

Juan Gervas. Médico general, Equipo CESCA, Madrid

## El Modelo de Atención a Crónicos (*Chronic Care Model*)

# ¿Qué puede aportar y qué inconvenientes tiene?

### Aspectos básicos

1. Tenemos necesidad imperiosa de mejorar la atención a los pacientes crónicos (no a las enfermedades), pues hay una brecha entre la eficacia y la efectividad al respecto (entre lo que se podría hacer y lo que se hace).
2. Las enfermedades crónicas frecuentes son cientos (desde depresión a hipotiroidismo pasando por atopia, enfermedad de Crohn, retraso mental, úlceras vasculares, hemorroides y hallus valgus) y afectan al conjunto de la población en todas las edades. Es un error ceñir el interés a las cinco «grandes» (asma, diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca y EPOC) y considerar sólo a los ancianos al respecto.
3. La enfermedad crónica interacciona con otras enfermedades crónicas y agudas; la interacción no es la simple suma de las distintas enfermedades, sino un hecho complejo y poco analizado.
4. Muchos problemas crónicos se asocian con más probabilidad de otros problemas crónicos; por ejemplo, el tabaquismo a alcoholismo, violencia y problemas sociales; por ejemplo el hipotiroidismo a micosis cutáneas.
5. Los problemas crónicos no se distribuyen al azar, y se agrupan con más frecuencia en determinadas familias y personas; así, por ejemplo, un padre en paro prolongado se asocia a la pareja con tabaquismo, y a problemas de los hijos como embarazo no deseado.
6. Es necesaria la mejora de la atención a los problemas crónicos y agudos en todas las edades, en todos los individuos, familias y poblaciones. Es decir, la necesidad de mejorar la

atención a los pacientes crónicos es indicador de la necesidad de la mejora a) de la atención primaria y de la atención hospitalaria, b) de la coordinación de ambas y c) del trabajo conjunto de la atención sanitaria y social.

### Introducción

Las enfermedades crónicas duran por definición más de seis meses, y muchas veces toda la vida. En ocasiones son enfermedades en sí, como la de Parkinson, a veces son factores de riesgo, como la hipertensión. Frecuentemente se dan simultáneamente en la misma persona y en la misma familia. Lo central es que conllevan sufrimiento (a veces la muerte en último caso), deterioro de la calidad de vida, complicaciones para la realización de una vida plena (apropiada a situación personal y social) y utilización de los servicios sanitarios (y de los recursos de los mismos). Dicha utilización tiene ventajas (beneficios, como alivio del sufrimiento y retraso de la muerte) y desventajas (perjuicios, como efectos adversos y prolongación de vida en condiciones miserables).

Las enfermedades crónicas no sólo afectan a los ancianos, como se suele pensar (sin reflexionar). De hecho, la enfermedad crónica (y la comorbilidad) es frecuente a todo lo largo de la vida, infancia incluida.

La cronicidad de una enfermedad eleva la probabilidad de ser afectado por otras, bien por puro azar, bien por la conexión entre ellas, a veces por mecanismos no bien conocidos; por ejemplo, tabaquismo y alcoholismo; por ejemplo, hipotiroidismo y micosis cutáneas. A su vez, las enfermedades cró-

nicas interaccionan con problemas agudos; por ejemplo, la artrosis de cadera con las caídas y fracturas, o la esquizofrenia con el intento de suicidio, o la EPOC con la neumonía.

Los problemas de calidad en la atención a los pacientes repercuten en el resultado sanitario, en la morbilidad y mortalidad médicamente evitable.

Y, por supuesto, las carencias son más evidentes cuando el cuadro clínico es más complicado, más abigarrado y más crónico. De ahí la preocupación por la mejora de la calidad clínica a los pacientes crónicos, y la iniciativa estadounidense del Modelo de Atención a Crónicos (*Chronic Care Model*).

En resumen, el *Chronic Care Model* (CCM) trata de introducir en la atención ambulatoria un programa de calidad que mejore la atención al paciente crónico en seis áreas: 1) auto-ayuda 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 la mejora de la calidad, por ejemplo), y 6) participación comunitaria (para movilizar recursos no sanitarios).

