



Editorial

Cautela ante las reformas para “mejorar” la atención a la cronicidad

Caution over reforms to “improve” chronicity attention



En la Conferencia Nacional para la Atención al Paciente Crónico, celebrada el 2011 en Sevilla, el Ministerio de Sanidad, el Foro Español de Pacientes, las consejerías autonómicas y dieciséis sociedades científicas médicas y de enfermería se emplazaban a desarrollar políticas y estrategias sobre la atención a la cronicidad en todo el estado¹. Actualmente, después de haber superado una fuerte crisis económica y ante una posible nueva recesión, nos seguimos preguntando si efectivamente nuestro modelo de atención primaria, que no ha variado sustancialmente desde su creación, debe modificarse para atender mejor a las necesidades de los pacientes con patologías crónicas.

Estos años nos aportan una perspectiva suficiente para responder a la pregunta sin el entusiasmo ideológico inicial. Durante este tiempo hemos asistido a numerosas reuniones promovidas por las consejerías de salud, las sociedades y las entidades concertadas de servicios sociosanitarios, habitualmente financiadas por la industria, en las que se recomendaban cambios radicales del modelo asistencial. Se promovían servicios específicos para atender la cronicidad en la comunidad, se abogaba por una integración de atención primaria y hospitalaria, así como de servicios sociales y sanitarios, y se creía ciegamente en la bondad del triple objetivo (conocido por su denominación inglesa: “triple aim”²). Se pensaba que si se ofrecía una buena atención a los pacientes crónicos que evitara las reagudizaciones de su enfermedad, se conseguiría un triple objetivo: los pacientes gozarían de una mejor salud, y por lo tanto estarían más satisfechos y como resultado final sufrirían menos ingresos hospitalarios. Mejoraríamos en salud, satisfacción y costes.

Para responder a la pregunta hemos de empezar recordando que los indicadores de calidad de los servicios españoles de salud son muy buenos. Según el último informe realizado por el Observatorio de Políticas y Servicios de Salud de la OMS, la mortalidad por enfermedades evitables por servicios sanitarios en nuestro país es de las más bajas de Europa³. Por otro lado, han aparecido recientemente nuevas evidencias sobre la contribución de los médicos de familia a la reducción de la mortalidad global de la población, logro que no han conseguido las otras especialidades⁴, a pesar de que a diario estas se sientan legitimadas para “formarnos” sobre como hemos de atender a los pacientes. Así pues, antes de cambiar hemos de intentar no estropear lo que tenemos y en todo caso, avanzar teniendo en cuenta el papel central de la atención primaria y del médico de familia.

Los pilares que sustentan el movimiento de atención a la cronicidad no son tan sólidos como imaginábamos hace diez años. Los pocos estudios que evalúan la aplicación del triple objetivo en atención primaria tienen serias limitaciones metodológicas. La mayoría se limita a describir intervenciones que buscan una reducción de la utilización de servicios hospitalarios sin considerar la salud o la experiencia. Tampoco es cierto que la mejoría de uno de los tres objetivos se acompañe automáticamente de la de los otros dos⁵. Al contrario, una evaluación de los servicios de atención primaria europeos mostraba que una buena atención primaria se asociaba a una mejor salud, pero también a unos costes superiores⁶.

Tampoco está plenamente establecido que la única forma de atender debidamente a la cronicidad sea integrando los servicios sociales y sanitarios, a pesar de que esta siga siendo la estrategia propuesta por la Organización Mundial de la Salud⁷. Una reciente revisión de revisiones sistemáticas confirma que la evidencia sobre la bondad de esta estrategia sigue siendo muy limitada. Sólo tenemos cierto conocimiento de su efectividad a nivel micro y desconocemos lo que ocurre a nivel meso o macro. Los elementos que habitualmente conforman el modelo de atención integrada son: los equipos multidisciplinarios y la valoración y atención global del paciente; mientras que los profesionales que aparecen con mayor frecuencia son las enfermeras, los fisioterapeutas, los médicos de familia y las trabajadoras sociales⁸. Todos ellos son prácticas y profesionales que existen en nuestra atención primaria de salud.

Las evaluaciones de las innovaciones en atención a la cronicidad realizadas por nuestros servicios de atención primaria tampoco animan mucho al cambio. En mi equipo, por ejemplo, comprobamos que la incorporación de un médico de familia que hacía un seguimiento telefónico quincenal a los pacientes crónicos complejos, en comparación con los que seguían el tratamiento habitual, no mejoraba la atención en ninguno de los ejes del triple objetivo⁹. Tampoco encontraron mejoría sobre la atención habitual en la evaluación de un programa de atención integrada y proactiva dirigido a pacientes crónicos complejos realizado en los Servicios Integrados de Salud del Baix Empordà¹⁰. Concluían con razón que la atención habitual ya era muy buena y por lo tanto difícil de mejorar.

