

La enfermedad crónica y la multimorbilidad en Uruguay: análisis de situación actual y propuesta de optimización del modelo de atención

Proyecto

Mejora de la gestión de los servicios de salud para personas con múltiples enfermedades crónicas en tres países de América Latina - Brasil, Colombia y Uruguay

Abril de 2023



Ministerio
de Salud
Pública

Banco Mundial

Autores

Jorge Gosis
Pablo Arbeloa
Luis Pérez
Oscar López
Soledad Bonapelch
Daniela Romero

Dirección

Jorge Gosis
Daniela Romero
Práctica de Salud, Nutrición y Población HNP LAC - Banco Mundial

Colaboradores

Ana Kuschnir

Agradecimientos

El equipo de trabajo agradece a los funcionarios del Ministerio de Salud Pública de Uruguay de las áreas mencionadas que han actuado como contraparte, permitiendo la realización de las tareas previstas en la Asistencia Técnica, en particular de la Dirección General de la Salud (DIGESA), la Junta Nacional de Salud (JUNASA), la Coordinación General de Programas y el Programa de Enfermedades Crónicas. El equipo también desea agradecer la cooperación de integrantes de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMCS) y de Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) en la provisión de información analizada y en las entrevistas realizadas en las fases previas del estudio.



Uruguay 2023



El estudio fue financiado con recursos de Access Accelerated

Contenidos

Acrónimos	4
Introducción.....	5
Características de la atención a la EC.....	6
Análisis de situación en Uruguay	7
Propuesta de optimización del modelo de atención a la EC.....	10
Elementos básicos de la propuesta	15
Anexo 1 - Descripción de experiencias internacionales	21
EEUU Kaiser Permanente.....	21
EE.UU. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (CDC)	22
The EU Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing Across the Life-cycle.....	24
Australia.	30
Canadá	34
Reino Unido.....	37
Referencias.....	40

Acrónimos

AT	Asistencia Técnica
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, Versión 10ª.
DIGESA	Dirección General de la Salud
EC	Enfermedad Crónica
ECNT	Enfermedad Crónica No Transmisibles
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
GP	<i>General Practitioner</i> (Médico general)
HTA	Hipertensión Arterial
JA-CHRODIS	<i>The EU joint action on chronic diseases and promoting healthy ageing across the life-cycle (La Acción Conjunta de la Unión Europea sobre la enfermedad crónica y la promoción de un envejecimiento saludable a lo largo del ciclo de vida)</i>
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
NCCDPHP	<i>National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (Centro Nacional de la CDC para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud)</i>
NHS	<i>National Health Service</i> (Servicio Nacional de Salud)
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i> (Instituto Nacional para la Salud y Excelencia del Cuidado)
OMS	Organización Mundial de la Salud
POPP	<i>Partnership for Older People Projects</i> (Asociación para Proyectos de Personas Mayores)
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
TA	Tensión Arterial
TCA	Team Care Arrangement
TIC	Tecnología de la Información y Comunicación

Introducción

La importancia de la Enfermedad Crónica (EC) en Uruguay ha sido ampliamente reportada y analizada desde hace ya muchos años y en múltiples estudios y reportes.^{1,2,3.}

Su impacto en la mortalidad y su alto costo asistencial fue determinante en la generación de diversas estrategias de promoción de la salud, prevención primaria y secundaria, cuyo impacto ha comenzado a percibirse en el cambio de tendencia en algunas áreas específicas, como la enfermedad cardiovascular⁴.

Sin embargo, más allá de medidas de inclusión de programas y prestaciones específicas para la atención de la EC y las pautas de organización general de los servicios de salud para la satisfacción de la demanda espontánea que genera la EC, no ha habido muchas iniciativas de revisión de los modelos de atención a la EC y en especial, al problema de la multimorbilidad, como ha existido en otros países frente a similar situación epidemiológica.

Una excepción importantísima, sin duda, es la desarrollada recientemente por el MSP al poner a disposición de los prestadores del SNIS la “Guía de Fragilidad en personas adultas mayores: Criterios prácticos e instrumentos de pesquisas en el primer nivel de atención”⁵, un aspecto de gran relevancia clínica en relación tanto a la EC como a la multimorbilidad.

Esta Asistencia Técnica (AT), desarrollada bajo la guía y apoyo de la DIGESA y del Programa de EC del MSP, está enfocada en comenzar a llenar ese espacio, proveyendo primero un análisis de los modelos de atención a las EC más prevalentes y a la multimorbilidad⁶ y presentando estrategias específicas para la estratificación de las poblaciones a cargo de los prestadores integrales con diversos parámetros de análisis de la EC, entre ellos, la multimorbilidad y analizado su impacto económico en términos de proporción del gasto institucional que su atención genera.⁷

Este tercer reporte de la AT toma como base analítica los mencionados reportes previos y avanza en la propuesta de desarrollo paulatino de un modelo integral de atención a la multimorbilidad, usando también como insumo esencial, experiencias internacionales vigentes en la atención a la misma problemática.

¹ Non-Communicable diseases prevention project, Report No: 40382 – UY, World Bank, July 31,2007

² Perfil Sistema Salud Uruguay 2015, PAHO. Levcovitz E, Fernández Galeano M, Benia W, Anzalone P., Harispe E., coord. Perfil del sistema de salud. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio. ISBN: 978-9974-8561-9-6

³ <https://cardiosalud.org/wp-content/uploads/2019/06/Interpelaciones-y-respuestas-a-las-Enfermedades-No-Transmisibles-en-Uruguay.pdf>

⁴ <https://cardiosalud.org/mortalidad-por-enfermedades-del-sistema-circulatorio-en-el-uruguay-2021/>

⁵ <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-fragilidad-personas-adultas-mayores,06/10/2022>

⁶ WB; ASA “Improving the Management of Health Care Services for Patients with Multiple Chronic Conditions in Three Latin American Countries” – URUGUAY: “Estudio Cualitativo Sobre Modelo De Atención A La Enfermedad Crónica No Transmisible Y A La Multimorbilidad En Uruguay: Resultados”; marzo 2023.

⁷ WB; ASA “Improving the Management of Health Care Services for Patients with Multiple Chronic Conditions in Three Latin American Countries” – URUGUAY: “Estratificación de la población con Enfermedad Crónica en Uruguay”; marzo de 2023

Características de la atención a la EC

El seguimiento y manejo de la EC puede implicar para el paciente y su entorno todos o algunos de la siguiente serie de eventos:

- Adherir a una rutina de citas de seguimiento con un profesional médico de cabecera.
- Asesoramiento de varias profesiones asistenciales.
- Medicamentos diarios o periódicos.
- Medicamentos en momentos de agudización de la EC según sea necesario.
- Estudios y controles periódicos de laboratorio más o menos frecuentes, tanto por la EC de base como por el uso de medicación permanente o coyuntural.
- Estudios de imágenes como radiografías, resonancias magnéticas, ecografías, etc.
- Cambios en la dieta.
- Cambios en rutinas de actividad física.
- Cambio de hábitos, como dejar de fumar.
- Terapia física u ocupacional.
- Adhesión a estrategias de bienestar y/o apoyo a la salud mental.

Actualmente, un modelo adecuado de atención a la EC se basa en la existencia de algunos elementos institucionales considerados críticos para crear el ambiente propicio para el buen desempeño profesional en la relación con el paciente crónico y al mismo tiempo, la coexistencia de una serie de características de la asistencia clínica al paciente con en una EC. Ambos grupos se resumen en la figura abajo:

Figura 1: características del modelo de atención a la EC

Elementos institucionales críticos	Aplicación del modelo de atención
<ul style="list-style-type: none">• Sistemas de identificación de pacientes con ECNT• Evaluación periódica integral de los pacientes con ECNT• Análisis de Polifarmacia y conciliación de la medicación• Unidades especializadas para la atención a pacientes con criterios de vulnerabilidad clínica o riesgo social• Coordinación con operadores del área social• Cuidados paliativos• Historia Clínica Electrónica• Receta Electrónica	<ul style="list-style-type: none">• Equipo multidisciplinario, cuando la normativa lo requiere• Delimitación y registros de Responsabilidades del primer y segundo nivel de actuación• Protocolo de atención• Criterios de referencia y contra referencia• Evaluación integral periódica• Coordinación área social• Capacitación en Autocuidado• Búsqueda y atención de Comorbilidades

Algunas de las variables, como se puede observar, son coincidentes, ya que se considera que son parte de la responsabilidad institucional de control sobre la actuación profesional.

Sin embargo, la organización actual de la atención en los sistemas de salud de las instituciones prestadoras dista mucho de facilitar (tanto al personal asistencial como al paciente y su familia) la adaptación a un manejo adecuado de estas necesidades asistenciales.

Análisis de situación en Uruguay

Del análisis de la aplicación y uso por las instituciones prestadoras de servicios de variables críticas en la atención a la EC en 28 instituciones, con una representación poblacional de aproximadamente el 76 % de la población uruguaya, se encuentra que estos ocho elementos básicos para facilitar la atención de la EC no son aplicados en todas las instituciones de modo sistemático, pese a que existe un elevado nivel de consideración de la problemática de la EC en todas las instituciones. Así, sobre un puntaje ideal de 24 puntos, en promedio, las 28 instituciones obtuvieron 9,1 puntos, considerándose tal puntaje como un estadio institucional básico para la atención de la EC.

Del mismo modo, al evaluar la atención de cinco EC prevalentes (Enfermedad cardiovascular, incluida insuficiencia cardíaca congestiva, Hipertensión arterial (HTA), Diabetes, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y Enfermedad neurológica degenerativa), bajo la existencia y nivel de aplicación de las ocho variables de aplicación del modelo de atención, se encontró que el puntaje obtenido fue de 9.28 sobre un puntaje ideal de 24, también en estadio básico en la atención, mostrando el amplio abanico de posibilidades de mejora.

Es decir, que la penetración de cada uno de los componentes principales avalados por la literatura internacional en la materia como necesarios para la atención de la EC, es disímil entre las organizaciones asistenciales, lo que significa alto riesgo de problemas de calidad asistencial y de seguridad de este tipo de pacientes, además de significar también problemas de eficiencia productiva en la organización de los servicios.

El modelo predominante de atención continúa siendo el monovalente, con baja búsqueda, captura y atención preferencial al multimórbido, pero aun al aplicar el modelo de atención monovalente, existe un amplio espacio de mejora, a través de la introducción sistémica de un modelo de atención más integral y centrado en las necesidades del paciente.

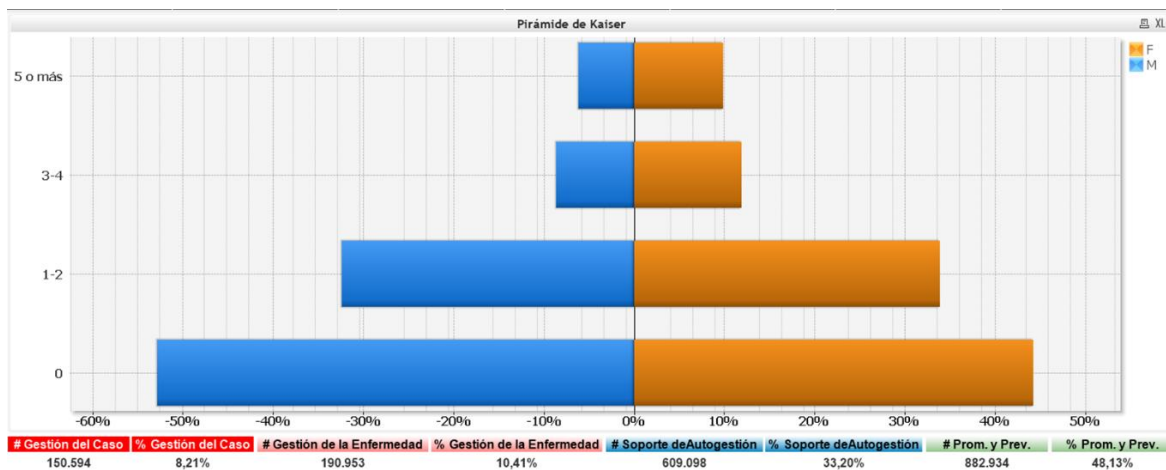
Por otra parte, resulta importante recordar la estimación de población padeciendo EC en Uruguay. A tal efecto, se efectuó la estratificación de riesgo de la población a cargo de 20 instituciones prestadoras del ámbito público y privado, hecho sobre una muestra poblacional representativa de la población general⁸, analizando los diagnósticos encontrados en eventos de internación, de consultas ambulatorias y de consumo de medicamentos mensual.

