

Programa para mejorar la atención de las enfermedades crónicas. Aplicación del Modelo de Cuidados para Enfermedades Crónicas

G. Rubiera López y J.R. Riera Velasco

Introducción. Las enfermedades crónicas han adquirido gran importancia en atención primaria debido al incremento de su prevalencia y las dificultades observadas en su control.

El complejo problema necesita una solución multidimensional que afecta al comportamiento de los pacientes, la actitud de los sanitarios y cambios en la organización del sistema sanitario.

Objetivos. El Modelo de Cuidados para Enfermedades Crónicas persigue capacitar al paciente para el control de su enfermedad y que el médico tenga una actitud proactiva.

Programa. El modelo propuesto tiene 6 componentes relacionados entre sí, cuya actividad se centra en el paciente. Se elabora un plan individualizado de cuidados basado en la evidencia científica. Se realiza un seguimiento de todos los pacientes, incluso los que no acuden a la consulta. El modelo tiene una herramienta específica para explorar las oportunidades de mejora e incorpora los ciclos P-D-C-A para hacer cambios en las actividades.

Discusión. La orientación del sistema sanitario a la resolución de los problemas agudos es la barrera más importante a su implantación. Son aspectos clave para el éxito del modelo, la selección de los pacientes que más se van a beneficiar y el apoyo visible de los líderes del sistema.

Palabras clave: Modelo de Cuidado de Enfermedades Crónicas.

PROGRAMME TO IMPROVE CARE IN CHRONIC ILLNESSES: APPLICATION OF THE MODEL OF CARE IN CHRONIC ILLNESS

Introduction. Chronic diseases have become more central to Primary Care due to their greater prevalence and the difficulties of monitoring them. This complex problem requires a many-sided solution that affects patients' behaviour, health workers' approach and changes in how the health service is organised.

Objectives. The Chronic Diseases Care Model aims to empower the patient to manage his/her own disease and to encourage doctors to take a proactive approach.

Programme. The model proposed has six interlinked components, focusing on the patient. A personalised care plan, based on the scientific data, is worked out. All patients are followed up, including those not attending for consultations. The model possesses a specific tool for exploring possibilities of improvement and incorporates the P-D-C-A cycles in order to make changes in activities.

Discussion. The Health Service's emphasis on resolving acute problems is the biggest barrier to the Model's introduction. Selection of those patients who will most benefit and the visible support of system leaders are key elements for the Model's success.

Key-words: Chronic Care Model, Self-management, Clinical tools.

Dirección General de Calidad y Atención Ciudadana.
 Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Principado de Asturias. España.

Correspondencia:
 Dr. G. Rubiera López.
 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
 Servicio de Medicina Preventiva.
 Avda. Valdecilla, s/n.
 39008 Santander. (Cantabria).
 Correo electrónico:
 grubiera@telecable.es

Manuscrito recibido el 22 de junio de 2003.
 Manuscrito aceptado para su publicación el 10 de marzo de 2004.

Introducción

Si definimos como enfermedad crónica la que tiene una duración mayor de 3 meses y no es autolimitada, encontraremos que la mitad de la población padece una enfermedad crónica. La prevalencia de los individuos con enfermedades crónicas está aumentando por el incremento de la edad de la población y la supervivencia de los enfermos que padecen enfermedades crónicas. Se estima que el 88% de las personas mayores de 65 años padece al menos una enfermedad crónica¹. Las enfermedades crónicas suponen tres cuartas partes del gasto nacional en sanidad.

La mayoría de los enfermos con hipertensión, diabetes, adicción al tabaco, hiperlipemia, insuficiencia cardíaca congestiva, fibrilación auricular, asma y depresión son inadecuadamente tratados².

La dificultad para el control de las enfermedades crónicas tiene 3 problemas³:

1. Los pacientes pueden estar largos períodos sin que nadie se preocupe por sus condiciones.
2. El sistema sanitario está preparado para la atención reactiva de problemas agudos, reagudizaciones y complicaciones, no para la atención proactiva de los enfermos crónicos.
3. El control de las enfermedades crónicas requiere grandes cambios en el comportamiento de los pacientes, los sanitarios y la organización del sistema.