El Programa de atención a la cronicidad realizado en Cataluña promovió tres actividades de obligado cumplimiento en todo el territorio: la estratificación de los pacientes según su riesgo de consumo de servicios sanitarios, la identificación y atención prioritaria bajo un plan específico para cada uno de los pacientes catalogados como pacientes crónicos complejos o crónicos terminales y la del

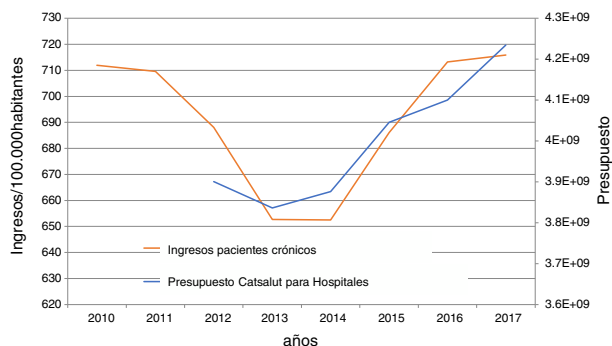


Figura 1. Evolución de los ingresos anuales de pacientes con patologías crónicas y del presupuesto destinado a los hospitales en Cataluña. (Las patologías incluidas son: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca, complicaciones de la diabetes, asma, enfermedades del corazón e hipertensión).

diseño de vías de atención integrada para las principales patologías en cada uno de los territorios que cubren los hospitales comarcales. Si bien es cierto que el programa ha sido poco evaluado, sus responsables argumentan que su introducción en 2011 vino seguida de una reducción inmediata de los ingresos hospitalarios de pacientes crónicos. Sin embargo, a mi entender los resultados tienen otra explicación mucho más plausible. La disminución de los ingresos seguramente obedecía a la reducción de la oferta generada por los recortes presupuestarios durante la crisis. Como se puede ver claramente en la *figura 1*, los ingresos disminuyeron con la reducción del presupuesto y volvieron a crecer de forma paralela al incremento de los recursos destinados a los hospitales catalanes. Una vez más comprobamos que la oferta condiciona la demanda.

A pesar de todo, podemos estar agradecidos de que este programa no haya empeorado la situación basal. En el país de Gales, el proyecto Prismatic, que estratificaba a la población y animaba a los médicos de familia a realizar una atención preferente a los pacientes que tenían mayor riesgo de ingreso hospitalario produjo justamente un efecto opuesto al deseado. Aumentó las visitas a urgencias, los ingresos hospitalarios y los costes sin un claro beneficio para los pacientes con enfermedades crónicas¹¹.

La atención clínica que se produce en las consultas de medicina de familia tiene sobradas pruebas de su efectividad. Sigue siendo una tarea muy personal y artesanal, basada en una estrecha relación de los médicos con los pacientes para trabajar conjuntamente su salud en las distintas fases de la vida y la enfermedad, de forma equitativa, accesible y continuada, colaborando estrechamente con el resto de los miembros del equipo multidisciplinario en la forma que ellos mismos han acordado. Las acciones destinadas a dividir esta compleja tarea en simples procesos para cada una de las

enfermedades crónicas o problemas sociales pueden no ser beneficiosas para el paciente. Tampoco es adecuado abrazar reformas por motivos puramente ideológicos. Al contrario, sólo deben forzarse cambios que estén claramente avalados por la evidencia científica. La cantidad de recursos destinados a la atención a la cronicidad favorece que surjan numerosos proyectos, medicamentos y nuevos servicios para atenderla. Antes de adoptarlos, no sólo hemos de considerar la evidencia científica que los avala sino los conflictos de interés de los que las proponen.

Existe una tendencia creciente a intentar gestionar los procesos de atención que se realizan en las consultas de atención primaria.

Bibliografía

- Orozco-Beltrán D, Ollero Baturone M. Conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. *Aten Primaria* 2011;43(4):165-6.
- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)* 2008 May-Jun;27(3):759-69. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>.
- Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J, Sánchez Martínez FI, Repullo JR, Peña-Longobardo LM, et al. Spain: Health System review. *Health Syst Transit* 2018;20:1-179.
- Basu S, Berkowitz SA, Phillips RL, Bitton A, Landon BE, Phillips R. Association of Primary Care Physician Supply With Population Mortality in the United States, 2005-2015. *JAMA Intern Med* 2019. <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.7624.6>.
- Obucina M, Harris N, Fitzgerald JA, Chai A, Radford K, Ross A, Carr L, Vecchio N. The application of triple aim framework in the context of primary healthcare: A systematic literature review. *Health Policy* 2018;122:900-7.
- Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood)* 2013;32(4):686-94. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1242>.
- Araujo de Carvalho I, Epping-Jordan J, Pot AM, et al. Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. *Bull World Health Organ* 2017;95:756-63.
- Briggs AM, Valentijn PP, Thiyagarajan JA, et al. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ Open* 2018;8:e021194. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021194>.
- González-Ortega M, Gené-Badía J, Kostov B, García-Valdecasas V and Pérez-Martín C. Randomized trial to reduce emergency visits or hospital admissions using telephone coaching to complex patients.
- Coderch J, Pérez-Berrueto X, Sánchez-Pérez I, Sánchez E, Ibern P, Pérez M, Carreras M, Inoriza JM. Evaluación de la efectividad de un programa de atención integrada y proactiva a pacientes crónicos complejos. *Gac Sanit* 2018;32(1):18-26.
- Snooks H, Bailey-Jones K, Burge-Jones D, Dale J, Davies J, Evans B, et al. Predictive risk stratification model: a randomised stepped-wedge trial in primary care (PRISMATIC). *Health Serv. Deliv Res* 2018;6(1).

Joan Gené-Badía

Editor de Atención Primaria Práctica

18 de octubre de 2019

24 de octubre de 2019