Con el CCM se pretende cambiar la estructura y el proceso de la atención habitual sin contar con programas ajenos o ayudas externas específicas para crónicos. El empeño es mejorar la calidad de la atención en el lugar en que se presta habitualmente. En esto se distingue de los programas de gestión de enfermedades y de casos, que muchas veces implican a estructuras sanitarias

En general, además, el CCM se centra en algunas pocas enfermedades crónicas más que en los pacientes crónicos en general

que trabajan «en paralelo», sobreañadidas a las existentes.

El inconveniente grave del CCM es su falta de fundamento científico; es decir, que el modelo se «vende» sin pruebas de su beneficio en resultados de salud. Lo más que se demuestra en determinadas aplicaciones concretas es la mejora en algún componente del proceso, o en un resultado intermedio respecto a la enfermedad crónica considerada, pero no hay nada respecto a su impacto en la salud global del paciente, la familia y la comunidad. Incluso no hay datos firmes sobre su pretendido efecto en el gasto. Los estudios son generalmente observacionales, de pequeño tamaño muestral y casi siempre muy dependientes del contexto, con escasa o nula validez externa. Las aplicaciones concretas varían tanto que no parece existir un modelo concreto, ni unas conclusiones válidas y extrapolables.

En general, además, el CCM se centra en algunas pocas enfermedades crónicas más que en los pacientes crónicos en general. En el CCM se ignora la interacción entre los problemas crónicos y agudos. Así, por ejemplo, el programa para pacientes diabéticos sirve poco cuando el paciente tiene además neumonía, o el hipotiroideo tiene fractura de Colles, o el paciente con enfermedad de Crohn tiene un brote psicótico, o «simplemente» cuando se «mezclan» depresión, artrosis y gripe, o desempleo reciente e insuficiencia cardíaca, o aislamiento social por muerte del cuidador principal y enfermedad de Parkinson.

El centrarse en algunas enfermedades crónicas deja fuera del contexto el conjunto de la persona y de la atención, tanto a problemas crónicos «no interesantes» (incluyendo problemas socio-sanitarios, tipo desempleo o fracaso es-

colar) como a la interacción entre todos ellos y entre las crónicas y las agudas.

Es decir, el CCM tiene aspectos de interés, pero poco interés en general. Lo que se precisa es una mejora de la atención sanitaria en conjunto, de la coordinación entre niveles y del trabajo en colaboración con los servicios sanitarios. La respuesta a los problemas globales no es la mejora «vertical» de «horizontal» que facilite la respuesta polivalente a las enfermedades crónicas y agudas y a la interacción entre ambas. Las mejoras «verticales» debilitan la organización horizontal capaz de dar respuesta global a los problemas sanitarios.

Las enfermedades crónicas no se distribuyen al azar, sino que se ven más frecuentemente en determinadas personas, familias y comunidades, tanto por causas genéticas mal comprendidas como por efecto del contexto. Como siempre, la pobreza es el determinante clave, con su cortejo de falta de educación formal, pérdida de expectativas sociales y personales y hábitos de vida perjudiciales para la salud. Para todo ello no es respuesta el CCM, muy sesgado hacia lo biológico, lo tecnológico y el negocio. El interés comercial del CCM es una constante, como demuestra su promoción muy ligada a los intereses de distintas industrias (tecnológica, farmacéutica, de gestión, etc).

Para ofrecer continuidad y longitudinalidad se requiere potenciar la atención primaria en el sentido de pro-coordinación

### Tres visiones de las enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas se pueden considerar desde tres puntos de vista: pacientes y familiares, servicios sanitarios y profesionales.

**1. Desde el punto de vista del paciente y de su familia,** lo esencial es

lograr un acceso apropiado a los servicios necesarios (los servicios necesarios son los que conllevan mejoras en el estado de salud, aunque sólo sea por un mejor «sobrellevar» la enfermedad; por ejemplo, ayuda para morir con dignidad).

Las barreras a la accesibilidad son tremendas en la actualidad, con un sistema sanitario fragmentado en servicios (por ejemplo, especializada y primaria, más asilos, mutuas y demás), y poco «ligado» a los servicios sociales. Moverse en la «jungla» de los servicios sanitarios exige mucho conocimiento de la estructura, que falta a veces. Sobre todo, falta a los que no tienen «amigos» (ya sabemos que ser pobre es, justamente, no tener amigos en los lugares adecuados). Por ello la «vía de las pentosas», la que se establece a través de los amigos y conocidos, es la que muchas veces salva las barreras de la accesibilidad.