El cuidado de las enfermedades crónicas requiere una solución multidimensional para un problema complejo, lo cual no es rápido ni fácil.

Rediseñar la atención primaria es la propuesta del Institute of Medicine estadounidense para cerrar el abismo entre la actual práctica clínica y los estándares óptimos de calidad⁴.

Entendemos que el Modelo de Cuidados para Enfermedades Crónicas^{1,5,6} es una oportunidad para mejorar la atención de estos enfermos. El modelo fue creado mediante encuestas sobre la mejor práctica clínica, opinión de expertos, las intervenciones más efectivas descritas en la bibliografía y el trabajo en la mejora de la calidad desarrollado en 6 organizaciones sanitarias de Estados Unidos⁷. El modelo, hecho con sentido lógico, contiene unos principios filosóficos interesantes, busca el encuentro entre un paciente informado y motivado y un equipo de atención primaria preparado con actitud proactiva.

El Modelo de Cuidados para Enfermedades Crónicas enfatiza la participación y un papel de decisión principal al paciente a través del Servicio de Salud. El concepto de *empowerment*, de capacitar al paciente para responsabilizarse de su situación de salud, es el gran desafío en la implementación de este modelo.

Objetivos

Los objetivos principales que se persigue con la implementación del modelo son 2:

1. Capacitar al paciente para evitar que sea un sujeto pasivo en el cuidado de su enfermedad crónica y acuda a la consulta con conocimiento suficiente para que la relación médico-paciente sea mucho más productiva.
2. Capacitar al médico para evitar que actúe de forma reactiva a los problemas que presenta el paciente, para lo que debe conocer los servicios que éste necesita y preparar y seguir un plan específico (individual) de cuidados.

Los objetivos secundarios tratan de resolver los problemas detectados en el cuidado de los enfermos crónicos⁸:

1. Identificación inadecuada de los pacientes en la población.
2. Calidad de los cuidados extremadamente variables.
3. Escasa coordinación entre los servicios que atienden a estos pacientes.
4. Ausencia de sistema de evaluación de resultados en la población.

Programa

El Modelo de Cuidados para Enfermedades Crónicas es una guía para aumentar la calidad en la atención de las enfermedades crónicas en atención primaria.

Componentes

El modelo consta de 6 componentes⁶⁻⁸ (fig. 1):

1. Políticas y recursos comunitarios. La mejora de las enfermedades crónicas necesita de los recursos de la comunidad, por ejemplo, programas de ejercicio físico, hogares de la tercera edad, asistencia social y grupos de autoayuda.



FIGURA 1

2. Organización de cuidados en el sistema sanitario. Se requiere que la organización y los líderes consideren la enfermedad crónica y la innovación en su atención como una prioridad.

3. Apoyo a los autocuidados. Las personas viven con las enfermedades crónicas muchos años, por lo que los cuidados de la enfermedad requieren que dieta, ejercicio físico, automediciones (p. ej., glucemias) y manejo de la medicación estén directamente a cargo del paciente. Se pretende que el enfermo adquiera los conocimientos, las habilidades y la confianza para utilizar las herramientas que le permitan el control de su enfermedad.

4. Equipo de cuidados. La estructura de la práctica médica debe ser alterada, creando equipos con una clara división y separando los cuidados agudos del control de las enfermedades crónicas. El equipo se anticipa a los problemas, tiene un trabajo regular, comunicación permanente y seguimiento del paciente.

5. Sistemas de información clínica. El sistema informatizado permite el registro individualizado del paciente, con sus condiciones y su planificación, y puede integrar las guías y protocolos. El sistema es utilizado tanto por el equipo de cuidados como por el médico, y se puede observar las mejoras de la enfermedad crónica.

6. Apoyo a las decisiones. Guías de práctica clínica con protocolos integrados en la práctica. Idealmente, los equipos de trabajo cuentan con la colaboración de los médicos generales y los especialistas.

