

ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL SERVICIO DE SALUD DE LAS ISLAS BALEARES.

GABRIEL MORAGUES SBERT¹; FRANCISCO MIGUEL ALBERTÍ HOMAR²; ESTEFANÍA SERRATUSELL SABATER³; ANGÉLICA MIGUÉLEZ CHAMORRO⁴; JULI FUSTER CULEBRAS⁵; ATANASIO GARCÍA PINEDA⁶; M. EUGENIA CARANDELL JÄGER⁷; MERCÈ LLAGOSTERA PAGÈS⁸; CARLOS SERRANO JURADO⁹; PATRICIA GÓMEZ PICARD¹⁰; MANUEL PALOMINO CHACÓN¹¹; M. LUCÍA MORENO SANCHO¹²; ROSA ELENA DURO ROBLES¹³; CARLOS VILLAFÁFILA GOMILA¹⁴; FRANCISCO A. CÁRCELES GUARDIA¹⁵

SUMARIO

1. JUSTIFICACIÓN.

2. ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LAS ISLAS BALEARES.

2.1. Elementos transversales para abordar en todos los ámbitos asistenciales.

2.2. Atención a las personas con enfermedades crónicas en atención primaria.

2.3. Atención a las personas con enfermedades crónicas en los hospitales de agudos.

2.4. Atención a las personas con enfermedades crónicas en los hospitales de cuidados intermedios o de media estancia.

3. CONCLUSIONES.

4. BIBLIOGRAFÍA.

¹ Médico de familia del Centro Coordinador de Atención a la Cronicidad del Servicio de Salud de las Islas Baleares. ² Coordinador de atención a la cronicidad y sociosanitario del Servicio de Salud de las Islas Baleares. ³ Enfermera y Economista del Centro Coordinador de Atención a la Cronicidad del Servicio de Salud las Islas Baleares. ⁴ Subdirectora de Atención a la Cronicidad, Coordinación Sociosanitaria, Salud Mental y Enfermedades poco frecuentes. ⁵ Director General del Servicio de Salud de las Islas Baleares. ⁶ Director Asistencial del Servicio de Salud de las Islas Baleares. ⁷ Jefe del gabinete técnico del Servicio de Salud de las Islas Baleares. ⁸ Coordinadora Autónoma de la Estrategia de Cuidados Paliativos en las Islas Baleares. ⁹ Enfermero del Centro Coordinador de Cuidados Paliativos. ¹⁰ Consellera de Salud y Consumo del Gobierno de las Islas Baleares. ¹¹ Secretario General. Servicio de Salud de las Islas Baleares. ¹² Coordinadora del programa Paciente Activo del Servicio de Salud de las Islas Baleares. ¹³ Subdirector de Atención Primaria y Urgencias extrahospitalarias del Servicio de Salud de las Islas Baleares. ¹⁴ Subdirector de cuidados y atención al usuario del Servicio de Salud de las Islas Baleares. ¹⁵ Subdirector de hospitales del Servicio de Salud de las Islas Baleares.

PALABRAS CLAVE

Atención a la cronicidad; coordinación sociosanitaria; empoderamiento; gestión de casos; modelo integral; sistemas de información sanitarios.

RESUMEN

El envejecimiento y el aumento de la esperanza de vida junto con la presencia de enfermedades crónicas, sumado a los cambios estructurales familiares y sociales de los últimos 20 años, han puesto en evidencia nuevas necesidades de las personas que sufren enfermedades crónicas.

El Servicio de Salud de las Islas Baleares impulsa un nuevo modelo integral de atención proactivo y coordinado, dirigido a las personas con enfermedades crónicas complejas. Se proponen cambios en la gestión y organización de todos los ámbitos asistenciales para centrar la atención en la persona y favorecer la participación activa del paciente en su proceso de salud-enfermedad. En este nuevo modelo son claves: la identificación de pacientes mediante los grupos de morbilidad ajustados, los Sistemas de Información, el trabajo en equipo multidisciplinar, la valoración multidimensional, el plan de cuidados individualizado, la atención domiciliaria y la coordinación eficaz.

Pasamos de la gestión de la enfermedad a la gestión del caso asegurando unos cuidados profesionales y coordinados, con un uso eficiente de los recursos.

KEYWORDS

Chronic care; public health coordination; empowerment; case management; integral model; health information systems; Balearic Islands.

ABSTRACT

Aging, increased life expectancy along with the presence of chronic diseases, coupled with the family and social structural changes of the last 20 years, have highlighted the new needs of people suffering from chronic diseases. The Balearic Islands Health Service has promoted a new integral proactive and coordinated care model, aimed at people with complex chronic diseases. Changes in the management and organization of all care areas are proposed to focus attention on the individual and to favour the active participation of the patient in his/her health-disease process. The following are vital in this new model: the identification of patients through adjusted morbidity groups, Information Systems, multidisciplinary teamwork, multidimensional assessment, an individualized care plan, home care and effective coordination. We have gone from disease management to case management, ensuring professional and coordinated care with efficient use of resources.

1. JUSTIFICACIÓN.

El envejecimiento progresivo de la población ha dado lugar a un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas situándolas entre las de mayor impacto social, económico y sanitario. La situación emergente de estas enfermedades y el actual gasto sanitario supone uno de los retos más importantes que deberá afrontar nuestro sistema sanitario en los próximos años y hacen necesaria una visión poblacional para abordar esta realidad en profundidad, ya que gran parte del impacto humano y social causado cada año por las muertes relacionadas con las enfermedades crónicas podría evitarse mediante intervenciones bien entendidas, rentables y factibles (World Health Organization, 2010).

