

Enfermedades Crónicas: un reto pendiente para o Sistema Nacional de Saúde

Chronic Diseases: a challenge for the National Health System

Félix Rubial Bernárdez

Presidente do Comité Científico. II Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico

O extraordinario incremento acadado na esperanza de vida ao longo do século XX trouxo consigo unha serie de consecuencias para as que os sistemas de saúde están pouco preparados. Unha delas é o rápido crecemento na prevalencia de enfermidades crónicas e incurables, que pasaron a constituír o principal reto ao que deben enfrontarse as políticas de saúde do século XXI, tanto polo seu impacto directo como polas súas repercusións. Segundo datos da Organización Mundial da Saúde (OMS), as enfermidades do aparello circulatorio, a diábetes, o cancro e as enfermidades respiratorias crónicas causaron aproximadamente 35 millóns de mortes en 2005, o que representa un 60% da mortalidade total. Ademais, e contra o que se podería pensar, o 80% desas mortes producíronse en países con niveis de renda baixos e medios, o que está a ampliar aínda máis as desigualdades en saúde vinculadas ao grao de desenvolvemento. Estes feitos, xunto coa constatación de que a ameaza das condicións crónicas pode ser abordada con solucións existentes de eficacia probada e altamente custoefectivas, fixeron que a OMS iniciase unha estratexia global para a abordaxe das enfermidades non transmisibles. Esta estratexia artéllase a través dun plan de acción que ten por obxectivo a modificación de catro condicións e factores de risco nas que moitas delas teñen a súa orixe: unha dieta pouco saudable, a inactividade física, o consumo de tabaco e o consumo de alcol.

Un recente informe da Unión Europea incide no peso das enfermidades crónicas como causa de mortalidade e morbilidade no vello continente, e atribúe ás mesmas un 77% dos anos de vida axustados por discapacidade (DALY's) e un 86% das mortes prematuras. Fai así mesmo fincapé, na crecente carga que representarán condicións como a diábetes e a depresión e sobre todo a demencia.

En España existen estudos que revelan que un 80% das consultas de Atención Primaria e un 60% dos episodios de hospitalización son debidos a enfermidades crónicas, que representan globalmente un 70% do gasto sanitario. Esta situación é aínda máis delicada naquelas Comunidades Autónomas con poboación envellecida, xa que nas persoas maiores de 65 anos a posibilidade de sufrir varias enfermidades crónicas simultaneamente podería elevarse até un 25%. Estamos, por tanto, ante unha auténtica pandemia de consecuencias e duración impredecibles.

Cambios fronte á nova realidade

Parece evidente que este cambio de patrón epidemiolóxico supón unha nova realidade para os servizos de saúde. Pero non é este o único cambio que cómpre entender e afrontar. Tecnoloxías e pacientes teñen experimentado cambios moi relevantes nos últimos tempos. Os pacientes son cada vez máis activos na toma de decisións, mellor informados, máis esixentes, con expectativas crecentes non sempre satisfeitas. Pola súa banda, a tecnoloxía ofrece maiores e mellores aplicacións de apoio á decisión clínica, á planificación de intervencións, aos telecoidados, ou ao uso compartido da información; circunstancias todas elas que supoñen unha enorme oportunidade para cambiar o modelo e transformar un sistema que cura nun sistema que cuida. Na actualidade o modelo asistencial imperante –reactivo, episódico e hospitalocéntrico– está organizado para tratar eficazmente as fases agudas das enfermidades, pero xestiona deficientemente as condicións que necesitan coidados prolongados ou desenrolar unha medicina proactiva e preventiva.

Dende o ano 2000, a OMS traballa nun marco conceptual que permita reorientar os actuais sistemas de saúde cara outros que respondan ás necesidades do paciente crónico. Este programa denomínase *Innovative Care for Chronic Conditions* (ICCC), e prantexa un modelo de atención para as enfermidades crónicas baseado no *Chronic Care Model* (CCM) desenrolado por Wagner e colaboradores do *McColl Institute for Healthcare Innovation*, no que aspectos como a prevención e o diagnóstico precoz, o papel das novas tecnoloxías, os novos profesionais e as novas responsabilidades, etc., incorpóranse como elementos clave da atención. Máis recentemente, en febreiro de 2009, na conferencia “*Securing Europe's Healthcare Future*” celebrada en Praga promovida e amparada pola Unión Europea, foi presentado o documento “*Managing Chronic Disease in Europe*” coordinado polo Prof. Busse da Universidade de Berlín. O citado informe fixa o foco de actuación con respecto ás enfermidades crónicas no noso entorno, e ademais de incidir en aspectos xa descritos introduce novos elementos que deberemos contemplar como a farmacoterapia personalizada ou a incentivación adecuada dos profesionais.