Actividades

Una de las primeras acciones para la atención de las enfermedades crónicas es cambiar la relación entre cuidadores y pacientes. Si queremos lograr mejores resultados, debemos crear un mejor sistema⁹. Hay 3 puntos clave en la relación médico-paciente:

1. Cuidados centrados en el paciente: la atención centrada en el paciente requiere que se le proporcione información y responsabilidades, involucrándolo más en su cuidado. Ayudar a un paciente a conseguir una pequeña meta puede ser el primer paso en cambiar su vida. Es necesario conocer qué servicios necesita el paciente y preparar un plan específico (individual) de necesidades de cuidados; que este plan esté documentado supone conocer el punto de partida en la mejora de la calidad.

2. Cuidados basados en la evidencia: numerosos estudios demuestran que los médicos realizan su práctica clínica con una enorme variabilidad, incluso en cuestiones de alta efectividad y eficiencia. Hay abundantes guías de buena práctica clínica en posesión de todos y lo que se debe hacer es llevar a la práctica los contenidos.

3. Cuidados basados en la población: el objetivo de los cuidados basados en la población es muy simple; se trata de cubrir las necesidades de salud de todos los pacientes, incluso de los que no aparecen por la consulta. Se necesita

identificar a los pacientes y registrarlos para posteriormente actuar de forma proactiva. La gradual informatización de la historia clínica y del sistema de salud hará esta labor más fácil. El papel de los equipos de cuidados¹⁰, especialmente en atención primaria, es el que ocasiona más escepticismo y es fuente de confusión. La enfermeras especialmente entrenadas y con experiencia en el seguimiento de pacientes crónicos a través de protocolos y guías clínicas deben mantener el asesoramiento continuo a los pacientes crónicos. Los médicos especialistas actúan como consultores de referencia. Los farmacólogos clínicos deben contribuir a reducir los efectos adversos de los regímenes terapéuticos.

Hay múltiples experiencias de seguimiento de los enfermos que combinan el teléfono¹¹, los ordenadores^{12,13} y el contacto directo¹⁴. El médico de cabecera mantiene un contacto permanente con el equipo de cuidados y el enfermo a través del *feedback* regular que aporta el plan de cuidados documentado.

Evaluación

El ACIC (Assessment of Chronic Illness Care) es una herramienta específica⁶ para la exploración de oportunidades de mejora del Modelo de Cuidados para Enfermedades Crónicas (tabla 1). Según las respuestas, se clasifican en 5 niveles: sin arrancar, actividad pero sin resultados, mejora modesta, progreso significativo y resultados sostenibles.

Tras su implementación, el modelo necesita desarrollar unas medidas claras de resultados que certifiquen que los cambios son efectivos. Afortunadamente, las guías de práctica clínica publicadas contienen indicadores cuyos resultados se relacionan con la disminución de la morbilidad y la mortalidad¹⁴.

Los resultados se deben incluir en ciclos de mejora de calidad P-D-C-A clásicos. La sucesiva construcción de un ciclo sobre otro conducirá a cambios en los cuidados que se pueden observar en los pacientes. Muchos pequeños ciclos de mejora generan muchos beneficios, puesto que la organización aprende de los ciclos previos^{6,8}.

Otro concepto para la implementación del modelo es el desarrollo formal de un proceso para motivar a otras personas, departamentos, servicios y organizaciones para adoptar los cambios que han demostrado efectividad en la mejora de cuidados de los pacientes.

Discusión

La mejora en salud y la reducción del gasto de las enfermedades crónicas son la principal ventaja de la implementación de este modelo. Es peligroso que el ahorro suponga una reducción del acceso a servicios sanitarios, por lo que la mejor forma de conseguir un ahorro importante de dinero es mejorando el estado de salud de los pacientes¹⁵.