El sistema sanitario no ha sabido o no ha podido adaptarse a estos cambios dando respuestas adecuadas y sostenibles (Miguélez-Chamorro & Ferrer-Arnedo, 2014). Los pacientes crónicos demandan un sistema adecuado para dar respuestas a sus necesidades. El sistema actual presenta importantes problemas en la prestación de una atención segura, eficaz, centrada en el paciente y a tiempo. Además hay mucho que mejorar respecto a la continuidad de la atención y en los mecanismos de participación.

Es el momento de rediseñar el modelo de atención sanitario donde el ciudadano sea protagonista y participe de su proceso de salud, potenciando las competencias profesionales autónomas en el marco de un equipo multiprofesional resolutivo que pueda acompañar y empoderar al paciente y

al ciudadano, estableciendo mecanismos de coordinación entre niveles de atención sanitaria (atención primaria-atención hospitalaria) y entre el sistema sanitario y social para garantizar la integridad y la continuidad asistencial, junto con el desarrollo de la tecnología y de los sistemas de información adecuados, para poder conseguir un modelo de atención universal y sostenible.

2. ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LAS ISLAS BALEARES.

2.1 Elementos transversales a abordar en todos los ámbitos de la atención sanitaria.

Empoderamiento y responsabilidad en salud.

Las personas con problemas de salud tienen el derecho de participar de manera activa en su proceso de salud-enfermedad. Es necesario trabajar el afrontamiento de la enfermedad, el aumento de sus capacidades y habilidades para poder realizar un control eficaz de su enfermedad, con el objetivo final de conseguir el máximo nivel de autonomía y la mayor calidad de vida posible.

El desarrollo del Programa de Paciente Activo comporta un cambio en la relación entre pacientes y profesionales de la salud, y supone avanzar hacia un modelo menos paternalista. Los profesionales deben asumir un rol de acompañamiento, facilitadores y capacitadores. De esta manera se podrá conseguir un modelo centrado en el/la paciente, dándole el protagonismo y recogiendo sus necesidades, creencias y vivencias de la enfermedad.

Es necesario continuar con la formación de los profesionales en metodología de educación para la salud, para que puedan desarrollar intervenciones de promoción de la salud y de prevención primaria y secundaria.

El rápido acceso a la información y el desarrollo de las nuevas tecnologías han promovido cada vez más a los pacientes activos y responsables. Un paciente activo es aquel que está afectado por un proceso crónico, es copartícipe y corresponsable de la gestión de su propia salud, es capaz de identificar los síntomas y de responder de manera adecuada, así como de adquirir herramientas que le permitan gestionar el impacto físico, emocional y social de su enfermedad, mejorando así su calidad de vida (González Mestre, 2014).

La coordinación entre ámbitos asistenciales como garante de calidad en la atención y de seguridad clínica.

La falta de coordinación entre niveles de atención sanitaria (atención primaria - atención hospitalaria) y entre el sistema sanitario y social es uno de los principales condicionantes de la calidad asistencial, de la seguridad en la atención, de la ineficiencia en la provisión, desarrollo y gestión de los recursos disponibles y conduce a que los servicios no se presten en el nivel más adecuado y por el profesional más idóneo, y genera además frustración y malestar entre los profesionales (Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia, 2013).

En 2010 se inició un proyecto piloto para

abordar de manera coordinada a los pacientes más frágiles y pluripatológicos, que introducía entre otros elementos, la figura de la enfermera gestora de casos. Se diseñó un pilotaje con tres centros de salud en coordinación con los hospitales de referencia de agudos y de convalecencia o media estancia. De 2011 a 2015 fruto de los recortes que encontraron justificación en la crisis económica, el proyecto quedó paralizado. A pesar de todo, gracias al compromiso de los profesionales sanitarios implicados, el pilotaje se consolidó. En 2015 quedaba una enfermera gestora de casos en atención primaria y otra en el hospital de media estancia. Este proyecto ha sido la semilla para los proyectos actuales de abordaje al paciente crónico complejo, crónico avanzado y de gestión de casos.

La estrategia para el abordaje de la cronicidad publicada por el Ministerio de Sanidad en 2012 deja patente que los pacientes con mayor complejidad y/o con pluripatología necesitan una gestión integral del caso en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales, dirigidos a los pacientes y a su entorno cuidador. Es necesario realizar una gestión de casos que se lleve a cabo mediante un proceso de valoración, planificación y coordinación, facilitando la provisión, monitorización y evaluación de las opciones y recursos profesionales u organizativos que sean necesarios para la resolución del caso (Ministerio de Sanidad - Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

El Servicio de Salud pone en marcha el Programa de Enfermera Gestora de Casos (EGC) en todos los ámbitos sanitarios para asegurar la continuidad de los cuidados y

la activación de los recursos necesarios en cada caso. La misión de la EGC es asegurar una atención integral y de calidad mediante la coordinación de todos los agentes implicados en el proceso de salud - enfermedad de la persona y de la persona cuidadora para asegurar la continuidad asistencial, con un modelo de práctica avanzada colaborativo, integral y multiprofesional promoviendo que la persona permanezca el mayor tiempo posible en el entorno comunitario con la mejor calidad de vida.

En el ámbito de la coordinación sanitaria y social proponemos como objetivo, la máxima integración compartiendo recursos y estableciendo alianzas y sinergias.

