que existir. Se precisa una gestión integrada.

Comentario

Los pacientes crónicos no tienen nada de especial, excepto que sirven de indicadores de los defectos de la organización sanitaria. La falta de calidad en su atención es similar a la que sufren los pacientes con problemas agudos. La respuesta es y debe ser común a los problemas de la calidad, pero exige cambios psicológicos y de poder difíciles de implantar. La integración, la delegación, el fomento de la innovación y el liderazgo local son cuestiones difíciles de llevar a la práctica, por más que haya experiencia española al respecto, sobre todo catalana¹⁻³.

Bibliografía

1. Meneu R, Ortún V, Rodríguez-Artalejo F (coordinadores). Innovaciones en gestión clínica y sanitaria. Barcelona: Masson; 2005.
2. Gervas J, Pané O, Sicras A, Seminario Innovación Atención Primaria 2006. Capacidad de respuesta de la atención primaria y redes de servicio. El caso del Consorci Hospitalari de Catalunya. Aten Primaria. 2006;38:506-10.
3. Vázquez-Navarrete ML, Vargas I (coordinadoras). Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007.

> 8
EN EE.UU. SE PRECISAN MÁS PROFESIONALES PARA MÁS PACIENTES CRÓNICOS

Pregunta

¿Hay profesionales suficientes para dar respuesta a las necesidades de atención a los pacientes crónicos?

Respuesta

No, al menos si se sigue manteniendo la misma organización sanitaria (en EE.UU.).

Resumen del artículo

Bodenheimer T, Chen E, Bennett HD. Confronting the growing burden of chronic disease: can the US health care workforce do the job? *Health Affairs*. 2009;28:64-74.

Contexto. Hay mucho de ideología detrás de las propuestas de cambio para mejorar la atención a los pacientes crónicos. Sobre todo, se acepta la estructura y organización sanitaria estadounidense, que es la que lidera el cambio, con sus peculiares problemas de gasto desbordado y sistema sanitario desestructurado. Da la impresión de que no hay personal suficiente para dar abasto a los nuevos problemas, pero todo ello desde el punto de vista de los EE.UU.

Objetivo. Valorar en EE.UU. las necesidades de profesionales sanitarios que conlleva la epidemia de enfermedades crónicas.

Tipo de estudio. Análisis de necesidades futuras y recursos presentes.

Métodos. Se estudia el problema según su magnitud e impacto en el coste sanitario para dar respuesta a cuatro cuestiones: ¿puede tener importancia la prevención para disminuir el número y gravedad de las enfermedades crónicas?, ¿en qué profesionales debe cargar especialmente la atención a crónicos?, ¿se prevé un suficiente número de profesionales adecuado a las necesidades futuras?, y ¿es el pago por acto, la actual forma de pago predominante en EE.UU., la mejor opción para la remuneración?

Resultados. La prevención en forma de legislación, normas y actividades de salud pública puede tener algún efecto en la disminución del tabaquismo, obesidad y sedentarismo, pero no puede esperarse una eficacia que obvie los problemas. La carga de los crónicos no puede recaer en los distintos especialistas, por la comorbilidad y las necesidades de seguimiento global del paciente; los médicos generales lo pueden hacer mejor, pero difícilmente podrían dar respuesta a todo lo que requiere la atención adecuada a los crónicos, con delegación del trabajo a equipos multidisciplinarios, con delegación de respuesta a personal no médico. En EE.UU. no se prevé una adecuada respuesta de formación de personal sanitario capaz de dar atención de calidad a los pacientes crónicos. La forma de pago por acto es la menos idónea para este problema.