Es fácil que los que más lo necesitan (pacientes ancianos pobres y analfabetos, reclusos en su domicilio, con múltiples problemas de salud) reciban cuidados de baja calidad, mal coordinados, con graves consecuencias para su salud (y con impacto inmenso para el gasto sanitario). Sirva de ejemplo el problema del seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca y el de los esquizofrénicos. Esta dificultad de acceso no es sólo individual, sino de ciertas familias y ciertas poblaciones, las que más necesitan los cuidados.

Los pacientes, las familias y la población quieren y precisan servicios globales y coordinados para ofrecer un seguimiento adecuado a sus problemas de salud. Es justo y conveniente dar respuesta a ese deseo, y ello debería ser el fiel de la balanza de la equidad. Podemos mejorar la respuesta sanitaria, por ejemplo, con cambios estructurales pero también con incentivos que promuevan el uso de recursos que mejoren la salud de la población. Por ejemplo, utilizar IECA en la insuficiencia cardíaca. Por ejemplo, lograr que los pacientes que quieran puedan morir en su casa.

Los familiares pueden ver multiplicada la carga emocional y física de convivir con un paciente crónico por la defectuosa coordinación entre niveles. Piénsese en el familiar del niño con au-

El producto final que se ofrece es una serie de mejoras del propio sistema sanitario, surgidas a partir de elementos de la organización a mejorar. En lo posible no se trata de contratar nuevo personal, o de comprar nueva tecnología, sino optimizar los recursos existentes

tismo, yendo y viniendo de unos profesionales a otros, de los servicios sanitarios a los sociales, y entre medias intentando llevar una vida sana en lo laboral, personal y familiar. Sirva de ejemplo, también, la atención al paciente con una úlcera vascular en extremidad inferior, muchas veces un calvario para el propio paciente y su familia, que ven eternizarse el proceso y las intervenciones de múltiples profesionales no siempre coordinados.

**2. Desde el punto de vista de los servicios sanitarios,** lo esencial en la atención a las enfermedades crónicas es no hacer daño. Es decir, cumplir el fundamento básico del *primum non nocere*. En la práctica ello exige seguir a quienes lo necesitan y no seguir a los que no lo necesitan. Por ejemplo, no transformar a mujeres jóvenes en pacientes crónicas creando un problema falso de salud con sus niveles de lípidos en sangre. Por ejemplo, utilizar los fármacos de probada eficacia en la artrosis, y sólo durante los tiempos adecuados; en este mismo caso, pasar a la prótesis de cadera/rodilla cuando sea adecuado, y en quienes más se puedan beneficiar. Por supuesto, al tiempo de «no hacer daño», hay que mejorar la eficiencia. Por ejemplo, promoviendo el uso de la aspirina y la morfina en el infarto agudo de miocardio; simple y barato, pero escaso hoy en día y tan importante como el tratamiento posterior con hipolipemiantes.

La gestión no se traduce sólo en la evitación del daño, ya que engloba la búsqueda de la mejor organización, el uso eficiente de los recursos. En lo que se refiere a los enfermos crónicos, lo crucial es determinar los servicios necesarios según afectación y capacidad de respuesta personal/familiar. Con ello se determinan los profesionales y

lugares adecuados a las necesidades de los pacientes. Por ejemplo, en muchos casos lo clave es que a los pacientes crónicos estabilizados se les atienda sólo en lo básico, por personal auxiliar, para comprobar el cumplimiento de la terapéutica, la ausencia de efectos adversos y de complicaciones, la presencia de pautas terapéuticas apropiadas y el mantenimiento de las condiciones que permiten considerarlo como «estabilizado bien atendido». En estos casos, sobra la visita al médico, y a la enfermera, profesionales que deberían dedicarse a cosas más complicadas.

También básico en la atención a las personas, familias y poblaciones con problemas crónicos es lograr la distribución apropiada de los recursos y atenciones, según necesidad. En ello la salud pública y la atención comunitaria tienen también su lugar, que conviene definir en la práctica. La búsqueda de la eficiencia es/debería ser una constante obligatoria en la prestación de servicios sanitarios.