Es imposible dar respuesta a las necesidades de estos pacientes sin tener en cuenta el aspecto social en el que están inmersos:

- Una línea novedosa de colaboración es la concertación de plazas de cuidados especiales (larga estancia) en las residencias públicas. Actualmente es una realidad con la existencia de 10 camas en la Residencia de Felanitx que previsiblemente se ampliará a otras residencias de nuestra comunidad;
- Creación de una comisión sanitaria y social para la gestión de casos.

Nuevo modelo organizativo.

Los pacientes crónicos presentan nuevas necesidades y nuestro modelo organizativo sigue anclado en los años 80 del siglo pasado, orientado a los problemas agudos sin

proporcionar una respuesta eficiente a las nuevas y emergentes necesidades de éstos, especialmente los más complejos.

Es preciso establecer cambios en el modelo organizativo de nuestros profesionales a todos los niveles, tanto comunitario como hospitalario:

- Equipos multidisciplinares formados por médicos, enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas, etc., con áreas de conocimiento específicas que trabajan al mismo nivel de manera interdisciplinar;
- Proactividad de los equipos en la identificación y registro de los pacientes para aplicar planes de cuidados individualizados;
- Valoración integral multidimensional realizada por el equipo, abarcando las áreas clínica, funcional, cognitiva/emocional y social;
- Plan de cuidados individualizado que permite fijar objetivos compartidos por todos los niveles y profesionales en cada uno de los pacientes. Plan de cuidados que será revisado periódicamente o después de cada descompensación.

Este modelo proactivo, integral e individualizado permitirá una atención de calidad y personalizada.

El Papel de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TICs) y los Sistemas de Información Sanitarios (SIS).

Nuestra Comunidad Autónoma fue pionera

en el uso de las TICs en el entorno sanitario. El Hospital Son Llátzer fue el primer hospital sin papeles del estado español, y la digitalización de la atención primaria, iniciada en el 2002, también fue pionera.

La informatización de la información clínica-administrativa de los hospitales y atención primaria, permitió que en el 2005 se iniciara el proyecto de la Factoría de Información Corporativa (FIC) y que se automatizaran la mayoría de los cuadros de mando del Servicio de Salud.

Esta digitalización continuó en todos los hospitales del Servicio de Salud y concluyó en 2009 con la implantación de la Historia de Salud, una innovadora plataforma en la que se concentraba la información del paciente proveniente de todos los sistemas de información de hospitales y atención primaria, ayudando al profesional a la toma de decisiones por conseguir tener una visión más integral y completa en la historia sanitaria del paciente.

Dentro de la estrategia de cronicidad, también en 2009 se implementó el programa de atención a personas con enfermedades crónicas (PAPEC), gracias a un excelente grupo de profesionales sanitarios y tecnológicos, que fueron visionarios y desarrollaron las vías clínicas transversales de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Enfermedad Renal Crónica y Enfermedad Cardiovascular. La falta de financiación necesaria para el desarrollo tecnológico que diera soporte a este programa integrado en todos los sistemas de información, ha motivado el fracaso de esta herramienta, que usan actualmente menos del 1% de

nuestros profesionales. Los profesionales expresan no usar el PAPEC por la falta de integración, por la obligatoriedad de tener volver a introducir usuario y contraseña y trabajar con dos entornos diferentes, por la falta de retorno de información a los sistemas locales, así como por la falta de explotación de datos.

La falta de inversión en TIC y Sistemas de Información en los últimos 4 años ha derivado en una situación desoladora, por la imposibilidad de obtención de información clave necesaria para gestionar y para implementar todos los proyectos. En julio de 2015 nos encontramos con:

- Una carencia de soporte técnico en los gabinetes técnicos, sistemas de información y departamentos de TIC tanto del Servicio de Salud como de las gerencias, que provocó la desaparición de cualquier estructura de análisis de información clínica, de docencia, de investigación y de gestión de tecnologías de la información;
- Un mantenimiento mínimo de los sistemas de información asistenciales, con escasa evolución de estos y poco orientados;
- Un mantenimiento mínimo de la FIC, que derivó en una falta de información para gestionar y la imposibilidad de evaluar y devolver a los profesionales el resultado de su práctica asistencial;
- Una infraestructura tecnológica obsoleta, esencial para el buen funcionamiento de los sistemas de información, herramienta de trabajo de nuestros profesionales.

Esta situación ha condicionado el avance de todos los proyectos asistenciales y tecnológicos del Servicio de Salud, ya que la gestión sin información, sin datos y sin cuadros de mandos está suponiendo un esfuerzo titánico. En estos momentos el Servicio de Salud está trabajando en el desarrollo y homogeneización de los sistemas de información asistenciales para adaptarlos en la medición de resultados y evaluación clínica.

Se está trabajando en la creación de una Historia Clínica (HC) Integrada y en el desarrollo y mejora de la historia clínica de atención primaria.

La polimedición y sus repercusiones en la salud de los más frágiles.

La edad es un factor fuertemente asociado a las reacciones adversas a medicamentos (RAM). La bibliografía publicada imputa a los ancianos un mayor porcentaje de iatrogenia grave y de ingresos por esta causa, debidos a los factores de polimedición, comorbilidad y mermas funcionales achacables a la vejez (Zozaya Jara, Xameña Miralles, & Carandell Jäger, 2010).

En nuestra comunidad un 14 % de los mayores de 65 años toma 10 o más fármacos de forma crónica.