Comentario

Los cálculos en EE.UU. sobre el futuro de la atención crónica se fiaron mucho del estudio que sugirió más de 10 horas diarias de trabajo del médico general para dar respuesta de calidad a los crónicos de su cupo¹. Este estudio contrasta con el europeo comentado antes², que no encuentra repercusión del Modelo de Atención a Crónicos en la carga de trabajo del médico general, quizá por la mejor organización sanitaria y social europea. En todo caso, parece lógico que se deleguen responsabilidades y autoridad en el personal de enfermería, en los trabajadores sociales y en los farmacéuticos, por razones prácticas y de eficiencia, de forma que el médico se concentre en los pacientes complejos y/o descompensados^{3,4}.

Bibliografía

1. Ostbye T, Yarnall K, Krause K, Pollak KI, Gradism M, Michener J. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med*. 2005;3:209-14.
2. Wensing M, Hombergh P, Doremalen J, Grol R, Szecsenyi J. General practitioners' workload associated with practice size rather than chronic care organization. *Health Policy*. 2009;89:124-9.
3. Casajuana J. En búsqueda de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. *FMC*. 2005;12:598-81.
4. Gervas J, Bonis J, Seminario Innovación 2007. El debate profesional acerca de la escasez de médicos. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:627-35.

**> 9
ENTRE LOS PACIENTES CRÓNICOS NO ESTÁN TODOS
LOS QUE SON, NI SON TODOS LOS QUE ESTÁN**

Pregunta

¿Todos los pacientes catalogados como asmáticos son de verdad asmáticos?

Respuesta

No. Hasta el 30% de los asmáticos no son tales (al menos en Canadá).

Resumen del artículo

Aaron SD, Vandemheen KL, Boulet LP, McIvor RA, Fitzgerald JM, Hernández P et al. Overdiagnosis of asthma in obese and nonobese adults. *CMAJ*. 2008;179:1121-31.

Contexto. En todos los textos sobre enfermos crónicos se suelen presentar cifras que aterrorizan un poco, al estimar la prevalencia de diabetes, asma y las enfermedades crónicas «habituales». Sin embargo, el número de crónicos depende mucho de las definiciones médicas de enfermedad de «introducción» de este trabajo, que no merecen atención, en la «atopía» en el niño a la esquizofrenia en el joven, por ejemplo). Incluso reduciéndonos al limitado espectro de enfermedades consideradas crónicas «habituales», hay problemas graves de inclusión, como demuestra el caso del asma.

Objetivo. Determinar la prevalencia de asma entre los pacientes adultos diagnosticados de tal enfermedad.

Tipo de estudio. De intervención sobre pacientes localizados al azar.

Métodos. A lo largo de 2006 y 2007 se localizó a los pacientes (mayores de 16 años) a través de llamadas telefónicas al azar, según un listado geográfico estratificado en ocho ciudades distribuidas por todo Canadá. Se excluyó a los que tomaban corticoides orales, fumaban (para descartar EPOC), habían tenido infarto de miocardio o ictus en los 3 meses anteriores, o no podían hacer una espirometría. Con 75.012 llamadas se logró localizar a 540 pacientes como participantes, a los que se les hizo espirometría, prueba con metacolina y seguimiento 6 meses sin tratamiento si se sospechaba que no tenían asma, con posterior reevaluación. Así se pudo determinar que el 32% de los asmáticos obesos no tenían asma, y la cifra era del 29% para los no obesos. Se confirma en el siglo XXI algo que ya sabíamos en el siglo XX¹.

Comentario

El sobrediagnóstico es un problema habitual en medicina. Y más agudizado cuanto más toma contacto la población con los médicos. Por eso, ante la insistencia en el tamaño de la epidemia de enfermedades crónicas conviene pensar en los no incluidos (con enfermedades crónicas «sin interés») y en los incluidos sin justificación.

Bibliografía

1. Barraclough R, Devereux G, Hendrick DJ, Stenton SC. Apparent but no real increase in asthma prevalence during the 1990s. *Eur Respir J*. 2002;20:826-33.

**> 10
EL AUMENTO DE LA CALIDAD EN LOS PACIENTES
CRÓNICOS PUEDE SER MORTAL**

Pregunta

¿Es beneficioso el aumento de la calidad de la atención y el control estricto de sus glucemias y hemoglobinas glucosiladas para la salud de los pacientes diabéticos tipo 2?

