

Evaluar el cambio organizacional hacia la cronicidad: una empresa compleja e inteligente

Assessing organizational change towards chronicity: a complex and intelligent labour

P. Valdés Larrañaga

La evolución demográfica hacia el envejecimiento poblacional, los cambios en los hábitos de vida, así como los avances de la medicina, que ha hecho posible modificar la historia natural de muchas enfermedades, son algunos causantes del aumento de la morbilidad de las enfermedades crónicas en los últimos decenios, lo que ha venido conformando una realidad sanitaria nueva. En las personas de más edad con frecuencia coexisten varias de estas patologías, siendo la comorbilidad una regla, más que una excepción. Este hecho conlleva consecuencias negativas tanto para la calidad de vida de los pacientes afectados como para los costes sanitarios¹. En el País Vasco, por ejemplo, la proporción de pacientes pluripatológicos, que padecen dos o más enfermedades crónicas, se eleva a 21% en hombres y 26% en mujeres², y en algunos estudios específicos sobre población dependiente de mayor edad el 42,5% de los varones y el 36,5% de las mujeres está afectada por cinco o más patologías crónicas³. La intervención de los sistemas sanitarios, con sus actuaciones médicas y uso de tecnologías diagnósticas y terapéuticas, incluyendo las farmacéuticas, sobre una población envejecida y con comorbilidad, conlleva también un peligro creciente de aumento de efectos adversos y de iatrogenia, otra de las nuevas epidemias. De esta forma, aquellos pacientes crónicos o discapacitados, los ancianos con limitaciones funcionales, que cada vez más frecuentemente viven solos, y en general, las personas que más necesitan los servicios sanitarios, a menudo están forzados a “navegar” de forma insegura por un sistema que requiere que ellos mismos coordinen pacientemente la respuesta asistencial de unos servicios que no están razonablemente organizados en torno a sus necesidades⁴.

Paralelamente, las expectativas y exigencias de los ciudadanos así como la relación con el sistema sanitario también han cambiado profundamente. El modelo de relación se ha hecho más horizontal, con ciudadanos más informados, en busca de un marco más participativo, con un horizonte superior con respecto a la capacidad de elección y autonomía del paciente. Igualmente exigen estándares de calidad técnica más elevados, oferta de información, lealtad profesional y una buena gestión de sus problemas de salud⁵. Nuestros sistemas no deben ol-

Médico de Familia
Centro de Salud de Deusto-Bilbao. Osakidetza.

Correspondencia:
valdes.larranaga@gmail.com

vidar, también, estrategias adecuadas para hacer frente a los perfiles sanitarios de las crecientes poblaciones inmigrantes, procedentes de diferentes países, lenguas y culturas, con muy distintas expectativas y en general de menos recursos⁶.

La sostenibilidad de los servicios de salud es hoy una de las grandes preocupaciones en la mayoría de los países desarrollados, en los cuales, en términos económicos, la carga de la cronicidad es cuantiosa. En nuestro Sistema Nacional de Salud durante 2011, la atención a las enfermedades crónicas consumió aproximadamente el 75% de los recursos, fundamentalmente a través de hospitalizaciones. Sin embargo, en general los sistemas sanitarios permanecen fragmentados y centrados en un modelo orientado prioritariamente a la atención del paciente agudo y de forma derivada, a las reagudizaciones de los pacientes crónicos⁴. Nuestros sistemas sanitarios, pues, necesitan una reinvenCIÓN en busca de alternativas a un modelo en el que tanto los pacientes como los profesionales se encuentran atrapados y sin una solución a las necesidades reales⁷.