La polimedición supone más riesgo de uso de medicaciones inadecuadas, de falta de adherencia al tratamiento, de aparición de reacciones adversas, de duplicidades e interacciones entre principios activos y, en consecuencia, más riesgo de fracasos terapéuticos, de intoxicaciones, así como

un aumento de ingresos hospitalarios y de caídas. Los factores que favorecen la polimedicación son de índole biológica, psicológica, social y propia del sistema sanitario (mala coordinación asistencial, minimización de los riesgos por parte del personal sanitario) (Villafaina Barroso A., Gavilán Moral E., 2011), (Al Hamid, Ghaleb, Aljadhey, & Aslanpour, 2014).

En 2010, Ramos S. et. al. demuestran en un estudio hecho en España que 1 de cada 3 pacientes atendidos en urgencias hospitalarias, acude por un problema relacionado con la medicación (PRM) (Mejía-Acosta et al., 2016).

Las RAM más comunes en los ancianos son las: cardiovasculares (hipotensión postural, desórdenes en el ritmo cardíaco o en la conducción); neurológicas (agitación, confusión, mareos, síndromes extrapiramidales); digestivas (diarrea, vómitos, estreñimiento); alteraciones hidroelectrolíticas; insuficiencia renal; alteraciones en la glucemia; hemorragias, y neutropenia.

Se propone un abordaje interdisciplinario y valoración geriátrica integral (VGI) para abordar al paciente frágil y evitar la polimedicación (Ministerio de Sanidad Igualdad y Servicios Sociales, 2013).

Los cuidados paliativos.

La estrategia para el abordaje de la cronicidad (EAC) del Sistema Nacional de Salud (SNS) recomienda adecuar los modelos de cuidados paliativos, para mejorar la atención a las personas con enfermedades crónicas avanzadas y/o en situación final de

vida. La necesidad de cuidados paliativos se hace patente a medida que aumenta la complejidad. En los menores, el diagnóstico de una enfermedad incurable o una situación clínica irreversible hace al paciente tributario de un abordaje paliativo.

En 2009 se publicó la estrategia de cuidados paliativos de las Islas Baleares (Consejería de Sanidad y Consumo, 2009), posteriormente se publicó el programa de cuidados paliativos 2013-2016 liderado por el Centro Coordinador del Programa de Cuidados Paliativos, que regularizó su estructura y funciones en el Decret 49/2014, de 28 de noviembre de 2014 (Decret 49/2014, de 28 de novembre, pel qual es crea el Centre Coordinador del Programa de Cures Pal·liatives de les Illes Balears). El Centro Coordinador ha sido muy activo y ha llevado a cabo una gran labor de difusión, formación e investigación en todos los ámbitos sanitarios. Finalmente en marzo de 2015 se publica la ley de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir, con el consenso de todos los grupos parlamentarios (Llei 4/2015, de 23 de març, de drets i garanties de les persones en el procés de morir).

En enero del 2013 se crea la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos, con la misión de proporcionar calidad de vida a los niños con enfermedades crónicas complejas y avanzadas y a sus familias.

Es necesario seguir impulsando las actividades de difusión, formación e investigación desde el centro coordinador de cuidados paliativos para garantizar el acceso a los cuidados paliativos de todas las

personas en situación de complejidad o de enfermedad avanzada. Los cuidados paliativos básicos se deben garantizar en todos los niveles asistenciales, y los profesionales sanitarios deben reconocer cuando es necesario derivar a un paciente a una unidad especializada en cuidados paliativos ante la dificultad del manejo de signos y síntomas, y la falta de garantías del confort esperado.

Identificar a la población con mayor morbilidad, una prioridad. Aplicación de la clasificación de la población por grupos de morbilidad ajustados (GMA).

Las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico son las que encuentran más dificultades para acceder y circular a través del sistema ya que no existe un adecuado ajuste entre sus necesidades y la atención que reciben, resultando especialmente inapropiada la organización de la asistencia sanitaria para el grupo de pacientes que presentan pluripatología, comorbilidad o se encuentran en situación de especial complejidad. (Ministerio de Sanidad - Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Para este perfil de pacientes, la identificación proactiva mediante el GMA y la consecuente inclusión en programas específicos resultará de gran beneficio para su calidad de vida, y desde luego para la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

Diversos sistemas sanitarios en todo el mundo han trabajado en la identificación proactiva de los pacientes en función de su morbilidad para poder adecuar la prestación de los Servicios. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, ha facilitado

la implementación de la clasificación de la población con la herramienta de Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA©) (Monterde, Vela, & Clèries, 2016), que nos ha permitido estratificar a toda la población de las Islas Baleares en 2015 y 2016. Para la agrupación–clasificación de la morbilidad es primordial identificar la patología crónica y agrupar los diferentes códigos diagnósticos. A partir de la información anterior podemos identificar si un individuo presenta una o más enfermedades crónicas. Los GMA tienen en cuenta: la tipología de la enfermedad, la presencia de multimorbilidad y la complejidad.

Los GMA están siendo de gran utilidad en nuestra comunidad para:

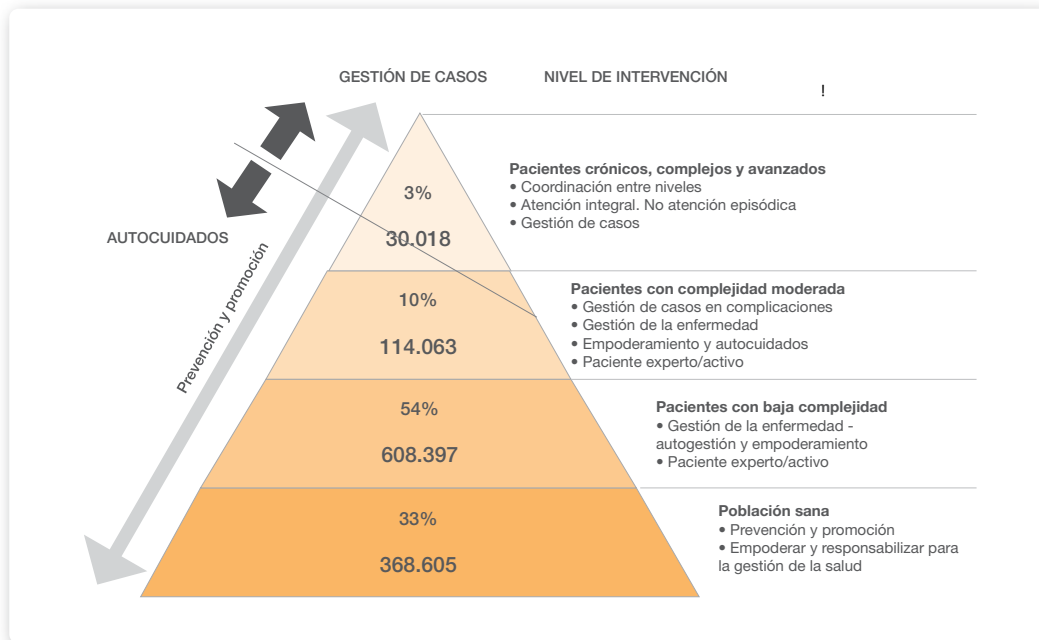
- Dar información poblacional e individual a los profesionales sanitarios.
- Identificar pacientes:
 - Intervenciones proactivas en pacientes con mayor complejidad.
 - Intervención proactiva en pacientes con riesgo elevado.
- Elaboración de indicadores.
- Asignación de recursos (presupuestación de farmacia comunitaria).
- Gestión de recursos humanos.
- Benchmarking.

Los directivos de atención primaria ya cuentan con la clasificación poblacional de cada centro de salud. En el segundo

semestre de 2017 esta herramienta estará integrada en la historia clínica para que sea visible para todos los profesionales sanitarios. En el caso de atención primaria, además, permitirá acceder a los datos poblacionales a médico de familia, enfermera de atención primaria y enfermera gestora de casos comunitaria, con el objetivo de tener una visión poblacional y poder realizar una intervención proactiva individualizada, especialmente en los pacientes más complejos.

La estratificación de la población de diciembre 2016 de nuestra comunidad se muestra en la siguiente figura 1:

Figura 1. Estratificación y niveles de intervención de la población de las Islas Baleares. Diciembre 2016. Fuente Propia.



Para identificar a los pacientes que se encuentran en la punta de la pirámide, que son los pacientes con mayor multimorbilidad y complejidad, diversos autores y organizaciones han introducido el concepto de paciente crónico complejo (PCC) y paciente crónico avanzado (PCA) (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2012), éstos representan entre el 3 y el 5% de la población y consumen un alto porcentaje de recursos. Suponen entre un 20 y un 40% de los ingresos hospitalarios (40,5% \geq 3 ingresos/año; 13% \geq 5 ingresos/año). El 10% de pacientes crónicos son responsables del 55% de las estancias hospitalarias y un 5% de ellos del 42% (Montes, Casariego, de Toro, & Mosquera, 2012).

Para identificar al paciente en el sistema y mantenerlo en el radar sanitario es imprescindible contar con un desarrollo adecuado

de las TIC y unos SIS que permitan identificar al paciente en la historia clínica mediante alarmas que orienten a los profesionales en el proceso y les faciliten la toma de decisiones. Este aspecto es de vital importancia para garantizar la atención integrada y coordinada.

2.2. Atención a las personas con enfermedades crónicas en atención primaria.

Los sistemas sanitarios orientados a la atención primaria que centran la atención en las personas y sus necesidades, consiguen mejores resultados en salud a costes menores. Para mejorar la efectividad clínica en el contexto actual de cronicidad y fragilidad, y para reducir la epidemia de sobrediagnóstico y de sobreactuación médica, es necesario reforzar la atención primaria. Barbara Starfield, todo un referente para la

gestión sanitaria, demostró que la atención primaria da buenos resultados en salud con costes menores y llega a mayor número de personas (Fryer, 2007).

La estrategia nacional para el abordaje de la cronicidad es contundente al afirmar que la atención primaria es el eje de la atención al paciente con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, siendo preciso impulsar el papel de los equipos de atención primaria y en particular

de los profesionales de medicina de familia, pediatría y enfermería, como coordinadores de los procesos de atención sanitaria relacionados con la cronicidad (Ministerio de Sanidad - Servicios Sociales e igualdad, 2012).

La Organización Mundial de la Salud, en el documento publicado por la Organización Panamericana de la Salud en 2013, deja claro los atributos de una asistencia eficaz para las condiciones crónicas.

Tabla 1. Asistencia eficaz para las condiciones crónicas. (Barceló, Epping-Jordan, et al, 2013).