Respuesta

No, pues provoca mayor morbilidad y mortalidad.

Resumen del artículo

Havas S. The ACCORD Trial and control of blood glucose level in type 2 diabetes mellitus. *Arch Intern Med*. 2009;169:150-4.

Contexto. Las iniciativas tipo Modelo de Atención a Crónicos y los programas de gestión de enfermedades y casos suelen dar por demostrado que es positiva toda mejora del proceso de atención, del incremento de la calidad medida por el cumplimiento de protocolos y guías clínicas. Sin embargo, no conviene pasar de los resultados intermedios (como las cifras de hemoglobina glucosilada en los diabéticos) al resultado final (mejoras en la salud de los pacientes diabéticos).

Objetivo. Dar respuesta a la cuestión de por qué los médicos clínicos siguen pensando en el control estricto de la diabetes, pese a su impacto negativo en salud.

Tipo de estudio. Análisis editorial.

Métodos. Valoración de los ensayos clínicos cuyo objetivo fuera el control estricto de las cifras de glucemia y el mantenimiento de la hemoglobina glucosilada en niveles menores del 7%. Valoración del impacto de los resultados en la práctica clínica.

Resultados. Desde la década de 1960 hay suficientes ensayos clínicos como para concluir sin dudas que es impru-

dente el control estricto de las glucemias en los pacientes diabéticos tipo 2. De hecho, nunca se ha demostrado ninguna ventaja, y siempre se ha concluido con más muertes y complicaciones en los pacientes con estricto control. Sin embargo, los médicos y sus organizaciones siguen recomendando el control estricto, quizá por la racionalidad de que: *a)* las cifras sin control se asocian a más complicaciones y *b)* en los diabéticos tipo 1 el control estricto con insulina se asocia a mejores resultados. Lo prudente en los diabéticos es cuidar su hipertensión y su hiperlipemia y no emplear tratamiento con múltiples medicamentos. Y en general, lo prudente es no fiarse de los resultados intermedios (tipo cifra de hemoglobina glucosilada) y no promover incentivos y modelos que llevan al control de variables de fácil medida por su propia sencillez^{1,2}

Comentario

La identificación de un problema no suele llevar directamente a encontrar una solución fácil y simple. Es cierto que

la atención a los pacientes diabéticos es de mala calidad, muy mejorable. Pero la solución no es fácil, y no se puede pretender lograr resolver el problema, por ejemplo, con la simple monitorización de la hemoglobina glucosilada y la fuerte incentivación de los niveles bajos, de menos del 7% (¡e incluso de menos del 6%!). Los programas de gestión de enfermedades y casos, y el Modelo de Atención a Crónicos, son respuestas inciertas a problemas graves. Conviene la prudencia en su adopción, pues ni hay soluciones mágicas ni existen recetas universales.

Bibliografía

1. Gervas J, Pérez Fernández M. El resultado intermedio como problema clínico y de salud pública. A propósito de la mortalidad por cervicostatinina. *Med Clin (Barc)*. 2002;119:254-9.
2. Gervas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA, Seminario Innovación Atención Primaria 2007. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:584-96.

¿Debo leer este número?

Respuestas correctas	
1	F
2	V
3	F
4	F
5	V
6	V
7	V
8	F
9	F
10	V
11	F
12	V
13	V
14	F
15	F
16	V
17	F
18	F
19	V
20	V

Si has fallado alguna de las preguntas, te recomendamos, en función de tus respuestas, los siguientes artículos:

Preguntas	Artículos recomendados
1 y 2	Sequedad vaginal
3 a 5	Problemas de altos vuelos
6 a 8	Modelo de Atención a Crónicos
9 a 11	Disfunción eréctil
12 a 15	Hepatopatía crónica
16 a 18	Paso a paso: inserción de un DIU
19 y 20	Experiencias: inserción de un DIU