⁸ Se analizaron los consumos de 1.834.512 personas sobre una población total del país de 3.543.025 personas, o sea el 51.8% de la población total Nivel de confianza 99%; margen de error <0.07%.

Dicha estratificación se realizó siguiendo los parámetros postulados por Kaiser Permanent⁹, para identificar pacientes con EC que podrían ser beneficiados, de acuerdo con su complejidad, en estratos de cuidados según los siguientes criterios:

- Nivel 0: son pacientes sanos con o sin factores de riesgo.
- Nivel 1: pacientes con hasta 2 enfermedades crónicas. Son pacientes de bajo riesgo, con condiciones todavía en estados incipientes.
- Nivel 2: pacientes que presentan entre 3 y 4 enfermedades crónicas. Son pacientes de riesgo alto, pero de menor complejidad.
- Nivel 3: son pacientes complejos, con la presencia de más de 5 enfermedades crónicas.

Como se visualiza en la Pirámide de Kaiser a continuación, el análisis efectuado mostró que un elevado porcentaje de la población que requirió servicios y fue atendida sufre de EC:



Como puede observarse, 150.594 personas (8.21% de la población de la muestra) presentan 5 o más patologías seleccionadas coexistentes,¹⁰ que conformarían el estrato de la población a la cual debería realizarse la gestión del caso. Si se considera el criterio de más de 2 patologías seleccionadas coexistentes¹¹, el estrato se amplía a 341.547 personas (18,62% de la población de referencia).

Un segundo estrato de 190.953 personas (10.41% de la población de la muestra) debería manejarse mediante gestión de la enfermedad, el tercer estrato de 608,995 personas (33.2% de la población de la muestra) debería abordarse a través del Soporte a la Autogestión, y 882,859 personas que no presentaron ECNT a través de la promoción de la salud (48.13% de la población de la muestra).

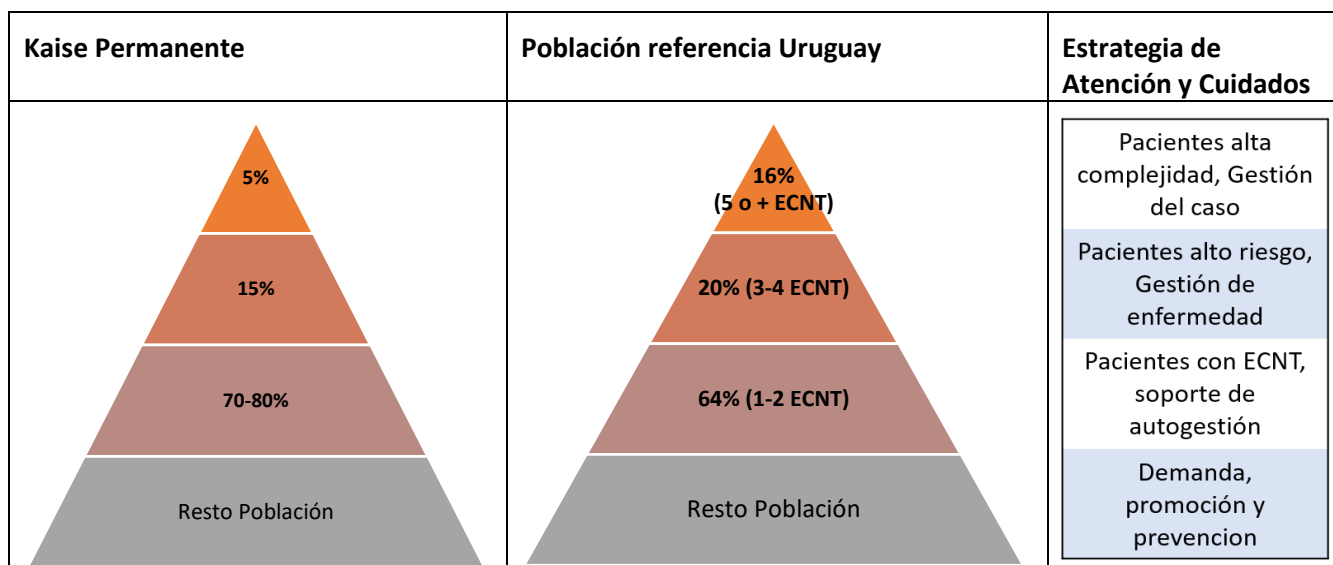
Al sólo efecto comparativo de los resultados obtenidos, hemos reproducido a continuación la Pirámide de Kaiser y la pirámide de la población de referencia de los proveedores integrales de

⁹ <https://www.kingsfund.org.uk/publications/population-health-systems/kaiser-permanente-united-states>

¹⁰ 341.547 personas (18,62% de la población de referencia) si se consideran más de 2 patologías seleccionadas coexistentes.

¹¹ El criterio de selección usado es la coexistencia de algunas de las 46 condiciones crónicas y su clasificación según CIE-10.

servicios. En las pirámides presentadas, se excluye del total la población general que no presentó ECNT a los efectos de hacer comparables los porcentajes.



Puede observarse que los resultados de la segmentación realizada presentan una mayor proporción de pacientes de alta complejidad (5 o más patologías) (16% de la muestra contra 5% de la pirámide del modelo de Kaíser modificado (que representa de buena manera los resultados de estratificación de países con sistemas de atención maduros en términos de Cobertura Universal de Salud), y mayor proporción de pacientes de alto riesgo (3-4 patologías coexistentes) (20% de la muestra contra 15% del modelo teórico) conformando entre ambos el 36% de la muestra, contra el 20% del modelo teórico.

Al analizar el impacto económico de la atención de la EC en todo el espectro de la atención que las instituciones desarrollan, se encontraron que la misma da cuenta, aproximadamente, del 87% del gasto institucional, pero que el estrato del 8% de pacientes más complejos (multimórbidos con 5 o más enfermedades, aquellos que en el caso de Uruguay hoy en día no se reconoce un modelo de atención diferenciada) genera el 41 % del total del gasto institucional.

Tabla resumen gasto por categorías de gestión de las ECNT, criterio simple de conteo de ECNT (con 5 o +, 3 o 4, 1 o 2 y ninguna ECNT)

Grupos Pirámide Kaiser	Población de referencia		Gasto por categorías en población de referencia		
	Pacientes	Gasto Total	Egresos	Consultas Ambulatorias	Medicamentos
Gestión del Caso	8,21%	41,71%	16,32%	25,92%	50,50%
Gestión de la Enfermedad	10,41%	23,21%	13,97%	18,30%	26,26%
Soporte de Autogestión	33,22%	22,79%	36,69%	32,13%	17,86%
Promoción y Prevención	48,15%	12,29%	33,02%	23,65%	5,38%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Se puede dimensionar ahora con mayores elementos la importancia de contar con políticas explícitas y específicas sobre el modelo de atención del paciente crónico y de efectuar el monitoreo institucional de su aplicación, ya que esto podría permitir incrementar la calidad y la seguridad del paciente con EC, mejorando de modo significativo estos estándares. Al mismo tiempo, podría contribuir a la sustentabilidad económica del SNIS y de sus instituciones proveedoras de servicios, por cuanto es posible que sea factible disminuir el número de reinternaciones y optimizar el gasto en medicamentos, disminuyendo al mismo tiempo los riesgos de una polifarmacia hoy prácticamente casi sin monitoreo clínico efectivo.

Hoy, no es improbable que la seguridad de un alto porcentaje de la población de pacientes con EC esté en riesgo.

Propuesta de optimización del modelo de atención a la EC

Los elementos analizados del modelo de atención vigente en el SNIS a partir del relevamiento a instituciones prestadoras de servicios de salud no muestran elementos diferenciales que invaliden los hallazgos de las experiencias ya desarrolladas en otros países por más de veinte años en el enfoque a la EC y a la multimorbilidad.

El alto desarrollo del SNIS, la cobertura poblacional universal, el amplio espectro de cobertura prestacional y la alta protección financiera, al tiempo que brindan una excelente plataforma para la atención a la EC (demostrada su necesidad por su alta prevalencia y su impacto en la carga de enfermedad, la mortalidad y por los riesgos que impone a la sustentabilidad económica del SNIS), muestra que el problema principal se focaliza en el modelo de atención, que muestra una migración lenta desde la atención por demanda espontánea a la enfermedad a una atención centrada en las necesidades del paciente, apoyada por un enfoque sistémico.

Bajo las condiciones actuales, es claro que se requiere trabajar en múltiples áreas, ya que mientras desde la Salud Pública se da continuidad a la aplicación de políticas poblacionales de promoción de la salud y de prevención para disminuir los factores de riesgo y la consiguiente carga de enfermedad futura, a nivel institucional se debiera comenzar la organización de actividades sistemáticas vinculadas a:

1. Detección precoz del riesgo;
2. Capacitación de pacientes en la minimización de sus riesgos (educación);
3. Capacitación en soporte de la autogestión para aquellos enfermos con grados iniciales de enfermedad;
4. Montaje de grupos para gestión de la enfermedad; y
5. Desarrollo de estrategias de gestión de caso.

Las señales del MSP y la JUNASA en esa dirección debieran permitir una aceleración de estos procesos que están parcialmente en marcha en las instituciones prestadoras de servicios del SNIS.

En paralelo, se requiere la existencia de protocolos de actuación específicos para las principales EC prevalentes, de modo de orientar el trabajo profesional hacia prácticas clínicas de alta efectividad y el desarrollo de Guías de actuación en la multimorbilidad.

Tanto protocolos como guías de actuación pueden ser de nivel Ministerial o Institucional con aprobación del regulador del SNIS, y pueden ser sancionadas como recomendaciones o como obligación normativa, dependiendo de las decisiones de política al respecto.

Ambos instrumentos, así como la existencia y uso de dispositivos específicos de atención a la EC y a la Multimorbilidad pueden ser monitoreados por la autoridad sanitaria regulatoria mediante el requerimiento de información específica a los proveedores de servicios.

Lo que es obvio es que la atención por demanda espontánea de la EC no es efectiva para el paciente ni para el sistema de salud. La experiencia internacional indica que la regulación por parte de la autoridad sanitaria en el tema acelera la transformación del sistema de atención desde la demanda espontánea a la atención programada y centrada en el paciente.

El modelo que se propone busca dar solución progresiva a los principales problemas que los pacientes con EC enfrentan, entre ellas:

- Dificultades en el manejo de su enfermedad, con problemas para la adherencia al tratamiento y la falta de práctica de estilos de vida más convenientes.
- Fragmentación de la atención en diferentes actores del sistema sanitario actuando individualmente, con importantes lagunas en la continuidad de cuidados y orientada más a la enfermedad que a las necesidades percibidas por el paciente.
- Falta de convergencia en las acciones de asistencia sanitaria y apoyo social, desarrollando cada uno sus programas asistenciales de forma casi autónoma, perdiéndose la oportunidad de sinergias.

Al mismo tiempo el modelo, apunta a resolver los principales factores desencadenantes de la desestabilización de los pacientes, en especial los pacientes frágiles:

- Sedentarismo.
- Problemas en la conciliación de la medicación en polimedicación.
- Inadecuada adhesión al tratamiento.
- Desconocimiento del paciente en el manejo de su enfermedad.
- Falta de prevención de los desencadenantes del deterioro clínico.
- Retrasos en la intervención ante el inicio de la exacerbación clínica.

