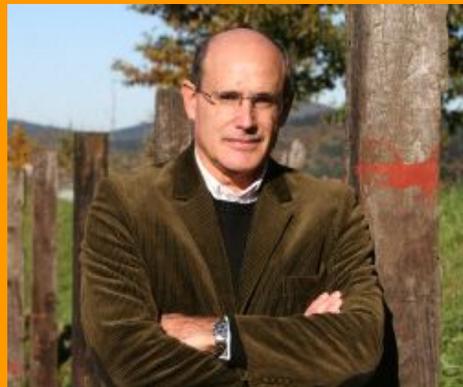


Encuentro con Rafael Bengoa



*Las enfermedades crónicas: nuevos
modelos organizativos para la pandemia,*

a cargo de Jordi Martínez Roldán

Barcelona, Hotel Catalònia Ramblas (c. de Pelai, 28),
el 23 de Mayo de 2007

Biografía profesional

Rafael Bengoa, médico, fue viceconsejero de Sanidad del Gobierno vasco; durante ocho años (hasta 2006) ocupa la dirección de Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En la actualidad, dirige el Observatorio Kroniker, una organización independiente dedicada al análisis de la sanidad mundial, de sus carencias, modelos y tendencias, en busca de la mejora de los actuales servicios.

Las enfermedades crónicas: nuevos modelos organizativos para la pandemia

Las organizaciones sanitarias, sobre todo los hospitales de agudos, están diseñados para atender personas con problemas agudos de salud. Es un atención reactiva a la demanda que no siempre responde de manera correcta a las necesidades. En este encuentro se aprende a ver desde otro enfoque, tanto el abordaje de las patologías crónicas, como la gestión de la demanda.

Es muy ilustrativo ver el gato. **El futuro paciente al que tendremos que enfrentarnos será pluripatológico, como fracaso de nuestras actividades preventivas y sobre estilos de vida.**



El envejecimiento de la población y el cambio de hábitos está generando una nueva pandemia, la de las enfermedades crónicas. Según Mokdad et al (*Mokdad AH, et al. JAMA 282:16, 1999, and 286:10, 2001*), en EEUU la prevalencia de diabetes ha pasado de ser de menos de un 4% en el 1990, a más de un 10% en el 2001. Además, muchos de estos pacientes tienen más de una patología crónica y con una alta frecuencia ésta se asocia a hipertensión, dislipemia, insuficiencia cardíaca, etc. De hecho, se sabe que el 70-80% de las personas que se atienden en Atención Primaria consultan por problemas relacionados con su patología crónica.

En la gestión de las enfermedades crónicas es de vital importancia el conocimiento del continuo de la enfermedad. Ello nos permite pasar de un abordaje reactivo, casi siempre ligado a enfermedad, a un abordaje proactivo, muy

ligado a intervenciones de promoción de la salud y de prevención primaria y secundaria. Obsérvese la figura siguiente:

Como sabemos, en el continuo de la salud trabajaremos con diferentes intervenciones en cada momento. Así la prevención primaria será nuestra herramienta sobre la población general, la prevención secundaria sobre la población de riesgo, y el tratamiento sobre el individuo concreto.

Existen dos escuelas de prevención primaria. La escuela de estilos de vida, que aborda al individuo, y la escuela de determinantes de la salud, que propone un abordaje sobre la sociedad. Esta última hace hincapié en las condiciones sociales como factores decisivos, todo lo asociado a la pobreza, cultura y nivel social.

De las intervenciones en el continuo de la salud, tanto la prevención secundaria como el tratamiento estarían dentro del modelo de prestación de los sistemas de salud.

Según un estudio realizado en 5 países, Australia, Canadá, Nueva Zelanda, Reino Unido y Estados Unidos (Schoen et al, HealthAffairs 2004, web exclusive: 487-503), al preguntar a los usuarios sobre cuál ha sido su experiencia como pacientes en los sistemas sanitarios que han utilizado, destacan sobre todo los problemas para encontrar una atención segura, eficaz, centrada en el paciente y a tiempo. También detectan problemas graves en la prestación a pacientes crónicos y en actividades preventivas. Además, siguen sin participar en las decisiones que les conciernen.

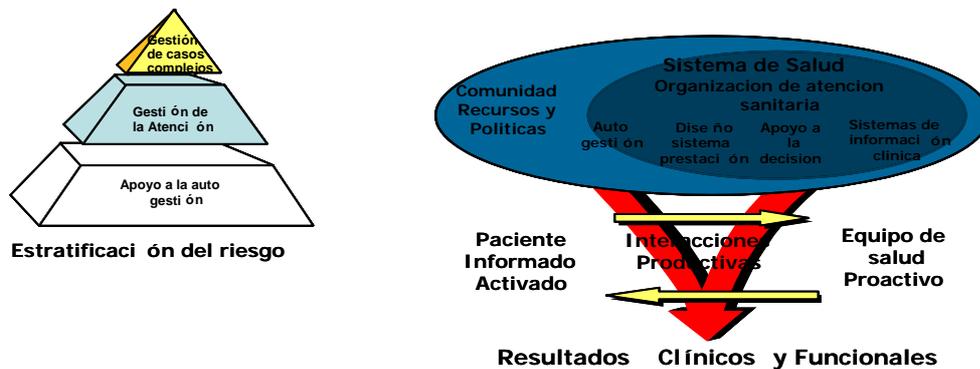
Si se analizan los sistemas sanitarios, no extraña el “fenómeno del radar”, el paciente aparece en el sistema-radar, es tratado, es dado de alta y desaparece de la pantalla de radar hasta que vuelve a presentar otra patología. **Pero, ¿qué pasa cuando el paciente está fuera del radar? Existen estudios que demuestran la mortalidad prevenible que se da en todos estos pacientes, todas debidas a la atención insuficiente de los pacientes cuando se encuentran fuera del sistema.**

De hecho, cuando se han aplicado modelos predictivos para detectar pacientes complejos se ha comprobado que la mayoría de ellos estaban “fuera de radar”.