**3. Desde el punto de los profesionales sanitarios,** lo importante es ofrecer al tiempo: a) continuidad (*encadenamiento de los distintos eventos de atención a un problema concreto*, desde la consulta de la enfermera de primaria a la visita a la farmacia, pasando por urgencias y demás) y b) longitudinalidad (*seguimiento a lo largo de la vida de los distintos problemas de salud del paciente y de su familia*; es decir, seguimiento simultáneo de los distintos problemas de salud de un paciente, crónicos y agudos, en su contexto familiar).

Para ofrecer continuidad y longitudinalidad se requiere una reforma de los servicios sanitarios que potencie la atención primaria en el sentido de coordinación. En todo caso se pueden introducir incentivos para acercarse al

ideal. Por ejemplo, por permanencia en el mismo puesto de trabajo en atención primaria (para fomentar la longitudinalidad y optimizar el uso de un inmenso acervo de datos blandos que mejora, entre otras cosas, la probabilidad preprueba diagnóstica). También se puede incentivar el trabajo como consultor del especialista (más del 50% de sus órdenes de seguimiento son «re-cita», un claro indicador de baja calidad y falta de coordinación).

Los pacientes crónicos no suelen curarse, pues sus dolencias lo son de por vida. Sirva de ejemplo la diabetes, la miastenia gravis, la artrosis o el Alzheimer, condiciones por hoy sólo tratables, no curables. Esta «falta de respuesta» a la terapéutica exige de los profesionales un temple para el que no siempre se les forma. De hecho, pacientes crónicos como obesos y drogadictos pueden verse rechazados por los profesionales «hartos de su falta de colaboración». Conviene en estos casos asegurarse que se cumple al menos con el objetivo de «limitación de daños», con el que el profesional sanitario tiene que trabajar siempre. Es decir, en el enfermo crónico hay que limitar los daños, cuando la curación es imposible; por ejemplo, retrasar las complicaciones de la diabetes, como ceguera o amputaciones, con un buen seguimiento; por ejemplo, diagnosticar precozmente la sífilis o la tuberculosis en los drogadictos, ofreciéndoles accesibilidad suficiente, y calidad en la atención clínica; por ejemplo, disminuir las hospitalizaciones y mejorar la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca a través del fácil y constante acceso a «su» enfermera.

### ¿Qué se puede aprender del CCM?

En el CCM, a partir de la identificación de problemas de coordinación que disminuyen la efectividad de las intervenciones diagnósticas y/o terapéuticas, o que encarecen la atención, se implantan actividades regladas y muy controladas, basadas en el uso intensivo de guías clínicas y de tecnología de la información. La capacitación de los pacientes y de sus familiares forma parte clave de los programas de gestión de

casos y de enfermedades. También es componente básico la monitorización y evaluación de lo realizado, básicamente por enfermeras.

El producto final que se ofrece es una serie de mejoras del propio sistema sanitario, surgidas a partir de elementos de la organización a mejorar. En lo posible no se trata de contratar nuevo personal, o de comprar nueva tecnología, sino optimizar los recursos existentes. Este rediseño se presenta como la mejor respuesta para el control del gasto y para el logro de una atención de calidad en la enfermedad en cuestión o en los pacientes con determinadas características. Así, si se trata de un programa de diabetes, lo que se ofrece es un conjunto de actividades para la mejora de la prestación de servicios en todos los niveles y lugares a los pacientes con esta enfermedad (visitas a su domicilio, capacitación para autocuidado del paciente y su familia, llamadas telefónicas de recuerdo de citas y toma de medicación, contactos para preparar hasta la plaza de estacionamiento en las citas, intervenciones destinadas a promover la mejor atención por su médico de cabecera, etc.).

Los modelos de atención a crónicos tienen graves problemas en su aplicación, especialmente en lo que se refiere a su validez externa, pero contienen elementos de los que se puede aprender. Por ejemplo, la valía de los cuidados enfermeros. O la potencia de las tecnologías de la información y de la comunicación. Además, dichos programas sirven de «heraldo» para identificar campos y problemas que precisan una manifiesta mejora. También sirven de acicate para salvar el abismo entre lo que hacemos y lo que podríamos hacer.