Para ello, queremos señalar primero los pilares básicos de este modelo, tomados de las recomendaciones de la OMS:

- Implicar a los profesionales en el nuevo modelo de atención a través del trabajo en equipo y la delegación de competencias.
- Actuar en la estabilización de la enfermedad crónica desde su origen, especialmente en el riesgo cardiovascular, para atrasar y mitigar su avance en todo lo posible.

- Mejorar la gestión de los casos complejos estableciendo estrategias específicas orientadas a estabilizar la enfermedad, evitar los ciclos de descompensación y atrasar la aparición de complicaciones, para intentar reducir y evitar admisiones hospitalarias agudas innecesarias, considerando éstas como un fracaso del modelo de atención.
- Implicar al paciente y, en lo posible, a su familia en el autocuidado preventivo y en desarrollar hábitos y estilos saludables de vida.

En la experiencia internacional se recogen una serie de aspectos básicos pasibles de implementación en el caso de Uruguay para optimizar la atención del paciente con EC bajo los principios de atención integral centrada en el paciente, con foco en la calidad y la seguridad del paciente y que aplican a las diferentes etapas de identificación de tipos de cuidado que la EC requiere en el esquema de Kaiser. El Anexo 1 da detalle de las principales experiencias que informan este reporte y alimentan esta propuesta de optimización del cuidado al paciente con EC.

Los objetivos (comunes a las estrategias internacionales) que se toman para esta propuesta de abordaje global de la enfermedad crónica son los siguientes:

- Mejorar la calidad de vida de las personas con multimorbilidad, estabilizando el curso de la enfermedad crónica y atrasando, en lo posible, la aparición de complicaciones.
- Desarrollar un modelo de atención más eficiente sustentado en la prevención y en la actuación precoz en los periodos de exacerbación clínica, todo ello orientado a reducir y evitar admisiones y readmisiones hospitalarias y atenciones en urgencias y con foco en la calidad de la atención y la seguridad del paciente
- Sustituir el modelo de atención que trata individualmente cada una de las enfermedades, por un modelo de atención centrado en las necesidades del paciente y en el equilibrio, inevitablemente personalizado, de la combinación de morbilidades que padece.
- Conciliar la medicación prescrita para la atención de las diversas enfermedades, equilibrando la polifarmacia y reforzando la adherencia al tratamiento.
- Mejorar gestión de casos complejos frágiles con alta carga de enfermedad y alto riesgo de desestabilización a través de una atención temprana, casi diaria en algunos casos.
- Implicar a los profesionales en el nuevo modelo de atención a través del trabajo en equipo y la delegación de competencias al interior del mismo.

En el caso particular de los pacientes con multimorbilidad el desafío del modelo propuesto se centra en iniciar la intervención no cuando se inicia la exacerbación clínica, sino en los periodos de estabilidad, desarrollando las actuaciones que han demostrado su utilidad en la prevención de las recaídas.

En este interés en intervenir cuando el paciente se encuentra estable, se identifican 5 elementos de éxito, que son comunes en las experiencias internacionales:

1. Identificación y estratificación de la población para identificar a pacientes complejos y predecir las necesidades de cuidado.
2. Creación de Grupos multidisciplinarios para atender a pacientes frágiles que establezcan un proyecto coordinado de atención personalizado a sus necesidades. Dentro de este equipo es

habitual la creación de la figura Coordinador de cuidados/ Gestor del caso que actúa como intermediario en todas las necesidades del paciente en sus interacciones con el sistema sanitario, y es el encargado de coordinar el plan personalizado indicado en el punto anterior.

3. Involucramiento del paciente en el manejo de su enfermedad tomando el rol de agente sanitario activo con capacidad de actuar para estabilizar su enfermedad y prevenir la aparición de complicaciones y recaídas.
4. Plan de cuidados individualizado, incluyendo las necesidades sociales, orientado a conseguir la estabilidad de la enfermedad, la anticipación ante potenciales problemas, el retraso en el avance de la enfermedad y aparición de complicaciones y a la prevención de las recaídas.
5. Uso de tecnología de la información y de la comunicación para crear redes de interacción por mecanismos no presenciales, compartiendo todos ellos una misma y única historia clínica electrónica. Complementariamente, esta tecnología puede permitir realizar un seguimiento a distancia del estado clínico del paciente e intervenir precozmente cuando se identifican los primeros síntomas de una recaída.

A este efecto, las principales transformaciones se pueden desagregar en 3 apartados, que fijan el horizonte de futuro en el tema, con foco en el paciente, el modelo de atención y el sistema de salud:

1.- Paciente del futuro: Paciente activo experto en el manejo de su enfermedad y practicando vida saludable:

- Conoce su enfermedad y los factores que la condicionan.
- Quiere conocer todas las alternativas terapéuticas posibles.
- Participa en las decisiones que afectan a su enfermedad.
- Se implica activamente en el manejo de su enfermedad (autocuidado).
- Interesado en establecer con su médico una relación de confianza y compromiso.
- Está conectado permanentemente a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) para intervenir en todo lo relacionado con el manejo de su enfermedad y está dispuesto a trabajar en red como un agente más del sistema sanitario.

2.- Modelo de atención del futuro: equipos colaborativos centrado en la prevención, y anticipación a las necesidades de los pacientes, utilizando nuevas formas de atención no presencial:

- Equipos multidisciplinares de profesionales organizados en grupos colaborativos que acuerdan las formas de hacer y se comunican entre sí.
- Actividades preventivas y anticipación a los ciclos de desestabilización.
- Actuaciones no presenciales y/o seguimiento a distancia para estabilizar el curso de la enfermedad.
- Promoción de estilos saludables de vida utilizando diversos canales de interacción, incluyendo el apoyo de salud mental para favorecer la aceptación y la adaptación del estilo de vida a las condiciones derivadas de la EC.

Las principales aportaciones de valor de este modelo de atención se pueden resumir en los siguientes puntos:

- **Conciliación de medicación.** Considerando la inevitable presencia de la polimedicación en estos pacientes, es imprescindible la revisión la medicación prescrita por diferentes

especialistas y adaptarla a las necesidades de los pacientes y a sus posibilidades de beneficio con la prescripción.

- **Adhesión al tratamiento:** se estima que entre el 20% y el 50% de los pacientes no toman la medicación según está prescrita. Esta tasa de incumplimiento está relacionada con la patología y con los condicionamientos sociales de los pacientes. Y existen evidencias que relacionan este incumplimiento con mayores tasas de internamiento y mortalidad.
- **Formación en el manejo de la enfermedad (escuela de pacientes):** de una forma progresiva, y empezando por las enfermedades más prevalentes, conviene desarrollar pequeñas actividades formativas, orientadas a adiestrar al paciente en todo lo referente a su enfermedad dando especial atención a la adherencia a los tratamientos y estilos saludables.
- **Vida activa:** de vital importancia en las personas mayores se ha demostrado que la movilidad contribuye a la estabilidad de las enfermedades y que una vida activa es una vida más satisfactoria. Le experiencia inglesa anima a invertir en esta área que además fomenta la integración social.
- **Apoyo social:** identificar necesidades de apoyo social del paciente y del estado nutricional desarrollando las intervenciones necesarias personalizadas a cada situación de vulnerabilidad.

La combinación equilibrada de estas actuaciones conduce de una forma determinante a estabilizar la enfermedad y a reducir las descompensaciones.

3.- Sistema sanitario del futuro: se busca desarrollar un sistema de salud que evalúa con rigor los resultados en salud e incentiva las mejores prácticas:

- Trabajo colaborativo en base a acuerdos y funcionamiento en redes asistenciales de servicios integrados intra e inter niveles de atención.
- Pago de prestaciones por cápita de población a cargo que promueve un modelo asistencial preventivo y proactivo en el manejo de la enfermedad.
- Sistemas de evaluación en salud en base a indicadores diseñados por las agencias internacionales.
- Descentralización del compromiso y de la responsabilidad y liderazgo clínico (Gestión Clínica).

Para el alcance de estos objetivos se identifican las siguientes innovaciones principales, agrupadas en acciones sobre el paciente, sobre el sistema de atención y sobre sistemas de apoyo:

Autocuidado: Involucramiento del paciente en el manejo de su enfermedad.

- Evaluación integral periódica del paciente.
- Acuerdo con el paciente y cuidadores sobre su implicación en el manejo de la enfermedad y sobre los autocuidados que asume.
- Formación en el manejo de sus enfermedades y de sus interacciones.
- Promover estilos saludables de vida.
- Seguimiento a distancia con o sin dispositivos de telemetría.

Actuaciones sobre el sistema de atención:

- Identificación y estratificación poblacional para identificar personas diana del modelo de atención, en función de su riesgo de salud y necesidades de atención.
- Personalización del modelo de atención a las características del paciente, con diseño de cuidados centrados en el paciente, tanto como en la enfermedad, guiada por la adaptación de protocolos de actuación.
- Coordinación de cuidados a través de un gestor de cuidados, con el respaldo y apoyo sistematizado de grupos multidisciplinarios de atención capacitados, que han acordado las formas de hacer y que han trabajado proactivamente la delegación de competencias.

Elemento de apoyo al nuevo modelo de atención:

- Uso de tecnología de la información y de la comunicación para facilitar la transferencia de los datos clínicos en la red asistencial integrada (Historia Clínica y Receta electrónica).
- Sistemas de telemetría para facilitar el seguimiento a distancia de pacientes
- Incorporación progresiva de la atención no presencial.

Elementos básicos de la propuesta

A continuación, se describen las principales iniciativas propuestas de acuerdo con la experiencia internacional para optimizar el modelo de atención al EC y avanzar hacia un modelo integral, centrado en el paciente, de atención de la multimorbilidad.

1.- Autocuidado:

El involucramiento del ciudadano con su salud y del paciente con su enfermedad es probablemente el factor que tiene una mayor potencialidad en la mejora de los resultados del sistema de salud, y en conseguir una sociedad más sana y con menor carga de enfermedad, con su implicancia en la sustentabilidad económica del mismo.

La promoción de estilos saludables de vida y en compromiso de la ciudadanía con su práctica es el elemento nuclear de los Planes de Salud de la mayoría de los países, sea cual sea su nivel de desarrollo.

Es esperable que un ciudadano activo e involucrado con su salud aporte elementos esenciales a su cuidado, entre ellos una reducción de los factores prevenibles que en mayor medida están sustrayendo años de vida y calidad de vida, por su incidencia en la capacidad de independencia y autovalidez en la edad avanzada, principalmente alcohol, tabaco, obesidad y vida sedentaria. Como consecuencia: Mas años de vida en buena salud y mejora de los macro indicadores de evaluación del nivel de salud de la sociedad.

El paciente activo tiene mayores garantías de cuidado, y de adhesión al tratamiento, permitiendo, al mismo tiempo, oportunidades de actuar sobre los condicionantes que desestabilizan su enfermedad y de intensificar tratamiento en los inicios de los ciclos de desestabilización clínica.

Como consecuencia, se puede lograr mejorar los parámetros de control de la enfermedad, mayor estabilidad de la enfermedad y menor frecuencia e intensidad de ciclos de empeoramiento y reducción de la utilización de servicios sanitarios.

Las actividades principales recomendadas para lograr que el paciente se empodere y sea activo con relación a su enfermedad son:

- Formación en el manejo de la enfermedad: desarrollo de Escuela de pacientes. La estratificación de pacientes con EC permite identificar cohortes con características de EC comunes, pero también, por acciones de aplicación de filtros sucesivos, de aspectos socioeconómicos comunes y, en especial, de necesidades comunes, sobre las cuales la escuela de pacientes puede desarrollar su actividad.
- Reforzar la adherencia al tratamiento: simplificación posológica, recordatorios, preparación de medicación por farmacéuticos etc.
- Contactos periódicos no presenciales para reforzar la implicación con su salud.