En los 9 proyectos demostrativos realizados por el *National Health Service* (NHS) británico se comprobó que sólo el 24% y el 35% de los pacientes considerados como complejos estaban incluidos en los programas de atención domiciliaria sanitaria y social, respectivamente.

Se puede concluir que todos los sistemas están perfectamente diseñados para obtener los resultados que obtienen. De manera que, si queremos hacer una transición de futuro hacia una prestación orientada a los problemas crónicos, la calidad, la prevención y la integración, deberemos explorar nuevos modelos.

En esa exploración, se descubren básicamente **dos modelos: el de Wagner y el de Kaiser Permanente.** El primero se centra en un enfoque del sistema sanitario muy orientado a la integración de éste (enfoque sistémico); mientras que el segundo, se centra en la gestión a partir de la segmentación de población por riesgo, incidiendo en la adecuación de la prestación de servicios. Los dos modelos no son antagónicos sino todo lo contrario, complementarios en la búsqueda de obtener mejores resultados desde diferentes perspectivas.



El modelo de Wagner es global y se basa en la obtención de resultados clínicos y funcionales, modificando diferentes aspectos. Un rediseño de los sistemas de prestación de servicios, con modelos de autogestión, muy centrados en el liderazgo clínico y con un gran soporte de los sistemas de información. Esto junto con la

utilización del conjunto de recursos de la comunidad, unas correctas políticas sanitarias y las interacciones productivas entre un equipo de salud proactivo y un paciente informado generará mejores resultados.

Existen diferentes ejemplos de aplicación del modelo con obtención de resultados óptimos. *The Whashington State Collaboratives* es un ejemplo de USA con mejora de resultados en los diferentes objetivos marcados. Otro ejemplo práctico es la aplicación del modelo en un país con un sistema nacional de salud, como es Inglaterra. El ejemplo se ubica en Castellfield, Runcorn y Cheshire, demostrando mejora de resultados ya en el primer año.

El segundo modelo, como se ha avanzado es el de estratificación del riesgo de **Kaiser Permanente (en adelante, KP)**. **El modelo estratifica la población en tres niveles dependiendo de la complejidad, y para cada nivel diseña un modelo de prestación de servicios diferente.** En el nivel 1 se sitúan los pacientes con un buen control de la patología crónica y la propuesta es fomentar el autocontrol. En el nivel 2 se oferta la gestión de enfermedades ya que presentan mayor riesgo. En el nivel 3, que supone el 4-5% de la población, estarían los grandes consumidores de recursos que presentan una gran complejidad y que requieren de la gestión de casos.

Los resultados obtenidos por KP fueron comparados en el 2002 con los del NHS, y posteriormente en el 2005. C. Ham publicó las diferencias en los resultados. Se centró en los días de hospitalización por diferentes patologías, las consultas a urgencias y la ratio de utilización de camas por 100.000 personas mayores de 65 años. Los resultados fueron muy favorables para KP lo que propició un acuerdo para poner en práctica la Lógica de Gestión de KP en el NHS. Se iniciaron en Inglaterra tres proyectos demostrativos (*Kaiser Bacon Sites*) para evaluar los resultados en el modelo inglés, a partir de una alianza entre el Departamento de Salud Británico, NHS y la Universidad de Birmingham con estrecha colaboración con KP. De manera que **se demostró que KP con respecto al modelo inglés es más eficiente, utiliza un tercio de las camas hospitalarias para los mayores de 65 años y permite prestar más servicios fuera del hospital.**

Pero, ¿cuál es la lógica de gestión de KP?. Según C. Ham la podemos resumir en los siguientes puntos:

- KP es una organización integrada que razona como un sistema.
- Existe una estratificación del riesgo.
- Da cobertura a prevención, tratamiento y cuidados.
- Existe una práctica clínica de multi-especialidades.
- Existe un mayor función para enfermería.
- La división entre primaria y especializada se diluye.
- El foco de atención son las enfermedades crónicas.
- La atención se provee en la estructura más adecuada.
- Un ingreso no planificado se considera un fallo del sistema.

Resumiendo, **se sabe que padecemos una epidemia de las enfermedades crónicas, conocemos las intervenciones necesarias en todo el continuo de la enfermedad, tenemos modelos, sabemos que mejoran los resultados, existe un número creciente de iniciativas y proyectos, existe una concienciación creciente, pero el cambio es lento. ¿Por qué?**

Porque nos enfrentamos a problemas:

- Políticas: lo agudo atrae más votos.
- Financiación: Incentivos alineados para lo agudo.
- Economía: Los mercados se mueven sobre lo agudo.
- Sociedad y Pacientes: Prefieren lo agudo.
- Profesionales: lo agudo equivale a medicina más espectacular.
- Sistemas de salud: fragmentación.

Se deberían accionar todas las poleas de cambio para generar movimiento hacia la gestión de los cuidados crónicos. El nuevo reto es generar cambios desde dentro del Sistema Nacional de Salud, y desde afuera a partir de alianzas con asociaciones de pacientes, grupos de apoyo etc.

Es un camino difícil aunque ciertas experiencias lo están mostrando como el acertado.