Entre ambos os dous documentos de referencia son moitos os estudos e propostas que se teñen publicado refren-

dando unhas ou outras actuacións. Non obstante parece existir coincidencia en que unha das claves do éxito pasa pola actuación simultánea sobre varias delas. De seguido presentamos o decálogo das máis importantes:

1.- Apoio a un cambio de modelo.

A diminución das enfermidades transmisibles e o envellecemento poboacional, entre outras, ten producido un incremento das condicións dexenerativas e crónicas e un desequilibrio entre os problemas de saúde máis prevalentes e o tipo de atención que se dispensa, axeitado para a atención á patoloxía aguda, pero ineficaz ante a cronicidade. É imprescindible un cambio do modelo asistencial que se adapte a esta nova realidade.

2.- Manexo do entorno político.

O proceso de cambio debe ser impulsado dende o entorno político, facilitando que pacientes, familiares, clínicos, xestores, etc., se incorporen decididamente ao mesmo dende as súas respectivas responsabilidades, de xeito que todos se orienten na mesma dirección.

3.- Desenrolo da atención integrada.

A integración baséase no feito de que habitualmente o manexo das condicións ou enfermidades crónicas non pode facerse de xeito illado. Constitúe o elemento básico do modelo e fundaméntase en cinco piares: a visión global do sistema de saúde, o enfoque poboacional, a coordinación de servizos, a continuidade da asistencia e a atención centrada no paciente. Presta especial atención aos elementos de interacción entre organizacións, profesionais e pacientes. Os resultados agardados dos servizos integrados son melloras en saúde, maior calidade na atención, menor ineficiencia e maior satisfacción en usuarios e profesionais.

A complexidade e variedade de persoas que precisan coidados esixe un grande esforzo de coordinación que non emerge espontaneamente e que é preciso impulsar dende a Administración Sanitaria, demarcando responsabilidades e competencias de xeito concreto e habilitando as actividades formativas necesarias para que todos os profesionais implicados cumpran a súa misión efectiva e eficientemente.

4.- Aliñamento das políticas sectoriais para a saúde.

Resulta clave a implementación de políticas e intervencións cun enfoque intersectorial como poden ser as de tipo regulatorio. Un exemplo da súa efectividade atopámo-lo, por exemplo, na normativa sobre o tabaco.

5.- Un papel máis eficaz dos profesionais da saúde.

Os cambios descritos esixen un cambio cultural e unha adaptación dos profesionais á nova realidade, potenciando capacidades como o traballo en equipos multidisciplinares e multiespecialidade (no caso do persoal facultativo), fomentando a xestión por procesos, reducindo a variabilidade, ou incorporando decididamente as novas tecnoloxías da información e da comunicación nas rutinas de traballo. Tamén será preciso contemplar

a aparición e desenrolo de novos perfís profesionais e a difuminación das liñas de demarcación entre as existentes, o que pode constituír unha grande oportunidade para axustar oferta e demanda asistencial. Todos os autores consideran imprescindible o novo papel da enfermería neste terreo, con figuras como a enfermería de enlace, a enfermería comunitaria ou a enfermería xestora de casos.

Así mesmo deberán establecerse sistemas de incentiación que reforcen a continuidade de coidados e que recoñezan o papel do equipo multidisciplinar marcando incentivos para todos os seus membros e aliñándoos na mesma dirección, evitando diferenzas e frustracións.

6.- Atención centrada no paciente e no seu entorno familiar.

No manexo das condicións crónicas é imprescindible reforzar a responsabilidade central do paciente, asegurando que el mesmo se converte no mellor xestor da súa enfermidade. Moitas destas patoloxías requiren de modificacións dos estilos de vida dos enfermos, polo que autocontrol e autocoidado son elementos a desenrolar. Pacientes e familias deben adoptar un papel moito máis activo na atención, anque para iso deberán dispoñer do necesario apoio e soporte.

7.- Xeración de apoio para o paciente no seu entorno social.