2.- Evaluación periódica integral del paciente y de sus necesidades.

Siempre que sea posible, se debe realizar una evaluación integral periódica utilizando herramientas de evaluación estandarizadas, junto con una entrevista clínica.

Preferiblemente, la evaluación debe tener en cuenta toda la información actual y anterior de otros recursos, como registros clínicos y otras evaluaciones médicas.

Se debe evaluar la complejidad de las condiciones, incluida la carga del tratamiento, las interacciones farmacológicas y los patrones de enfermedad.

La evaluación integral debe identificar los aspectos clave que se utilizarán en cualquier paso posterior de planificación de la atención, incluido el empoderamiento del paciente y la asignación de recursos, a través de la construcción de un plan individualizado. El plan de atención se revisa y actualiza durante las evaluaciones periódicas posteriores, y se comparte entre los proveedores de atención, así como con los pacientes y sus familias.

3.- Estratificación de la población.

Si bien el propósito inicial de los sistemas de estratificación es identificar pacientes en los que se pronostica que puedan necesitar muchos cuidados de cara a iniciar actividades preventivas que atrasen un curso clínico desfavorable, también permite la catalogación de la población atendida en grupos homogéneos de pacientes no solo en relación a su multimorbilidad y a la intensidad de cuidados que precisan, sino que su refinamiento a través de la aplicación de filtros sucesivos permite la identificación de otras características comunes en grupos de pacientes, de utilidad para adaptar los servicios sanitarios a esos grupos.

Así, por ejemplo, la caracterización de pacientes cercanos o distantes de un establecimiento permite definir mejores frecuencias de contacto directo o de contactos de tipo telemático para control o la caracterización de determinadas situaciones de riesgo de vulnerabilidad como vivir solo, permite programar preventivamente contactos más frecuentes o la identificación de vulnerabilidades socioeconómicas permite ajustar el trabajo de apoyo con la asistencia social. En la medida que los sistemas de información adquieren más potencia y la estrategia de estratificación es aplicada más sistemáticamente, crecen las posibilidades de identificar subconjuntos poblacionales más homogéneos en sus necesidades a partir del elemento común de base de padecer EC.

La mayor capacidad predictiva de necesidades permite mejorar el planeamiento de su atención, incluyendo la capacitación del equipo sanitario, con impacto en la calidad de atención, tanto técnica como percibida por el paciente y su entorno familiar y social.

Pese a estos beneficios potenciales, la tarea de implementar la estratificación de riesgos y utilizar sus conclusiones en la atención es compleja y requiere no solo la decisión institucional sino también el involucramiento temprano y participativos de los equipos sanitarios, en especial los médicos, para lograr la adopción del cambio modelo hacia una concepción de salud poblacional y al mismo tiempo una atención centrada en las necesidades del paciente.¹²

4.- Modelos específicos para la gestión de enfermedades crónicas.

La gestión de enfermedades es un proceso de optimización de la provisión de cuidados mediante la coordinación de recursos a lo largo de todo el sistema de salud, durante todo el ciclo de vida de la enfermedad, basado en la evidencia científica y orientado a mejorar la calidad y los resultados (clínicos, económicos, calidad de vida y satisfacción de usuarios y profesionales) al menor costo posible.

Está orientado hacia la enfermedad desde una perspectiva integral y global, incorporando actuaciones preventivas y curativas, e implicando a todos los actores del sistema sanitario.

Sus objetivos predominantes son la prevención, la efectividad clínica y la eficiencia (sostenibilidad). Habitualmente incorporan elementos de evaluación mediante indicadores de buen resultado, elaborados con la creación de grupos de expertos que diseñan el protocolo de atención para las enfermedades crónicas más prevalentes y con mayor impacto en la población, considerando la interacción con otras enfermedades y con sus tratamientos de cara a encauzar las mejores prácticas para pacientes con multimorbilidad. Su nivel de desarrollo, como se comentara previamente, puede ser impulsado por la autoridad regulatoria, o por el nivel institucional (prestadores), con supervisión, guía o aprobación por la autoridad sanitaria.

5.-Espacios colaborativos entre profesionales

La creación de equipos multidisciplinares está presente en todas los modelos de atención a la enfermedad crónica y pretende integrar la asistencia sanitaria y facilitar la continuidad de cuidados entre los diferentes profesionales que coparticipan en la atención al paciente. Constituidos habitualmente por médico de atención primaria, médicos especialistas, enfermería, farmacéuticos y trabajadores sociales, apoyados eventualmente por fisioterapeutas y nutricionistas y personal administrativo capacitado al efecto.

La mayoría de las experiencias internacionales ceden el liderazgo de estos grupos al médico de Atención Primaria. Estos grupos trabajan activamente la delegación de competencias de tal forma que en muchos casos se asignan nuevos roles a la enfermería (enfermera/o gestora del caso) y agentes sociales (apoyo a necesidades de vida activa y sociales). En el caso de Uruguay probablemente sería el rol a asumir por médicos de cabecera, capacitados en este nuevo rol.

¹² Arce et al. *BMC Family Practice* 2014, 15:150 <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/150>

Existen diferentes instrumentos que facilitan la compenetración entre la diversidad de profesionales (profesionales que comparten pacientes) y entre ellos:

- Compartir los registros médicos del paciente por la que surge el concepto de la Historia Clínica Electrónica poblacional.
- Desarrollo de competencias de una forma colaborativa: Sesiones clínicas y actividades formativas presenciales y no presenciales.
- Acordando la forma de hacer de cada uno en el grupo mediante el consenso.
- Utilizando la comunicación directa por mecanismos presenciales y no presenciales.
- Acordando estrategias específicas para el manejo de diversos problemas clínicos para la mejor gestión de las enfermedades.

6.- Unidades asistenciales para la atención a pacientes frágiles

Son unidades hospitalarias centradas a la atención del paciente crónico frágil, especialmente de aquel con alto riesgo de internamiento hospitalario y alta multimorbilidad.

La asistencia a estos pacientes descansa en un equipo integrado por médicos (habitualmente geriatras o internistas), enfermería, farmacéuticos y trabajadores sociales que trabajan estrechamente en entorno colaborativos con especialistas y con una cercana interrelación con la atención primaria. Un rol crítico es el del enlace con la APS, usualmente asignado a una enfermera capacitada al efecto, para desarrollar la articulación con los gestores de caso (enfermera de enlace).

Estos equipos analizan y gestionan todas las necesidades de los pacientes y entre ellas:

- Formación del paciente en el manejo de su enfermedad
- Conciliación de la medicación.
- Seguimiento a distancia. Teleasistencia.
- Apoyo social.

Alcanzan un equilibrio en las diferentes modalidades de atender al paciente combinando la hospitalización, la asistencia ambulatoria presencial, la actuación no presencial y el seguimiento a distancia en el domicilio del paciente con sistemas de telemetría.

7.-Seguimiento a distancia de pacientes

Estos modelos asistenciales se utilizan para condiciones clínicas cambiantes en las que es necesario frecuentes ajustes en el tratamiento. Las condiciones clínicas necesarias para la obtención de beneficios son:

- Enfermedad con ciclos de exacerbación en las que los que la movilidad tenga un efecto determinante.
- Con tratamientos que eviten o reduzcan la intensidad de los ciclos de inestabilidad clínica.
- Enfermedades en las que un ajuste periódico, a veces diario, de la medicación pueda tener un beneficio en la estabilización de la enfermedad.

Existen experiencias para el manejo de EPOC, de arritmias, de diabéticos en tratamiento con corticoides o de la insuficiencia cardiaca congestiva, en el seguimiento remoto de pacientes bajo anticoagulación. En todas ellas, el paciente responde diaria o periódicamente a un cuestionario, además de medir diversas variables como pulsioximetría, glucemia, TA o peso. Existen algoritmos

que predicen precozmente las situaciones de inestabilidad, y en ese caso, los profesionales se ponen en contacto con el paciente.

Todas estas experiencias potencian la implicación del paciente en el manejo de su enfermedad y aprovechan las potencialidades de la rehabilitación para estabilizar e incluso mejorar la situación de base de la enfermedad.

8.-Creación de redes integradas de proveedores. Integración Atención primaria/hospitalaria.

Estas experiencias se sustentan en la creación de redes integradas de proveedores que despliegan todos los servicios sanitarios y sociales que precisan los pacientes. Integran en una única red asistencial a todos los profesionales con potencialidad de aportar valor al paciente y entre ellos al menos: médico de atención primaria, médicos especialistas, enfermería, farmacéuticos, trabajadores sociales, nutricionistas y fisioterapeutas.

Estas redes están muy orientadas a actuaciones preventivas y a estabilizar el curso clínico de la enfermedad en el convencimiento de que es la mejor estrategia para evitar hospitalizaciones que representa la modalidad asistencial más desfavorable para el paciente y más costosa.

La principal experiencia de redes integradas de servicio es Kaiser Permanente, un consorcio de atención integrada que opera como un subsistema sanitario, encargado de aseguramiento y aprovisionamiento. Es un modelo de integración vertical basada en redes integradas de servicios de salud. Sus principios de actuación son:

- Enfoque de salud poblacional
- Liderazgo clínico.
- Atención integrada.
- Disminución al mínimo la hospitalización.
- Optimización del tiempo médico.

Kaiser Permanente ha sido reiteradamente reconocida como una organización con múltiples iniciativas en la prevención de la enfermedad, siendo la organización más valorada en el mundo en esta materia. También ha recibido diferentes reconocimientos al liderazgo en salud digital y en la creación de redes de interacción no presencial, formando el paciente como parte activa de dichas redes.

9.- Tecnología de soporte

Todas estas experiencias tienen un soporte tecnológico de relevancia, que no es objeto de este informe, pero que es imprescindible mencionar porque facilitan de una forma determinante la comunicación entre todos los agentes implicados y principalmente se mencionan:

- Historia Clínica Electrónica unificada que integre informaciones de todos los niveles de atención
- Sistemas de Teleasistencia y Telemonitorización de pacientes.
- Receta Electrónica.
- Sistemas de interacción que faciliten el funcionamiento en red.

Todos estos sistemas permiten la interoperabilidad de los diferentes profesionales que coparticipan en la atención al paciente, facilitan la coordinación asistencial y la continuidad de cuidados y facilitan la evaluación de los resultados.

10. Focos transversales: calidad de atención y seguridad del paciente.

Mientras todos los puntos mencionados contribuyen a un enfoque de mayor calidad de la atención, los aspectos de calidad más relacionados a seguridad del paciente (que también contribuyen a una estrategia de calidad) pueden requerir abordajes específicos.

Como se ha reiterado, el paciente con EC y en especial, los multimórbidos, son pacientes altamente frecuentadores de los distintos niveles de la asistencia. Por esas características, no son infrecuentes los errores en la atención y se sugiere minimizar los riesgos con abordajes específicos de algunas áreas de calidad que hacen a la seguridad del paciente. Entre ellas, sin agotar las posibilidades, destacan las siguientes:

- Identificación de pacientes
- Mejoras en la comunicación efectiva
- Seguridad de medicamentos de alerta alta (HAMs), en especial en las instancias de transición de atención (ambulatoria a emergencia, emergencia a Internación, internación a Cuidados intensivos, al alta del paciente).
- prevención de caídas
- Manejo de incidentes, bajo el enfoque de involucramiento del personal en el reporte de incidentes, como estrategia de transformación del error en progreso.

Se ha demostrado¹³ en varias organizaciones que la mala comunicación de la información médica en los puntos de transición es responsable de hasta el 50 % de todos los errores de medicación y hasta el 20 % de los eventos adversos de medicamentos en los hospitales. Por esta razón, también *The Joint Commission* de Norteamérica ha focalizado entre sus metas de seguridad para 2023 su atención en reducir el riesgo de errores durante las transiciones de atención mediante el uso del proceso de reconciliación de medicamentos.