TABLA 1 Ejemplo del Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) para la exploración de oportunidades de mejora

Parte 1 Organización del servicio sanitario

Componentes	Pequeño apoyo			Apoyo básico			Buen apoyo			Apoyo completo		
Líderes de la organización en el cuidado de enfermedades crónicas	No hay o está muy poco interesado			Tiene una visión positiva y un plan de actuación pero no destina recursos específicos			Hay un liderazgo en el proyecto y se destinan recursos específicos (económicos y personal)			Es una parte estratégica del sistema, planificada con tiempo, que recibe los recursos necesarios		
Puntuación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Objetivos de la organización para el cuidado de enfermedades crónicas	No hay o está limitada a un objetivo			Hay pero no están revisados			Son medidos y revisados			Son medidos, revisados sistemáticamente e incorporados a los planes de mejora		
Puntuación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Estrategias de mejora para el cuidado de enfermedades crónicas	Son <i>ad hoc</i> y no están organizadas o no tienen un apoyo consistente			Utiliza estudios <i>ad hoc</i> , pero orientados a los problemas que van surgiendo			Utiliza estrategia de mejora de la calidad de los problemas surgidos			Utiliza estrategia de mejora de la calidad de forma proactiva según los objetivos de la organización		
Puntuación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Incentivos y regulación en el cuidado de enfermedades crónicas	No se utilizan para el cumplimiento de los objetivos			Son utilizados para influir en los costes y en los cuidados de enfermedades crónicas			Son utilizados en el apoyo a los cuidados de los pacientes			Son utilizados para motivar y capacitar a los sanitarios en el apoyo de los cuidados de los pacientes		
Puntuación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Líderes	Realizan un papel desmotivador en las enfermedades crónicas			No tienen prioridades en la mejoría de las enfermedades crónicas			Motivan los esfuerzos en la mejoría de las enfermedades crónicas			Participan visiblemente en los esfuerzos para mejorar las enfermedades crónicas		
Puntuación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

El modelo no pretende afectar a los equipos de atención primaria de forma tangencial ni apartar a unos pocos cientos de pacientes con enfermedades crónicas, pero es un aspecto clave seleccionar adecuadamente a los pacientes que más se van a beneficiar de este modelo.

La orientación del sistema sanitario a la atención de casos agudos es la barrera más importante para la mejora de la atención a las enfermedades crónicas⁶. En este mismo sentido, el paciente visita al médico buscando la corrección de un problema, soluciones, no capacitación. El apoyo visible al modelo por los líderes de organización es el mejor índice predictor del éxito de su implementación¹⁴.

La experiencia de 104 organizaciones de salud muestra que es posible que el paciente adquiera las herramientas esenciales para el autocuidado de su enfermedad crónica aplicando este modelo¹⁴.

Bibliografía

1. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002;288:1775-9.
2. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow R, Von Korff M. Assessment of chronic illness care: a practical tool for quality improvement. *Health Serv Res* 2002;37:791-820.
3. White B. Improving chronic disease care in the real world: a step-by-step approach. *Fam Pract Manag* 1999;6:38-43.
4. Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm. A new health system for the twenty-first century. Washington: National Academy Press, 2001.
5. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2. *JAMA* 2002;288:1909-14.
6. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McColloch D, et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt Comm J Qual Improv* 2001;27:63-80.
7. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clin Pract* 1998;1:2-4.
8. Fulton TR, Penney BC, Taft A. Exploring a chronic care model in a regional healthcare contest. *Health Manage Forum* 2001;6:6-24.
9. Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med* 1997;127:1097-102.
10. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ* 2000;320:569-72.
11. Simon GE, Von Korff M, Rutter C, Wagner E. Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *BMJ* 2000;320:550-4.
12. Saunders K, Simon G, Bush T, Grothaus L. Assessing the feasibility of using computerized pharmacy refill data to monitor antidepressant treatment on a population basis: a comparison of automated and self-report data. *J Clin Epidemiol* 1998;51:883-90.
13. Newton KM, Wagner EH, Ramsey SD, et al. The use of automated data to identify complications and comorbidities of diabetes: a validation study. *J Clin Epidemiol* 1999;52:199-207.
14. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)* 2001;20:64-78.
15. Wagner EH. More than a case manager. *Ann Intern Med* 1998;129:654-6.