Si bien en el contexto internacional existen esquemas teóricos desarrollados en diferente magnitud, evidencia y experiencia práctica, para la atención a la cronicidad, probablemente el principal modelo de referencia es el *Chronic Care Model* (CCM) desarrollado por Ed. Wagner y por colaboradores en EE.UU. En último término este modelo pretende asegurar que el aspecto más importante de la atención sanitaria, el encuentro clínico, sea protagonizado por equipos de profesionales proactivos, con las capacidades y habilidades necesarias, junto con pacientes activos e informados, todo ello dirigido a una atención de alta calidad, mejora de los resultados de salud, elevada satisfacción, y un uso más eficiente de los recursos disponibles⁸. Varias comunidades autónomas, así como en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, han incluido en su agenda la preocupación por la mejora de la gestión de la cronicidad, impulsando iniciativas que propugnan reconfigurar el modelo de atención según este esquema, reorientando las organizaciones sanitarias hacia modelos que faciliten el “continuo de atención” y respuestas multidisciplinares más integradas y eficientes para las necesidades de estos pacientes, así como implantando un mayor grado de integración entre los dispositivos asistenciales y los niveles de atención⁸⁻¹². Paralelamente, para acometer esta tarea es esencial dotar al sistema de las herramientas necesarias, pero también cambiar de manera sustancial su cultura, y consecuentemente las “formas de hacer” de todos los actores con respecto a los enfermos crónicos, tanto por los diferentes profesionales, los gestores socio-sanitarios, como los propios pacientes. Si bien, en la práctica estos cambios se han traducido en el diseño y desarrollo de unos elementos de carácter esencial que interactúan entre sí (organización del sistema de atención sanitaria, relaciones con la comunidad, apoyo y soporte al autocuidado, diseño del sistema asistencial, apoyo en la toma de decisiones, desarrollo de sistemas de información clínica)⁸, en realidad el modelo CCM no está constituido por intervenciones acotadas y perfectamente definidas que puedan ser replicadas de forma exacta. Como consecuencia, los cambios en los servicios asociados a uno de los elementos en particular pueden variar entre distintas organizaciones y en cada país¹³.

Tanto en el contexto Europeo como en EEUU se han venido desarrollado diferentes herramientas para la evaluación del grado de adecuación de las organizaciones al modelo de Atención a la Cronicidad, que abren y facilitan, así mismo, un nuevo campo de investigación. Es especialmente interesante la existencia de un instrumento concebido para ser utilizado en el entorno de nuestro propio Sistema Nacional de Salud, como es IEMAC, Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad¹⁴. Basado en las dimensiones básicas recogidas en el modelo CCM, permite la evaluación de organizaciones en diferentes niveles, desde la formulación de políticas y estrategias, y asignación de recursos en el nivel macro, la gestión de centros y programas asistenciales, e incluso una aproximación a la relación entre profesionales y su actividad clínica.

Como se puede observar en el ejemplo que se publica en el presente número de la revista¹⁵, donde se evalúan mediante la utilización del instrumento IEMAC a cuatro Organizaciones Sanitarias Integradas del País Vasco, el análisis de los resultados pormenorizados, según las diferentes dimensiones y componentes, ofrece una perspectiva extensa y profunda, que permite una aproximación razonable al conocimiento de la situación en la que se encuentran las organizaciones sanitarias y los progresos que van obteniendo a lo largo del tiempo, en su orientación hacia la atención a los pacientes crónicos.