Este eje transversal de trabajo en calidad y seguridad del paciente complementa los ejes anteriores para logra una atención centrada en el paciente de alta efectividad.

¹³ <https://www.ihi.org/resources/Pages/ImprovementStories/AccuracyatEveryStep.aspx>

Anexo 1 - Descripción de experiencias internacionales

EEUU Kaiser Permanente

Kaiser Permanente es un consorcio de atención integrada que opera como un subsistema sanitario, encargado de aseguramiento y aprovisionamiento. Creado en 1945 por Henry J Kaiser y el médico Sidney Garfield.

Con su sede en Oakland California, tiene 8.500.000 de afiliados en población asegurada y cuenta con 11.000 médicos exclusivos y 135.000 trabajadores.

Es un modelo de integración vertical basada en REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD.

Entre sus principios de actuación podemos señalar:

- Enfoque de salud poblacional
- Liderazgo clínico.
- Atención integrada.
- Disminución al mínimo la hospitalización.
- Optimización del tiempo médico.
- Inversión de la ventaja competitiva.

Su actuación se orienta a la prevención de enfermedad y al desarrollo de un modelo de atención integrado orientado a la anticipación en las necesidades de los pacientes. Se centra en la minimización de la utilización y la prestación de servicios en el nivel de atención más coste-efectivo para mejorar la salud poblacional. Se potencia al máximo la capacidad resolutoria en el nivel de Atención Primaria y se presta especial atención a la minimización de las hospitalizaciones que son vistas como un “fallo del sistema”.

Actúa sobre todas las enfermedades crónicas.

Entre sus principales actividades podemos señalar:

- Reducir el riesgo con prevención e intervención temprana con muchos profesionales, incluso antes de que tengan síntomas o se les diagnostique una enfermedad. Utilizando el estado de salud, los factores de riesgo y los antecedentes familiares para evaluar el riesgo de padecer una afección crónica.
- Usando décadas de datos de salud recopilados a través del sistema de registro de salud electrónico, han desarrollado herramientas de apoyo a la toma de decisiones que ayudan a identificar a los miembros en riesgo de eventos prevenibles como readmisiones hospitalarias.
- El sistema de registros médicos electrónicos permite identificar rápidamente las formas más efectivas de prevenir, manejar y tratar condiciones crónicas y maximizar los ahorros en costos.
- Apoyo en el hogar a través de monitoreo remoto de pacientes.

Las metodologías utilizadas por Kaiser Permanente en relación con el modelo de atención a las dolencias crónicas:

- Estratificación de pacientes

- Guías clínicas que definen estrategias específicas para cada una de las enfermedades crónicas.
- Web de información y ayuda para médicos y pacientes.
- Historia Clínica electrónica.
- Grupos de médicos, enfermería, trabajadores sociales y nutricionistas trabajando colaborativamente para el manejo de pacientes frágiles. Dos características principales de estos equipos multidisciplinares:
 - requieren una composición con conocimientos y habilidades diversas y complementarias que se ajusten a las necesidades del paciente.
 - el equipo de alto funcionamiento puede operar como una unidad solo a través de relaciones interpersonales sanas y cooperativas.

Entre los resultados de este modelo de atención podemos destacar:

- Un líder mundial en el cuidado de enfermedades crónicas
- En 2019, Kaiser Permanente lideró la nación en 26 medidas de efectividad de la atención, que incluyen: Prevención y detección, cuidados cardiovasculares, atención integral de la diabetes y cuidado de la salud mental
- Premios al Liderazgo e-Healthcare

EE.UU. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (CDC)

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (Centro Nacional de la CDC para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud) (NCCDPHP, <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>) está a la vanguardia de los esfuerzos de EE.UU. para prevenir y controlar la enfermedad crónica.

Entre sus áreas de actuación se pueden señalar:

1. Prevención del desarrollo de las enfermedades crónicas.
2. Detección precoz de enfermedades crónicas y ralentización de su progresión.
3. Mitigar las complicaciones de las enfermedades crónicas para optimizar la calidad de vida.
4. Reducir la demanda en el sistema de salud.

Su alcance abarca tanto las dolencias crónicas más prevalentes como a los pacientes con múltiples condiciones crónicas.

Para lograr su visión, este marco comprende cuatro objetivos generales:

1. Fomentar los cambios en el sistema de salud y de salud pública para mejorar la salud de las personas con múltiples enfermedades crónicas. Entre sus iniciativas más importantes destacan:

- Identificar modelos apoyados por evidencia para personas con múltiples enfermedades crónicas para mejorar la coordinación de la atención.
- Definir los resultados de atención de salud apropiados para individuos con múltiples condiciones crónicas.
- Trabajar con las partes interesadas para identificar, desarrollar y probar los incentivos y los métodos de pago (por ejemplo, los pagos basados en episodios en

los entornos de atención) que promuevan una coordinación eficaz de la atención para las personas con multimorbilidad.

- Implementar y utilizar de manera efectiva la tecnología de la información en salud.
- Fomentar el uso significativo de registros de salud electrónicos, registros de salud personal, portales de pacientes y registros clínicos para mejorar la atención de individuos con multimorbilidad.
- Promover los esfuerzos para prevenir la aparición de nuevas enfermedades crónicas y mitigar las consecuencias de las condiciones existentes. Desarrollar e implementar enfoques de salud preventiva y sistemas de salud pública que aumenten la efectividad en la prevención de nuevas enfermedades crónicas entre las personas con multimorbilidad.

2. Maximizar el auto cuidado en pacientes con múltiples enfermedades crónicas:

- Mejorar continuamente y llevar a escala las actividades y programas de manejo de autocuidado basados en la evidencia y desarrollar sistemas para promover modelos que aborden los factores de riesgo comunes y los retos que están asociados con muchas condiciones crónicas.
- Facilitar los servicios domiciliarios y comunitarios.
- Proporcionar herramientas para la gestión de medicamentos y de conciliación de la medicación.

3. Proporcionar mejores herramientas e información a los trabajadores de salud, salud pública y servicios sociales que brindan atención a individuos con múltiples enfermedades crónicas.

- Identificar las mejores prácticas y herramientas.
- Identificar, desarrollar, difundir y fomentar la integración de las mejores prácticas de información relevante para el cuidado general de las personas con multimorbilidad, así como definir indicadores de resultados que avalan dichas prácticas.
- Mejorar la formación de profesionales de la salud
- Desarrollo de vías de práctica clínica basadas en la evidencia y centradas en la persona que ayuden a los proveedores de atención médica a proporcionar atención de alta calidad.

4. Facilitar la investigación para llenar las lagunas de conocimiento acerca de intervenciones y sistemas para beneficiar a las personas con múltiples enfermedades crónicas:

- Aumentar la validez externa de los estudios, asegurando que las intervenciones terapéuticas son seguras y efectivas.
- Avanzar en la comprensión de la epidemiología de múltiples enfermedades crónicas estudiando especialmente el impacto de las mismas en los beneficiarios de Medicare y Medicaid.
- Aumentar la investigación en salud clínica y comunitaria y centrada en el paciente.



- Combatir las desigualdades en salud en poblaciones de enfermedades crónicas.

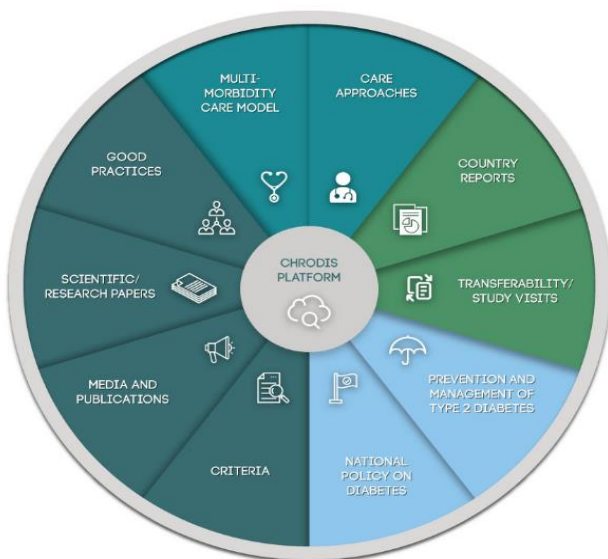
The EU Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing Across the Life-cycle

THE EU JOINT ACTION ON CHRONIC DISEASES AND PROMOTING HEALTHY AGEING ACROSS THE LIFE-CYCLE (CHRODIS) es un organismo financiado por los estados miembros de la Unión Europea para abordar las prioridades en salud dentro del marco del tercer programa de la UE en materia de salud 2014-2020. La reducción de la carga de enfermedades crónicas como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos mentales es una prioridad de los Estados miembros de la UE y de la política de la UE, ya que afectan a 8 de cada 10 personas mayores de 65 años en Europa. Aproximadamente entre un 70% y un 80% de los presupuestos sanitarios de toda la UE se destinan al tratamiento de enfermedades crónicas. JA-CHRODIS ha sido diseñado para actuar sobre este impacto intentando aminorar la carga de la enfermedad y promover un envejecimiento saludable.

Objetivos: El objetivo principal es promover y facilitar el intercambio y la transferencia de buenas prácticas en enfermedades crónicas entre países y regiones europeas. Tiene 4 principales áreas de actuación:

1.- Plataforma para el Intercambio de Conocimiento:

- Un repositorio (clearinghouse) de buenas prácticas y políticas para la prevención de enfermedades crónicas en toda Europa;
- Una herramienta online (online tool) para permitir a los usuarios evaluar las prácticas, intervenciones y políticas.
- Atención al usuario online (online helpdesk) con consultores expertos para aconsejar a los usuarios en el desarrollo, implantación y evaluación de las prácticas en enfermedades crónicas.



2.- Promoción de la Salud: actividades innovadoras para prevenir el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes tipo 2. Se da un enfoque específico para abordar las necesidades de las personas mayores y los grupos más vulnerables.

3.- Multimorbilidad. El objetivo del paquete de trabajo es revisar los programas de cuidados integrales ya existentes enfocados en los pacientes. Se identificarán las necesidades específicas de los sistemas sanitarios de los países participantes y se asesora sobre los mejores modelos de cuidados posibles para los pacientes multimórbidos, teniendo en cuenta identificar las intervenciones de promoción de la salud más prometedoras y más coste-efectivas.

4.- Diabetes El objetivo principal es mejorar la coordinación y cooperación entre países para actuar en diabetes, incluyendo el intercambio de buenas prácticas en toda la Unión Europea, y crear las bases para aquellos abordajes innovadores que permitan reducir la carga de las enfermedades crónicas. El paquete de trabajo está enfocado hacia la identificación de personas con alto riesgo,

diagnóstico temprano y cuidado multifactorial integral. Hace especial énfasis en el apoyo al desarrollo y la implantación de los planes nacionales de diabetes.

Para el abordaje de estos desafíos se ha redactado un documento de consenso que fija las principales intervenciones a realizar en 5 áreas de actuación.

MODELO DE ATENCIÓN A LA MULTIMORBILIDAD: RECOMENDACIONES DE LA REUNIÓN DE CONSENSO DE LA ACCIÓN CONJUNTA SOBRE CRÓNICAS. CHRODIS+

MODELO DE ATENCIÓN

Componente 1. Evaluación integral periódica de los pacientes.

Evaluación integral regular de los pacientes, que incluye:

- Evaluación de la complejidad de las condiciones y/o tratamiento médico, así como la carga e interacciones del tratamiento.
- Evaluación de las preferencias y recursos personales de los pacientes (p. ej., habilidades de afrontamiento, alfabetización en salud) y recursos sociales (p. ej., red social disponible).