ATENCIÓN ANTICUADA	ATENCIÓN EFICAZ
Centrada en la enfermedad	Centrada en el paciente
Atención especializada/hospitalaria	Con base en la Atención Primaria de la Salud (APS)
Centrada en los pacientes individuales	Centrada en las necesidades de la población
Reactiva, actúa según los síntomas	Proactiva, planificada
Centrada en el tratamiento	Centrada en la prevención

La crisis económica financiera que se inició en 2009 provocó recortes agresivos en sanidad en el periodo 2011-2015 que abocaron a la atención primaria a una situación de dificultad y de disminución de accesibilidad a los ciudadanos. La situación del 2015 la podemos resumir:

- Menor accesibilidad y finalización de las actividades de educación para la salud por la tarde, por el cierre de los centros de salud desde las 17.30 h. de la tarde;

- Ausencia general de sustituciones y temporalidad laboral;
- Falta de proyecto para la atención primaria;
- Disminución de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad;
- Gestión del mantenimiento de las infraestructuras de los centros transferida a los hospitales, dando lugar a un deterioro progresivo no resuelto en algunos sectores;

- Ninguna infraestructura nueva en el periodo 2011-2015;
- Recortes en gabinete de docencia e investigación produciéndose una carencia importante en el soporte técnico;
- La media de cupo de Baleares por médico y enfermera es de los más altos de España;
- Disminución de la actividad de atención domiciliaria, programa que da soporte a los pacientes más frágiles que no pueden desplazarse al centro de salud para ser atendidos. El cumplimiento se ha situado a finales de 2014 en un 58% de la población esperada, pero aún es más alarmante que de todos los pacientes incluidos en la atención domiciliaria sólo el 13,22% cuentan con un test de Barthel para evaluar la autonomía y 4 visitas al año.

En resumen, nos encontramos una atención primaria aislada del sistema, sin coordinación y sin el protagonismo que necesita para garantizar una atención de calidad y más coste-efectiva. A pesar del progresivo envejecimiento no se ha impulsado ninguna acción para abordar la situación de cronicidad y envejecimiento de la población, dejando a los ciudadanos de Baleares en situación de inferioridad con respecto a la de otras Comunidades Autónomas.

Otra causa de sobrecarga de la atención primaria ha sido el nulo crecimiento de plazas residenciales en nuestra comunidad autónoma, que en los últimos años ha disparado la lista de espera hasta superar los 2 años. Esta situación ha obligado a muchos ancianos a permanecer en domicilios que no reunían las condiciones de seguridad y confort mínimo, por falta de cuidador, por

infraestructuras inadecuadas o insuficientes y/o por la presencia de graves problemas económicos.

La Consejería de Salud tiene el firme propósito de potenciar la atención primaria y siguiendo las recomendaciones de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad del SNS:

- Conseguir una organización innovadora con capacidad resolutoria de los profesionales de atención primaria, especialmente en el caso de pacientes con pluripatología o especial complejidad y/o en situación paliativa;
- Priorizar una atención domiciliaria proactiva que permita el mantenimiento de las personas en su entorno de manera segura, potenciando la actuación de los profesionales de enfermería de atención primaria;
- Impulsar la participación y corresponsabilidad de las personas con enfermedades crónicas a través de la implementación del proyecto "Paciente activo".

2.3. Atención a las personas con enfermedades crónicas en los hospitales de agudos.

Los hospitales son estructuras que generan una influencia poderosa sobre el global del sistema sanitario. Su eficacia en la resolución de ciertas enfermedades agudas, sobre todo quirúrgicas, les da un gran prestigio social. Esta circunstancia no debería, sin embargo, ocultar que existen dos problemas estructurales que dificultan la atención integral y coordinada a las personas con cronicidad compleja y fragilidad: 1) la burocracia interna que repercute en la calidad de los servicios y en la seguridad de los pacientes ingresados, y b) la superioridad

jerárquica de los hospitales sobre el global del sistema que los mantiene alejados de la realidad comunitaria y de la atención primaria (Varela, 2016).

Los pacientes crónicos complejos (PCC), al ingresar en un hospital de agudos, presentan a menudo mayor polifarmacia y complicaciones añadidas al motivo que ocasiona su ingreso. Entre estos problemas suelen destacar: la pérdida funcional, las caídas, el deterioro cognitivo, los déficits auditivo y visual, el insomnio, la sintomatología depresiva, la malnutrición, las úlceras cutáneas. Todo ello provoca dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (Matas et al., 2014).

Los mayores de 65 años son el 26% de las personas que acuden a urgencias hospitalarias y constituyen el 40% de los ingresos hospitalarios por esta vía (Rodríguez Castejo et al., 2004), por lo que se hace imprescindible reorientar la atención para conseguir mejores resultados a un menor coste en términos económicos y de calidad de vida.

Los trabajos clásicos de Covinsky et al. y Sager et al. realizados para estudiar la evolución funcional de los pacientes mayores de 70 años ingresados en unidades de medicina interna, describen que el 31 y 35% respectivamente de los pacientes dados de alta presentaron deterioro funcional al alta hospitalaria (DFH) global. Datos similares se obtuvieron en el estudio HOPE, en el que además los pacientes presentaron una pérdida funcional relevante (el 40% de los que mostraron deterioro al alta fue debido al deterioro en 3 o más de las ABVD).

En otro estudio, Zisberg et al. describen un 46% de DFH global en mayores de 70 años ingresados en medicina interna. Según este estudio al mes del alta hospitalaria el 49% presentaban deterioro en alguna ABVD y el 57% en alguna AIVD. En estudios de seguimiento a 3 meses, el 40% presentaban deterioro en alguna AIVD y el 19% en las ABVD (Osuna-Pozo, Ortiz-Alonso, Vidán, Ferreira, & Serra-Rexach, 2014). En España, Gutiérrez Rodríguez et al., describieron en 1999 una incidencia de deterioro funcional al alta hospitalaria (DFH) del 70.66% en una población de pacientes mayores de 65 años con alto nivel de independencia en las ABVD, ingresados en una unidad hospitalaria de agudos. Al mes el deterioro persistió en el 29,3% de los sujetos (Gutiérrez-Rodríguez, Domínguez-Rojas, Solano-Jaurrieta, 1999).