## Conclusión

La atención a los pacientes crónicos es manifiestamente mejorable. Lo esencial de la mejora debería centrarse en cumplir el *primum non nocere*, facilitar el acceso y el «movimiento» a los pacientes y a sus familiares, ofrecer los cuidados necesarios en el lugar y por los profesionales adecuados, facilitar la continuidad y longitudinalidad en la atención, y fomentar una atención de «limitación de daños». El CCM puede servir de ejemplo en algunas de sus

## El CCM puede servir de ejemplo en algunas de sus aplicaciones, pero no deja de ser un programa «vertical»

aplicaciones, pero no deja de ser un programa «vertical» que debilita la respuesta sanitaria sólida al conjunto de los problemas de los pacientes, familias y comunidades, además de tener

débil fundamento científico. La aplicación del CCM puede conllevar graves problemas de eficiencia pues desconocemos tanto su impacto en salud como su repercusión en el coste. ■

### Bibliografía

1. Abengoa A. Empantanados. Rev Innovación Sanit Aten Integrada. 2008;1:1,art 8. en <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss1/8/>
2. Anderson GF. Medicare and chronic conditions. N Engl J Med. 2005;353:305-9.
3. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA. 2002;288:1775-9.
4. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. The Chronic Care Model. JAMA. 2002;288:1909-14.
5. 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.
6. Bourbeau J, Pale J. Promoting effective self-management programmes to improve COPD. Eur Respir J. 2009;33:461-3.
7. Casajuana J. En búsqueda de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. FMC. 2005;12:598-81.
8. Charlson M, Charlson RE, Briggs W, Hollanberg J. Can disease management target patients more likely to generate high costs? The impact of comorbidity. J Gen Intern Med. 2007;22:464-9.
9. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. Health Affairs. 2009;28:75-85.
10. Gervas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. Aten Primaria. 1995;16:501-6.
11. Gervas J, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la atención primaria. SEMERGEN. 2005;31:418-23.
12. Gervas J, Santos I. A complejidade da comorbilidade. Rev Port Clín Geral. 2007;23:181-9.
13. Gervas J. Co-morbilidade. Bol AES. 2008;61:8-9.
14. Gervas J. La gestión de casos y de enfermedades, y la mejora de la coordinación de la atención sanitaria en España. Informe SESPAS. Gac Sanit. 2008;22 (Supl 1):163-8.
15. Gervas J, Pérez Fernández M. Modelo de Atención a Crónicos (Chronic Care Model) y otras iniciativas de mejora de la calidad de la atención a los pacientes crónicos. AMF. 2009;5:356-64.
16. Greb S, Baan CA, Calnan M, Dedeu T, Groenewegen P, Howson H y col. Coordination and management of chronic conditions in Europe. Position paper of the European Forum for Primary Care. Q Primary Care. 2009;17:75-86.
17. Gravelle H, Dusheiko M, Sheaff R y col. Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients. Controlled before and after analysis of quantitative outcome data. BMJ. 2007;334:31-4.
18. Ham C. Chronic care in the English National Health Service: progress and challenges. Health Affairs. 2009;28:190-201.
19. Nolte E, Knai C, McKee M. Managing chronic conditions. Experience in eight countries. Copenhagen: WHO-European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series n° 15; 2008.
20. Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. Copenhagen: WHO-McGrawHill. European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
21. Ostbye T, Yamall 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.
22. Ortún V, Gervas J. Fundamento y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clín (Barc). 1996;106:97-102.
23. Palomo L, Rubio C, Gervas J. La comorbilidade en atención primaria. Gac Sanit. 2006;20(Supl 1):182-91.
24. Sochalski J, Jaarsma T, Krumholz HM, Laramee A, McMurray J, Taylor MD y col. What Works in chronic care management: the case of heart failure. Health Affairs. 2009;28:179-89.
25. Starfield B. Threads and yarns: weaving the tapestry of comorbidity. Ann Fam Med 2006; 4(2):101-103.
26. Vázquez-Navarrete ML, Vargas I (coordinadoras). Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007.
27. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q. 1996;74:511-44.
28. Wagner EH, Austin BT, Davis C y col. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Affairs. 2001;20:64-78.
29. 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.