La evaluación integral es un proceso de diagnóstico que debe usarse para determinar las capacidades médicas, psicológicas y funcionales de los pacientes con multimorbilidad para desarrollar un plan de atención coordinado e integrado para el tratamiento multidisciplinario y el seguimiento a largo plazo de los pacientes. Esta evaluación multidisciplinaria integral debe examinar la carga del tratamiento y evaluar enfermedades y patrones específicos, así como evaluar los deseos y opiniones de los pacientes y familiares, el apoyo social y los recursos disponibles para los pacientes con el fin de lograr un acuerdo sobre el plan de atención individualizado del paciente. La estratificación del riesgo del paciente debe realizarse durante la evaluación integral, para identificar el riesgo de complicaciones y el nivel de necesidades de atención. Por ejemplo, un paciente de bajo riesgo puede ser uno con pocas condiciones comórbidas que requieran poco autocontrol y sin necesidad de atención domiciliaria, mientras que un paciente de alto riesgo puede ser uno con múltiples comorbilidades que requiera numerosos fármacos, autocuidado diario y necesidades significativas de atención para soportar las limitaciones funcionales.

Componente 2: Equipo multidisciplinario coordinado.

Una de las características principales de la evaluación integral regular es la inclusión de un equipo multidisciplinario y una red para evaluar y brindar tratamiento y atención relacionados con el funcionamiento, las deficiencias y el apoyo social del paciente. El uso de un equipo multidisciplinario tiene como objetivo abordar las necesidades específicas de la enfermedad, evitando la fragmentación y asegurando la continuidad de la atención. Los objetivos son aumentar la eficiencia y la accesibilidad de la atención brindando atención multidisciplinaria tanto en términos de diferentes niveles de la profesión sanitaria (enfermeras, médicos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc.) como en diferentes especialidades de enfermedades.

Componente 3: Profesional designado como coordinador del plan de atención individualizado y persona de contacto para el paciente y la familia ("case manager")

A los pacientes con necesidades de atención complejas se les debe designar un administrador de casos, que es el principal punto de contacto para el paciente y su familia, representando un único punto de entrada al sistema. El administrador de casos debe actuar como coordinador entre el paciente y varios miembros del equipo multidisciplinario para administrar la atención, vinculando activamente al paciente con proveedores, servicios médicos, residenciales, sociales, conductuales y otros servicios de apoyo donde sea necesario de la manera más efectiva, monitoreando la continuidad de la atención, seguimientos y documentación. Con ello se pretende aumentar la

accesibilidad a la asistencia sanitaria, y mejorar la continuidad y eficacia del seguimiento del plan de cuidados individualizado.

Componente 4: Planes de Atención Individualizados

Se deben desarrollar planes individualizados, coordinados e integrados para el tratamiento y seguimiento a largo plazo de los pacientes basados en la evaluación integral por parte del equipo multidisciplinario, incluido un enfoque centrado en el paciente que considere las preferencias de los pacientes, y la priorización del enfoque holístico de enfermedades cruzadas, incluida la focalización en los síntomas, la capacidad funcional, la calidad de vida, los resultados deseados del paciente, etc.

APOYO A LA DECISIÓN

Componente 5. Implementación de práctica basada en evidencia

Se debe utilizar la aplicación flexible de directrices basadas en pruebas específicas de la enfermedad, teniendo en cuenta la multimorbilidad, las interacciones entre enfermedades y las interacciones farmacológicas. Los proveedores de atención médica deben promover la atención clínica que sea consistente con la evidencia científica disponible y con las preferencias del paciente. Como las guías de enfermedades específicas no representan la base de evidencia para la multimorbilidad, se necesita precaución, aplicando una evaluación crítica de la evidencia, con revisión crítica por parte del equipo multidisciplinario.

Componente 6. Capacitación de los miembros del equipo multidisciplinario

La capacitación de los miembros del equipo multidisciplinario es un elemento importante de la atención de la multimorbilidad, con el objetivo de mejorar los conocimientos y habilidades. Esta capacitación debe centrarse en el desarrollo de las siguientes competencias: conceptos de evaluación integral, multimorbilidad y sus consecuencias, resultados de salud, tecnologías de innovación, implementación de tratamiento individualizado /planes de cuidado y establecimiento de metas, trabajo efectivo en equipo, capacitación en la evaluación crítica del conocimiento y conocimiento basado en evidencia, centrado en el paciente, empoderamiento del paciente y autogestión. Los miembros clave del equipo deben recibir capacitación, así como cualquier experto externo que brinde tratamiento o atención al paciente en ocasiones específicas.

Componente 7. Desarrollo de un sistema de consulta para consultar a expertos profesionales

El desarrollo de un sistema de consulta para discutir la atención y el tratamiento del paciente con especialistas con expertos profesionales (por ejemplo, especialistas médicos altamente especializados, pero también psicólogos médicos/clínicos con experiencia específica, por ejemplo, problemas cognitivos, fragilidad). Estos consultores deben estar capacitados para la atención de pacientes con multimorbilidad o similar. Esto tiene como objetivo proporcionar apoyo a la toma de decisiones en situaciones en las que se necesita más apoyo o conocimiento clínico fuera del equipo central. Proporcionar al equipo multidisciplinario acceso a alta competencia en todos los casos que son particulares y delicados o cuando no se dispone de una experiencia suficiente proporcionará un valor significativo. El objetivo es aumentar la accesibilidad a profesionales muy específicos y conocimientos específicos

APOYO A LA AUTOGESTIÓN

Componente 8. Capacitación de proveedores de atención para adaptar el apoyo de autogestión en función de las preferencias y competencias del paciente.

La formación del personal para apoyar el autocuidado de los pacientes y sus cuidadores, a través de la formación integral de los profesionales sanitarios (a través de cursos, formación online, materiales educativos). Esto también debe incluir promover a los pacientes a aumentar la alfabetización en salud y estrategias de prevención y promoción de la salud personalizadas y entre ellas, centrarse en comunicarse con los pacientes (utilizar un lenguaje sencillo, escuchar activamente a los pacientes, aplicar enfoques de derechos humanos), alentar la adherencia al tratamiento o mejorar el empoderamiento del paciente.

Componente 9. Brindar opciones a pacientes y familiares para mejorar su automanejo.

Brindar opciones y apoyo a los pacientes y sus familias y cuidadores para mejorar el autocontrol de sus afecciones, incluida la capacitación y el apoyo a los pacientes adaptados a las preferencias y competencias de los pacientes. Esto incluye ofrecer enfoques (p. ej., cursos en línea, cursos grupales, asesoramiento individual, dependiendo de las preferencias y competencias de los pacientes) para fortalecer el autocontrol y la autoeficacia de los pacientes, incluida la explicación de sus diagnósticos, enfermedades y condiciones médicas, así como aportar información sobre el uso de medicamentos y capacitación de los pacientes para usar correctamente los dispositivos médicos, las ayudas de apoyo y las herramientas de control de la salud (por ejemplo, herramientas de control de la presión arterial y la glucosa, etc.). Se debe incluir a los miembros de la familia y se debe alentar la educación familiar cuando corresponda, con el consentimiento del paciente. Los objetivos son mejorar el autocuidado, promover estilos de vida saludables y alentar a los pacientes a participar activamente en la toma de decisiones, al mismo tiempo que los apoya para hacer frente a las condiciones crónicas en su vida diaria.

Componente 10. Toma de decisiones compartida (cuidador y pacientes)

Los profesionales de la salud deben incluir al paciente (y, cuando corresponda, a su familia) en la toma de decisiones sobre su atención y tratamiento, incluida la identificación de sus necesidades individuales y la decisión sobre los objetivos y resultados futuros a los que aspirar. Se deben construir planes de atención individualizados que representen estos deseos y decisiones compartidos, y se deben compartir con el paciente y los proveedores de atención pertinentes.

SISTEMAS Y TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN

Componente 11. Expedientes electrónicos de pacientes y expedientes clínicos computarizados

Se necesitan registros electrónicos de pacientes y expedientes clínicos computarizados para permitir el intercambio de información del paciente (con permiso del paciente) entre el equipo de multimorbilidad y otros proveedores y sectores de atención mediante sistemas de información clínica compatibles. Esto incluye cualquier tecnología electrónica utilizada para ingresar datos y administrar la atención de los pacientes, para realizar un seguimiento de su historial médico, diagnósticos, síntomas, visitas al hospital, utilización de la atención médica, necesidades de atención o medicamentos, etc., lo que permite que diferentes proveedores de atención médica y social para compartir información sobre un solo paciente, preferiblemente utilizando herramientas estandarizadas y sistemas de diagnóstico similares.

Componente 12. Intercambio de información del paciente (con permiso del paciente) entre proveedores de atención y sectores por sistemas de información clínica compatibles.

Este componente involucra a diferentes proveedores de atención social y de salud que comparte información sobre un solo paciente, preferiblemente utilizando herramientas estandarizadas y sistemas de diagnóstico similares. Es importante tener un conjunto integral de información disponible para todos los proveedores de atención médica y los encargados de tomar decisiones porque, sin él, la actualización de los planes de atención individualizados podría ser demasiado lenta y, por lo tanto, cualquier atención aguda o manejo del paciente podría verse comprometido. Los beneficios incluyen una mayor rapidez en la atención y la toma de decisiones, así como una mayor integralidad.

Componente 13. Codificación uniforme de los problemas de salud de los pacientes cuando sea posible.

Usar el mismo sistema de clasificación para evaluar y registrar síntomas, diagnósticos, medicamentos, resultados informados por los pacientes, planes de atención/tratamiento individualizados y aspectos de la utilización de la atención médica entre enfermeras, médicos y otros proveedores de atención.

Componente 14. Tecnología operada por pacientes que permite a los pacientes enviar información a sus proveedores de atención.

Se necesita tecnología operada por el paciente que permita enviar información (p. ej., datos de seguimiento de la salud) a sus proveedores de atención para complementar las visitas presenciales (con el consentimiento/deseo del paciente). Esto debe incluir tecnología adaptada a las necesidades del paciente que permita a los profesionales de la salud ver, monitorear y reaccionar a la información directamente de su paciente a través de la tecnología (p. ej., niveles de glucosa, presión arterial, etc.), para complementar las reuniones cara a cara, con el objetivo de reducir la utilización de la atención médica y mejorar los resultados clínicos. Las potenciales poblaciones objetivo incluyen pacientes que viven de forma remota, o aquellos con poco apoyo social o con movilidad reducida. El uso de la telemedicina (telemonitoreo) debería proporcionar un puente entre la autogestión y los proveedores de atención médica, lo que permitiría un acceso más rápido y oportuno a los proveedores de atención médica.

RECURSOS SOCIALES Y COMUNITARIOS

Durante la reunión de consenso, los expertos destacaron que creen que el acceso a los recursos sociales y comunitarios son aspectos relevantes en la atención de pacientes con multimorbilidad, pero como estos no están incluidos en el proceso de atención formal y la disponibilidad de estos servicios es extremadamente variable, los siguientes componentes (15 y 16) son difíciles de estandarizar y, por lo tanto, solo se puede proporcionar una descripción general.

Componente 15. Apoyo al acceso a recursos comunitarios y sociales

Mejorar el acceso de los pacientes a los recursos comunitarios, la atención formal y las asociaciones de pacientes, los grupos de apoyo y el apoyo psicosocial (incluida la ayuda domiciliaria, el transporte, etc.) y apoyar el acceso a dichos servicios.

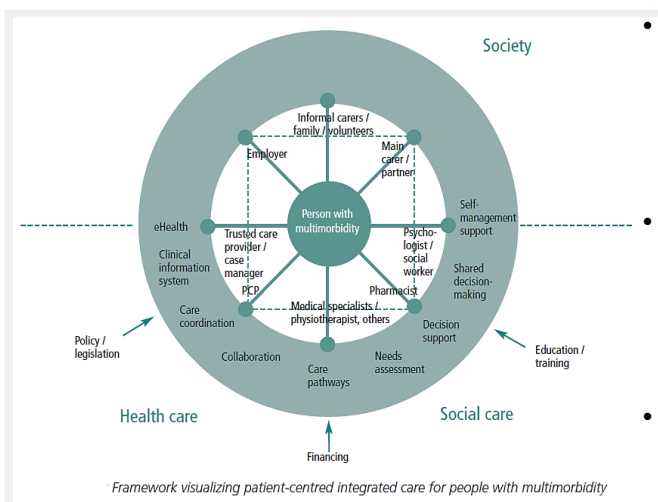
Componente 16. Involucramiento de la red social (informal), incluyendo amigos, asociaciones de pacientes, familiares, vecinos.