Ahora bien, no está de más hacer una llamada a la prudencia en las interpretaciones de los resultados de IEMAC. Por una parte, y en palabras de los propios autores “no ha sido diseñado para despejar la incertidumbre sobre la efectividad de intervenciones complejas cuando son trasladadas a contextos distintos de aquel en que han sido desarrolladas”¹⁴. Como se apuntaba más arriba, el modelo CCM es más bien, un “marco” del que las organizaciones sanitarias intentan traducir las ideas generales, para adecuar su servicios y realizar aplicaciones específicas y a menudo locales, en función de cada contexto, incluyendo el contexto político, de forma no siempre homogénea¹³. Y por otro lado, las intervenciones sanitarias complejas son mucho más que una ensalada de ingredientes que interactúan de manera predecible, lineal y sincrónica, para producir los resultados de salud. Si alguien, ingenuamente, quisiera aspirar a otra cosa, debería estar avisado de que las interacciones entre los componentes no son en absoluto deterministas, puesto que, entre otras razones, son altamente dependientes de la conducta humana¹⁶. Probablemente, el cambio cultural represente el reto más difícil e importante en la Estrategia de Cronicidad. Como todos los instrumentos para la toma de decisiones en contextos de alta complejidad, IEMAC debería ser usado con prudencia y buen juicio, a la vez que contrastando inteligentemente la información con otras fuentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. MATHERS C, LONCAR D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006; 3: e442.
2. ORUETA JF, GARCÍA-ÁLVAREZ A, ALONSO-MORÁN E, VALLEJO-TORRES L, NUÑO-SOLINIS R. Socioeconomic variation in the burden of chronic conditions and health care provision: Analyzing administrative individual level data from the Basque Country, Spain. BMC Public Health [revista en Internet] 2013; 13: 870: [11 p.]

3. ORUETA JF, ALONSO-MORÁN E, NUÑO-SOLINIS R, ALDAY-JURADO A, GUTIÉRREZ-FRAILE E, GARCÍA-ÁLVAREZ A. Prevalencia de cronicidad y multimorbilidad en la población cubierta por el servicio público de teleasistencia de Euskadi: impacto en costes y calidad de la atención. *An Sist Sanit Navar* 2013; 36 : 429-440.
4. BENGOA R, NUÑO SOLINÍS R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Elsevier 2008.
5. SIMÓ MIÑANA J. Crisis en la medicina de familia: comentarios a una perspectiva bioética desde la práctica diaria. *Aten Primaria* 2012; 44: e3-e4
6. Osasuna, Pertsonen eskubidea, Guztion Ardura. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020. Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco. Diciembre 2013. <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>
7. J.J. MIRA SOLVES. La necesidad de reinvertirse ante el reto de la cronicidad. *An Sist Sanit Navar* 2013; 36: 379-381.
8. Estrategia para afrontar el reto de la Cronicidad en Euskadi. Departamento de Sanidad y Consumo. Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco. Julio 2010. Accesible en http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-skorga01/es/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/estrategia_cronicidad.html
9. Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. Accesible en : http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/
10. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016. Consejería de Salud. Gobierno de Andalucía. Accesible en: <http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PlanAtencEECC.pdf>
11. Estrategia de Atención al paciente crónico en Castilla y León. Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Accesible en: http://www.intras.es/index.php/cendoss/temas-de-interes/sociosanitario/cat_view/40-documentos-de-interes/49-sociosanitario-documentos
12. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012. Accesible en : http://www.observatorio.naos.aesan.msssi.gob.es/docs/docs/documentos/estrategia_para_el_abordaje_de_la_cronicidad_en_el_sistema_nacional_de_salud_2012.pdf
13. COLEMAN K., AUSTIN BT, BRACH C, WAGNER EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Milwood)* 2009; 28: 75-85.
14. NUÑO-SOLINIS R, FERNÁNDEZ-CANO P, MIRA-SOLVES JJ, TORO-POLANCO N, CARLOS CONTEL J, GUILABERT MORA M, SOLAS O. Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad. *Gac Sanit* 2013; 27:128-134.
15. TORO POLANCO N, VÁZQUEZ PÉREZ P, NUÑO SOLINIS R, MIRA SOLVES JJ. Evaluación del nuevo enfoque en atención a la cronicidad en las Organizaciones Sanitarias Integradas en el País Vasco. *An Sist Sanit Navar* 2014; 37: 189-201.
16. SHEPPERD S, LEWIN S, STRAUS S, CLARKE M, ECCLES MP, FITZPATRICK R et al. Can we systematically review studies that evaluate complex interventions? *PLoS Med.* 2009; 6: e1000086.