El deterioro funcional (DF) es una de las complicaciones más importantes de la hospitalización, por su elevada frecuencia y por las graves consecuencias que trae consigo, como son la dependencia, la institucionalización, un mayor consumo de recursos sanitarios y un aumento de la mortalidad (Osuna-Pozo et al., 2014).

La prevención de complicaciones evitables en este perfil de población debe ser la base de la atención hospitalaria, no sólo para mejorar la calidad asistencial, si no por eficiencia y por obligación moral de la organización para con la ciudadanía.

Se recomienda la creación de unidades específicas en los hospitales para que los pacientes mayores con pluripatología sean atendidos en los hospitales en unidades específicas, con una estructura física

adecuada y un equipo interdisciplinar que potencia la movilización, la deambulaci3n precoz y la conservaci3n de las ABVD, favoreciendo siempre la reintegraci3n en el domicilio (García-Navarro & G3mez Pav3n, 2005).

En los hospitales de agudos de nuestra comunidad se han implementado proyectos muy interesantes de abordaje al paciente con insuficiencia cardiaca, EPOC, enfermedad renal cr3nica, ictus, etc.; pero no de una forma homog3nea ni con la coordinaci3n necesaria entre 3mbitos asistenciales y servicios sociales. Es necesario enmarcar todas las actuaciones en una atenci3n integral y coordinada y seguir las recomendaciones con potente evidencia cient3fica de crear unidades y rutas espec3ficas para los pacientes con mayor complejidad.

2.4. Atenci3n a las personas con enfermedades cr3nicas en los hospitales de cuidados intermedios o de media estancia.

Las unidades de media estancia o convalecencia fueron definidas por el Insalud en 1996 como aquel nivel asistencial hospitalario destinado a restablecer aquellas funciones, actividades o secuelas, alteradas como resultado de diferentes procesos previos (INSALUD, 1996). Los objetivos primordiales de estas unidades son la recuperaci3n funcional y la reducci3n de la incidencia de institucionalizaci3n definitiva, la consecuci3n de estos objetivos deben ajustarse a un tiempo de atenci3n no muy prolongado, con objeto de aumentar la eficiencia de estas unidades. En este sentido, la evaluaci3n de factores cl3nicos, funcionales, mentales y sociales es uno de los as-

pectos b3sicos para optimizar el rendimiento de estas unidades. Algunos autores han postulado que la aplicaci3n del 3ndice de Barthel podr3a ser un instrumento de evaluaci3n eficaz considerando que el ingreso ser3a adecuado mientras los pacientes consiguieran una mejor3a de su situaci3n funcional. Sin embargo, tanto la ganancia funcional como la estancia hospitalaria y la eficiencia pueden estar condicionadas por la complejidad de las caracter3sticas de los pacientes (INSALUD, 1996).

Las unidades de media estancia o convalecencia, son el primer nivel asistencial que fue evaluado y que cuenta con el mayor grado de evidencia cient3fica. Pese a ello, el grado de desarrollo en los diferentes sistemas sanitarios es m3s lento del que sus establecidos beneficios har3an prever. Estas unidades han demostrado, un a3o despu3s del alta hospitalaria, una reducci3n de la mortalidad del 23,8% en el grupo de pacientes tratados en la unidad ubicada en un hospital de agudos frente al 48,3% en el grupo control tratado de forma convencional, una reducci3n de la institucionalizaci3n del 12,7% frente al 30%, una mejor3a de la situaci3n funcional en actividades b3sicas de la vida diaria del 48,4% frente al 25,4% e instrumentales del 46,8% frente al 30,5%, una mejor3a de la situaci3n cognitiva del 35,6% frente al 22,4% y afectiva del 42,4% frente al 24,1% y una reducci3n de la estancia hospitalaria, reingresos y costes de la atenci3n (García-Navarro & G3mez Pav3n, 2005).

En el a3o 2001, coincidiendo con la apertura del Hospital Son Ll3tzer, los hospitales General y Juan March dejan su actividad de

agudos e inician su reconversión a hospitales de media estancia con programas de convalecencia, rehabilitación y paliativos dirigidos a pacientes con enfermedades crónicas que precisaban tratamiento, cuidados y/o rehabilitación después de ingreso en hospital de agudos. Paralelamente se creó el primer equipo de soporte domiciliario para cuidados paliativos.

En el año 2010 el Servicio de Salud publicó el “Plan de acciones sanitarias en el ámbito sociosanitario” intentando coordinar todos los recursos sociosanitarios, aunque desafortunadamente el plan no tuvo aplicación práctica y se siguieron manteniendo estos dispositivos sin un proyecto que contemplara el acceso a estos recursos a toda la población de las Islas Baleares.

Las amenazas de cierre de los hospitales de media estancia o de cuidados intermedios en nuestra comunidad pusieron en jaque a los hospitales General (HG) y Joan March (HJM). En el HJM poco a poco fueron desapareciendo los programas y los protocolos, a excepción del programa de RESC, que siguió con la misma metodología y orientación dirigida a los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de toda la isla de Mallorca. El Hospital General ha sido estandarte de la atención a la cronicidad en nuestra comunidad, sabiendo mantener una estructura y una metodología de trabajo orientada realmente a las necesidades de las personas que necesitaban mejorar su autonomía o realizar una convalecencia sin pérdida de funcionalidad. La satisfacción de los pacientes y sus familias por la atención recibida tanto en el HG como en el HJM, se ha mantenido muy

elevada, gracias a la gran profesionalidad y humanización de la atención.