Involucrar a la red social informal del paciente, incluyendo familiares, amigos, asociaciones de pacientes, vecinos, ya sea en su tratamiento o cuidado, y encontrar formas de aumentar su red de apoyo social.

Se ha realizado una evaluación de la gestión de enfermedades crónicas en los sistemas de salud europeos por la propia Unión repasando la experiencia en los modelos de atención a la enfermedad crónica en diversos países. Algunas conclusiones del informe son las siguientes:

- Las afecciones más frecuentemente abordadas fueron la diabetes tipo 2, el asma/enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), las enfermedades cardiovasculares (insuficiencia cardíaca crónica, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular), el cáncer y los problemas de salud mental.
- Comúnmente, el médico general (GP) o médico de familia tiende a actuar como proveedor principal o "coordinador de atención".
- Hay una tendencia hacia el fortalecimiento del papel de las enfermeras en la prestación y coordinación de los cuidados, el apoyo para el autocontrol del paciente o la realización de tareas médicas seleccionadas, aunque la mayoría de las veces dichas tareas han permanecido bajo la supervisión del médico de cabecera o de familia.
- En varios países, la introducción de nuevos enfoques para mejorar la atención de las personas con enfermedades crónicas implicó financiación adicional en forma de financiación inicial para apoyar el desarrollo de infraestructura.

A pesar de todas estas iniciativas de largo calado y largo recorrido en muchos países de la Unión el manejo de la enfermedad crónica sigue siendo una asignatura pendiente. Un reciente estudio ha incidido en **Como mejorar la atención a la multimorbilidad en Europa** y sus principales conclusiones son las siguientes:



- Los sistemas sanitarios europeos no satisfacen las necesidades de pacientes con multimorbilidad porque están "orientados a la enfermedad" y organizados en torno a especialidades médicas únicas que fragmentan la atención.
- La atención fragmentada se asocia con consejos médicos contradictorios, prescripción excesiva, hospitalización excesiva y poca satisfacción de los formuladores de políticas pueden mejorar la atención de las personas con multimorbilidad mediante una mejor integración.
- Centrar la atención en el paciente es otra forma de abordar la fragmentación de la atención y de aumentar la satisfacción del paciente. Requiere una visión estratégica clara (e idealmente compartida).

Y de nuevo se insiste en los principales desafíos de los formuladores de políticas para fomentar tanto la atención integrada como la centrada en el paciente:

- Alinear los entornos de políticas, regulatorios y financieros para que apoyen la atención integrada y ayuden a que la atención eficaz para las personas con multimorbilidad sea sostenible.
- Desarrollar pautas multidisciplinarias.
- Desarrollar nuevos roles profesionales (por ejemplo, coordinador de atención) o funciones y asignar responsabilidades explícitas para la coordinación y los vínculos entre sectores.
- Implementar la planificación de atención individualizada (apoyada por registros de salud electrónicos integrados).
- Poner en marcha sistemas electrónicos de apoyo a la toma de decisiones que permitan la atención centrada en el paciente e integrarlos con sistemas de información y aplicaciones de e-Salud.
- Invertir en capacitación y herramientas que ayuden a los profesionales de la atención a adoptar enfoques centrados en el paciente (incluida la capacitación en comunicación centrada en el paciente y trabajo en equipo multiprofesional e intersectorial).
- Desarrollar el conocimiento y las habilidades de los pacientes y sus cuidadores informales y fomentar la participación activa en la toma de decisiones y la autogestión.
- Promover la colaboración entre la asistencia sanitaria, la asistencia social, las organizaciones de pacientes y los cuidadores.
- Incluir resultados relevantes para el paciente como indicadores de rendimiento, así como resultados clínicos, de modo que la prestación de atención integrada se convierta en parte de la medición de la calidad.
- Poner en marcha mecanismos de pago para incentivar la atención integrada centrada en el paciente.
- La evaluación continua de prácticas innovadoras es necesaria a largo plazo para identificar elementos efectivos y fortalecer aún más la atención integrada centrada en el paciente.

Australia.

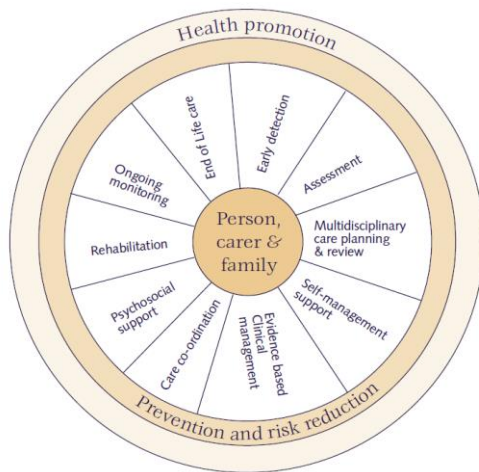
Australia es un país en permanente debate sobre el manejo de dolencias crónicas pivotando su actual Plan Salud en su manejo con especial atención a grupos más vulnerables

La actuación sobre pacientes con multimorbilidad los clasifica en dos niveles de actuación:

- GP Management Plan: plan de acción establecido por médico de familia que define las necesidades del paciente.
- En caso de pacientes complejos (situación de fragilidad o más de dos ingresos en los últimos 6 meses) se crea el TCA (Team Care Arrangement) complementario al anterior, constituido por enfermería, nutricionistas, fisioterapeutas y psicólogos que establece las necesidades de soporte del paciente.

Dentro del alcance de dolencia crónica se incluye: cáncer, diabetes, E. Cardiovasculares, E. Cerebro vasculares y E. músculo esqueléticas.

Los objetivos de estas políticas se centran en:



1. Prevenir o atrasar el inicio de la enfermedad crónica.
2. Reducir la progresión de complicaciones relacionadas con la enfermedad.
3. Mejorar la calidad de vida de las personas con multimorbilidad
4. Reducir los ingresos hospitalarios.
5. Implementar las mejores `prácticas en prevención y detección precoz de la enfermedad crónica.

En 2017 se ha publicado *National Strategic Framework for Chronic Conditions* con el lema de **“Todos los australianos viven una vida más saludable a través de la prevención y el control efectivos de las enfermedades crónicas”**.

Esta estrategia establece 3 objetivos y en cada uno de ellos se especifica las principales acciones.

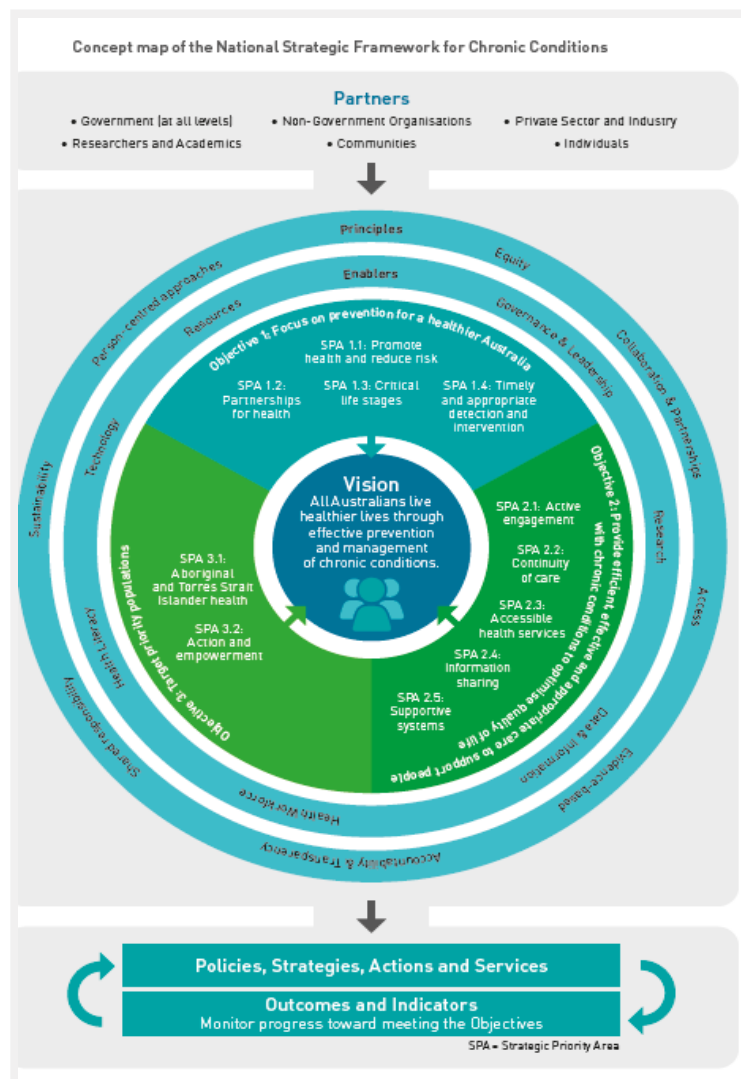
Objetivo 1: Centrarse en la prevención para una Australia más saludable.

Cómo se verá el éxito:

- Se reduce la proporción de australianos que viven con enfermedades crónicas prevenibles o factores de riesgo asociados.
- Australia cumple los objetivos mundiales voluntarios descritos en el Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.
- Los australianos con enfermedades crónicas o factores de riesgo asociados reciben intervenciones oportunas para lograr resultados de salud óptimos.

Objetivo 1: Centrarse en la prevención para una Australia más saludable

Áreas Estratégicas Prioritarias	Resultados esperados
1.1: Promover la salud y reducir el riesgo	1.1 Los australianos llevan estilos de vida saludables con un riesgo reducido de desarrollar enfermedades crónicas.
1.2: Asociaciones para la salud	1.2 Las asociaciones responsables promueven la salud y reducen los factores de riesgo de enfermedades crónicas.
1.3: Etapas críticas de la vida	1.3 Los australianos mantienen una buena salud y comportamientos saludables en épocas de cambios sociales, ambientales o de desarrollo.
1.4: Detección e intervención oportuna y adecuada	1.4 La detección e intervención oportuna y adecuada reduce el riesgo de enfermedades crónicas y/o la gravedad de la enfermedad.



Objetivo 2: Proporcionar una atención eficiente, eficaz y adecuada para apoyar a las personas con condiciones crónicas para optimizar la calidad de vida.

Cómo se verá el éxito:

- Los australianos con enfermedades crónicas reciben una atención adecuada, coordinada y centrada en la persona.
- Los australianos experimentan menos complicaciones, multimorbididades o discapacidades asociadas con condiciones crónicas.
- Menos australianos mueren prematuramente debido a condiciones crónicas específicas.

Objetivo 2: Brindar atención eficiente, eficaz y adecuada para apoyar a las personas con condiciones crónicas para optimizar la calidad de vida

Áreas Estratégicas Prioritarias	Resultados esperados
2.1: Participación activa	2.1 Las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores y familias son fundamentales y tienen un papel informado en la gestión de su atención.
2.2: Continuidad de la atención	2.2 Los australianos reciben atención coherente, holística y coordinada en todo el sistema de salud para controlar sus afecciones crónicas.
2.3: Servicios de salud accesibles	2.3 Las personas con enfermedades crónicas tienen acceso equitativo a una atención médica de calidad.
2.4: Intercambio de información	2.4 El intercambio efectivo de información y datos de salud consistentes, relevantes y seguros mejora el desempeño de la prestación de servicios y los resultados de salud.
2.5: Sistemas de apoyo	2.5 Los sistemas trabajan juntos para satisfacer mejor las necesidades de las personas con enfermedades crónicas.