O coidado dos pacientes non debe reducirse ás fases de interacción directa co sistema sanitario, senón que é preciso o apoio no entorno domiciliario e o traballo comunitario. A educación sanitaria convértese nunha compoñente que é preciso reforzar.

8.- Énfase na prevención e na detección precoz.

A maioría das condicións crónicas, incluídas as súas complicacións son prevenibles, ou cando menos permiten controlar certas reagudizacións e ralentizar o deterioro que algunhas destas patoloxías conleva. Cómpre combinar estratexias preventivas individuais e poboacionais que resulten eficaces na modificación de comportamentos non saudables.

9.- Aplicación das novas tecnoloxías.

A irrupción definitiva das novas tecnoloxías, tanto no ámbito da información e da comunicación como da propia asistencia, son elementos de apoio fundamentais para o cambio de modelo. O acceso sinxelo á toda a información asistencial do paciente no momento e lugar no que precise, a prescrición electrónica, a telemedicina, a telemonitorización, os telecoidados, etc., constitúen exemplos significativos e consolidados de posibles dispositivos e actuacións que permiten o mellor control dos pacientes con patoloxía crónica, proporcionando soporte efectivo e eficiente.

10.-Establecemento de medidas de avaliación.

A avaliación das actuacións debe constituír unha parte indisoluble dos programas de mellora do manexo das enfermidades crónicas. Efectuarase dacordo cos estándares comunmente aceptados, baseados na evi-

dencia e a ser posible monitorizarán aspectos relacionados tanto con estrutura e proceso, como, a ser posible, cos resultados.

II Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico

Neste escenario cambiante xorden experiencias e iniciativas a distintos niveis coa finalidade de proporcionar respostas e abrir camiños ante o reto das condicións crónicas. Coa finalidade de dar voz a esas estratexias, modelos e intervencións e traballar conxuntamente na dirección correcta celebrárase en Santiago de Compostela o “II Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico” (www.cronicos-compostela2010.org), que terá lugar o 25 e 26 de febreiro de 2010. Baixo o lema “Caminando juntos para mejorar los cuidados del paciente crónico” pretendemos consolidar un foro de participación no que compartamos e analicemos dende unha óptica multidisciplinar todos aqueles aspectos que nos axuden a acadar o obxectivo.

Non podería rematar sen facer aínda que só sexa unha breve mención ao papel que os médicos especialistas en Medicina Interna veñen desempeñando no manexo dos pacientes con patoloxías crónicas, da pluripatoloxía e da complexidade, ou como profesionais de soporte para a toma de decisións no primeiro nivel asistencial. Son moitas as experiencias específicas que dirixidas ou participadas por internistas veñen tendo lugar na mellora da xestión asistencial da cronicidade,

e son moitas tamén as iniciativas que se están a levar en Galicia. Atrévome, por tanto, a solicitarvos a vosa participación neste Congreso, e especialmente a que nos fagades chegar as vosas liñas de traballo ao respecto a través das vosas comunicacións. Poucos especialistas como os internistas teñen acadado como colectivo o grao de convencemento que tendes acadado vós con respecto á necesidade de consolidar un cambio de modelo. E cómpre compartir coñecemento para seguir avanzando xuntos no camiño correcto.

Bibliografía

1. World Health Organization. Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Report by the General Director. Geneva: WHO; 2000.
2. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions. May meeting report. Geneva: WHO; 2001.
3. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patient with chronic illness. *Milbank Q.* 1996; 74 (4): 511-44.
4. World Health Organization. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Report by the General Director. Geneva: WHO; 2007.
5. Bengoa R, Nuño R (eds). Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
6. Busse, R, Blümel M, Scheller-Kreisen D, Zentner A. Managing Chronic Disease in Europe. Securing Europe's Healthcare Future Conference. Prague: 2009.
7. Nuño R. Atención innovadora a las condiciones crónicas: más necesaria que nunca. www.risai.org. 2009.
8. Ham C. Chronic Care in the English National Health Service: Progress and Challenges. *Health Affairs*, 2009, 28 (1): 190-201.
9. Hernández C, Jansa M, Vida IM, Núñez M, Bertrán MJ, García-Aymerich J, Roca J. The burden of chronic disorders on hospital admissions prompts the need for new modalities of care: a cross-sectional analysis in a tertiary hospital. *Q J Med*, March 2009, 91: 755-766.