3. CONCLUSIONES.

Es importante determinar y enmarcar los proyectos y las acciones que se deben impulsar para avanzar hacia un nuevo paradigma de atención sanitaria que dé respuestas eficientes y sostenibles a nuestra población actual.

La coordinación asistencial y la continuidad asistencial son claves para garantizar una atención segura y de calidad en los pacientes que sufren enfermedades crónicas complejas y avanzadas.

Las personas con problemas de salud cada vez más demandan participar de manera activa en su proceso de salud-enfermedad, y el sistema de salud debe facilitar el afrontamiento de la enfermedad y el aumento de capacitación de las personas para que sepan autogestionar su enfermedad.

El desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación son ya una herramienta clave para los sistemas de salud, para los profesionales y para los usuarios.

4. BIBLIOGRAFÍA.

1. Al Hamid, A., Ghaleb, M., Aljadhey, H., & Aslanpour, Z. (2014). A systematic review of hospitalization resulting from medicine-related problems in adult patients. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 78(2), 202–217. <https://doi.org/10.1111/bcp.12293>

2. Barceló, A, Epping-Jordan, J, Orduñez, P, Luciani, S, Agurto, I, Tasca, R . (2013). Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud; 2013. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas.
3. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2012). Pla salut 2011- 2015. Generalitat de Catalunya, 178. Retrieved from <http://www.coill.org/Ficheros/Novedades/plasalut 2011 - 15.pdf>
4. Consejería de Salud de la Región de Murcia. Estrategia para la Atención de la Cronicidad 2013-2015. 2013.
5. Consejería de Sanidad y Consumo. (2009). Estrategia de Cuidados Paliativos de las Islas Baleares. Gobierno de las Islas Baleares. Retrieved from <http://www.ibsalut.es/ibsalut/documentospdf/esp/paliativos.pdf>
6. Decret 49/2014, de 28 de novembre de 2014, pel qual es crea el Centre Coordinador del Programa de Cures Pal•liatives. BOIB núm. 163, 29 de novembre de 2014.
7. Fryer, G. E. (2007). The Primary Care Physician Workforce: *Annals Of Family Medicine*, 486–491.
8. García- Navarro, J. A., & Gomez Pavon, J. (2005). Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.*, 1–98.
9. González Mestre, A. (2014). La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. *Enfermería Clínica*, 24(1), 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.005>
10. Gutiérrez Rodríguez J, Domínguez Rojas V, Solano Jaurrieta JJ. (1999). Functional deterioration secondary to hospitalization for an acute disease in the elderly. An analysis of its incidence and the associated risk factors. *Revista Clinica Española*, 199:418–23.
11. INSALUD. (1996). Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores.
12. Llei 4/2015, de 23 de març, de drets i garanties de les persones en el procés de morir. BOIB núm. 44, 28 de març de 2015.
13. Matas, M. C. O., García, C. C., Tovar, F. P., Santamaría, M. T. C., Maylin, L. P., & Lorenzo, A. F. (2014). Intervención proactiva desde una unidad de geriatría en la atención del paciente crónico complejo ingresado en un hospital de agudos. *Gerokomos*, 25(4), 152–158. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000400005>
14. Mejía-Acosta, N., Alvarez-Risco, A., Solís-Tarazona, Z., Matos-Valerio, E., Zagarra-Arellano, E., & Del-Aguila-Arcenales, S. (2016). Reacciones Adversas a Medicamentos reportadas como resultado de la implementación de Atención Farmacéutica en la Farmacia Institucional DIGEMID - Ministerio de Salud de Per. *Pharmaceutical Care Espana*, 18(2), 67–74. <https://doi.org/10.1016/j.farma.2010.01.009>

15. Miguélez-Chamorro, A., & Ferrer-Arnedo, C. (2014). La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. *Enfermería Clínica*, 24(1), 5–11. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.002>
16. Ministerio de Sanidad - Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Estrategia para el Abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, 80.
17. Ministerio de Sanidad Igualdad y Servicios sociales. (2013). Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor: Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. *Informes Estudios e Investigación*, 1–85.
18. Monterde, D., Vela, E., & Clèries, M. (2016). Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. *Atención Primaria*, 48(10), 674–682. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.06.003>
19. Montes, J., Casariego, E., de Toro, M., & Mosquera, E. (2012). La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: La Declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia. *Galicia Clínica*, 73(1), 7–14.
20. Osuna-Pozo, C. M., Ortiz-Alonso, J., Vidán, M., Ferreira, G., & Serra-Rexach, J. A. (2014). Revisión sobre el deterioro funcional en el anciano asociado al ingreso por enfermedad aguda. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 49(2), 77–89. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.08.001>
21. Rodríguez Castedo, A., Duque Gómez, J., Cobo Gálvez, P., Fernández Muñoz, J., García Martín, J., & Herrero Portela, A. (2004). Atención a las personas en situación de dependencia. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 18–19, 65–67.
22. Varela, J. (2016). Las reformas necesarias en los hospitales: 10 recomendaciones para mejorar la eficiencia, la calidad y la efectividad. *Medicina Clínica*, 146(3), 133–137. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2015.06.012>
23. Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E, et. al. (2011). Pacientes polimedificados frágiles, un reto para el sistema sanitario. *Inf Ter Sist Nac Salud*, 35(4), 114–123. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.farma.2011.02.005>
24. World Health Organization. (2010). *Global status report on noncommunicable diseases*. (2010).
25. Zozaya Jara, A., Xamena Miralles, J., & Carandell Jäger, E. (2010). Guía de recomendaciones para la atención de los pacientes polimedificados. *Govern de Les Illes Balears*, 1, 55. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