Objetivo 3: Poblaciones prioritarias objetivo

Cómo se verá el éxito:

- Las poblaciones prioritarias tienen un riesgo reducido de desarrollar enfermedades crónicas.
- Las poblaciones prioritarias experimentan menos complicaciones, multimorbilidades o discapacidades asociadas a condiciones crónicas.
- Los aborígenes y los isleños del Estrecho de Torres tienen un riesgo reducido de desarrollar enfermedades crónicas y aquellos con enfermedades crónicas tienen una esperanza de vida mejorada.

Objetivo 3: Poblaciones prioritarias objetivo

Áreas Estratégicas Prioritarias	Resultados aspiracionales
3.1: Salud de los aborígenes e isleños del Estrecho de Torres	3.1 Se reduce la disparidad en los resultados de salud debido a condiciones crónicas entre los aborígenes y los isleños del Estrecho de Torres y los australianos no indígenas.
3.2: Acción y empoderamiento	3.2 El empoderamiento de la comunidad y la acción dirigida mejoran los resultados de salud local y de la población para las poblaciones prioritarias en riesgo o con enfermedades crónicas.

El gobierno australiano ha publicado en 2021 una revisión de las principales innovaciones en la atención a la enfermedad crónica en Australia. El informe trata sobre iniciativas innovadoras que evitan el deterioro de las condiciones de salud crónicas de las personas o mejoran su manejo. Entre ellas se destacan:

1.- Ayudar a las personas a gestionar su salud. En la práctica, esto implica que las personas controlen sus síntomas, tomen los medicamentos según lo recetado, sigan los consejos de estilo de vida lo mejor que puedan y sepan, y dónde y cuándo buscar ayuda profesional. Alcanzar y mantener la autogestión no es fácil. Las innovaciones exitosas para mejorar la autogestión permiten una atención médica personalizada, que considera las circunstancias y preferencias de las personas, y brinda asesoramiento y apoyo en formatos que son accesibles y relevantes para el asegurado.

2.- Empoderar al personal sanitario para obtener mejores resultados. Para que preste una mejor atención, las prácticas innovadoras de los médicos generales han creado equipos de profesionales de la salud y otro personal para permitir una mayor delegación de tareas y una atención más eficiente. Una mayor flexibilidad del personal de salud puede aumentar la calidad del servicio y reducir los costos de todo el sistema. Aumentar la flexibilidad de la fuerza laboral requiere liderazgo y tiempo para abordar culturas organizacionales duraderas

3.- Construir y mantener la colaboración. La colaboración a menudo mejora la calidad del servicio y la adaptabilidad del sistema de salud. Esto fue evidente en el noroeste de Melbourne durante el pico de la pandemia de COVID-19 en 2020.

4.- Mejorar el flujo de información en todo el sistema de salud. Los ensayos innovadores utilizan datos y algoritmos avanzados para identificar a las personas en riesgo de hospitalización y garantizar que reciban atención y apoyo antes de que su salud se deteriore.

5.- Adoptar nuevos enfoques de financiación. Los mecanismos de financiación sofocan la innovación. asignaciones de fondos flexibles Es probable que los modelos de financiación combinados permitan obtener los mejores resultados.

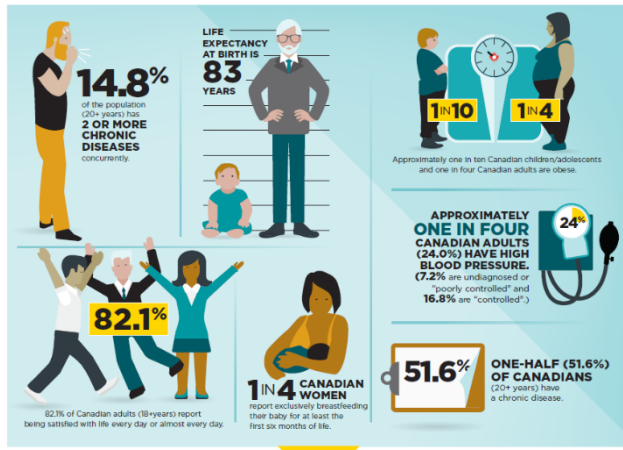
Canadá

En Canadá, el número de muertes atribuidas a enfermedades crónicas está creciendo y las tasas de enfermedades crónicas están aumentando aproximadamente un 14 % cada año.

Canadá dispone de un sistema sanitario muy descentralizado en donde las regiones gestionan la provisión de los servicios sanitarios. En este contexto el Ministerio de Sanidad ha desarrollado diversas políticas desde principios de este siglo sobre el modelo de atención de la enfermedad crónica que posteriormente son desplegadas por las regiones.

Su estrategia está orientada a la prevención de enfermedad crónica y a garantizar un mejor tratamiento y seguimiento de la enfermedad. Abarca específicamente el cáncer, la diabetes, la enfermedad cardiovascular y la enfermedad respiratoria crónica.

Las principales estrategias desarrolladas han sido las siguientes:



- Estrategias específicas nacionales para cada una de esas enfermedades con mayor impronta poblacional.
- Web de información y ayuda para médicos y pacientes.
- Desarrollo de la Historia clínica electrónica para el conjunto de la población.
- Creación de grupos multidisciplinares de médicos, enfermería, trabajadores sociales y nutricionistas para el manejo de pacientes frágiles.

Se han desarrollado muchos modelos para gestionar la atención crónica. Aunque incluyen diferentes elementos o estrategias en cada una de las regiones, tienen recomendaciones comunes para lograr:

- Promover la atención proactiva.
- Identificación de los servicios necesarios en función de la estratificación del riesgo.
- Reconocer la atención primaria como el centro de apoyo a la gestión de casos.
- Uso de los sistemas de información de salud.
- Construcción de asociaciones comunitarias.
- Promover la autogestión.
- Uso de guías de mejores prácticas.

Las siguientes son componentes clave del modelo:

- Apoyo a la autogestión: proporcionar herramientas de autogestión para ayudar a los pacientes y sus familias en la adquisición de las habilidades necesarias para manejar sus enfermedades.
- Creación de equipos de multidisciplinares para implementen servicios preventivos y de gestión para quienes padecen enfermedades crónicas.

Eighty-three per cent of Canadians age 65 and older report having at least one chronic disease.⁷ Nearly one-quarter of all Canadian seniors are living with comorbidities, reporting three or more chronic diseases. The estimated prevalences reported for the following diseases among adults are:

Diabetes: 9.3%⁸

Hypertension: 22.7%⁹

Osteoarthritis and arthritis: 15.3%¹⁰

- Apoyo a la toma de decisiones: integración de guías de práctica clínica basadas en evidencia.
- Sistemas de información clínica: uso de sistemas de recordatorio para cumplir con la práctica, directrices y registros para la planificación de la atención individual y comunitaria.
- Recursos comunitarios: establecer asociaciones comunitarias para mejorar los apoyos para pacientes y comunidades.
- Organización de la atención de la salud: organizar el servicio y la prestación del sistema de atención de la salud para apoyar la gestión de cuidados crónicos.

La Academia Canadiense de Ciencias de la Salud ha realizado una revisión sobre las mejores prácticas actuales y las tendencias nuevas y emergentes en el tratamiento de personas con

condiciones crónicas de salud física, tanto en Canadá como a nivel internacional. Surgieron cinco mensajes clave:

- Existe una alta prevalencia de múltiples afecciones crónicas en la población canadiense en general.
- Se requiere una atención primaria centrada en el paciente para el manejo eficaz de las condiciones de salud crónicas y para garantizar la integralidad, coordinación y continuidad de la atención.
- Los elementos críticos de tales modelos de atención primaria centrados en el paciente incluyen un equipo interdisciplinario que trabaja con la comunidad y los recursos especializados para garantizar los servicios necesarios y el apoyo para el autocontrol del paciente.
- Los médicos requieren herramientas de orientación y toma de decisiones que consideren la carga general de enfermedades para administrar de manera efectiva la atención de las personas con múltiples afecciones crónicas.
- El Modelo de Atención Crónica sigue siendo el modelo de atención más prometedor para personas con condiciones de salud crónicas, a pesar de que en la actualidad las evidencias de su efectividad son limitadas.

Este informe hace especial referencia a la importancia de centrar el modelo de atención en las necesidades del paciente con multimorbilidad considerando la combinación de enfermedades que padece (y no cada una de ellas por separado), la interacción entre ellas especialmente, en lo referente a la conciliación de la medicación, y por último la capacidad del paciente en asumir su autocuidado.

Atención orientada a la enfermedad versus atención centrada en el paciente para pacientes con múltiples condiciones concurrentes.

ATENCIÓN ESPECÍFICA DE LA ENFERMEDAD	ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE
Fuerte orientación hacia una sola enfermedad.	Todas las condiciones se consideran simultáneamente sin centrarse en una en particular.
Las condiciones coexistentes son de menor importancia y no se asume sistemáticamente la interacción entre ellas.	Las posibles interacciones entre condiciones concomitantes se tienen en cuenta sistemáticamente.
Tratamiento orientado por guías basadas en evidencia para enfermedades específicas.	Las directrices para enfermedades específicas deben adaptarse ya que su estricta aplicación es potencialmente dañina al no considerar las comorbilidades.
El tratamiento busca inducir la remisión de la enfermedad en los resultados fisiopatológicos que pueden no reflejar una mejoría en el resultado del paciente.	Tratamiento orientado hacia los resultados que son importantes para los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias e integrando las necesidades biomédicas, emocionales y sociales.

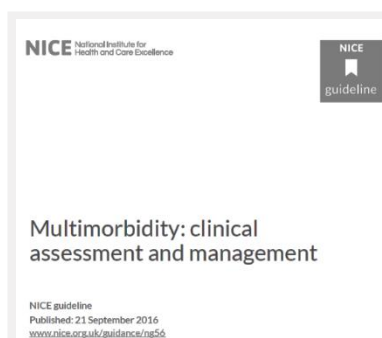
ATENCIÓN ESPECÍFICA DE LA ENFERMEDAD	ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE
Suposición de que el tratamiento afectará positivamente las condiciones que lo acompañan.	La polifarmacia y las interacciones medicamentosas negativas son una preocupación; tales factores pueden anular los beneficios esperados.
El médico responsable actúa en solitario.	Atención basada en el trabajo en equipo, que es generalmente dirigido por generalistas.
La coordinación de la atención es limitada.	La coordinación de la atención es un componente esencial.

Reino Unido

El NHS (*National Health Service*) ha sido pionero en la implantación de modelos de atención orientados a los pacientes crónicos, habiendo sido el banco de pruebas para el desarrollo de innovaciones que posteriormente se han extendido a otros países. En todas ellas se identifica a las personas que sufren una enfermedad crónica para ofertarles una atención adecuada a sus necesidades.

NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) centra su atención en la definición de estrategias nacionales y en la elaboración de guías clínicas para el manejo de una gran diversidad de condiciones clínicas y entre ellas cáncer, cardiopatía isquémica, EPOC, diabetes, insuficiencia renal, trastornos neurológicos y enfermedades cerebrovasculares.

NICE ha editado la única guía clínica publicada orientada específicamente a la Multimorbilidad.



Su objetivo es mejorar la calidad de vida mediante la promoción de decisiones compartidas basadas en lo que es importante para cada persona en términos de tratamientos, prioridades de salud, estilo de vida y objetivos. La guía establece qué personas tienen más probabilidades de beneficiarse de un enfoque de atención que tenga en cuenta la multimorbilidad, cómo pueden identificarse y qué implica la atención. Destinada tanto a profesionales de la salud como a personas con multimorbilidad, sus familias y cuidadores.

Ofrecer un enfoque de atención que tenga en cuenta la multimorbilidad exige:

- Establecer la carga de enfermedad y la complejidad de su tratamiento.
- Establecer de objetivos, valores y prioridades del paciente.
- Revisión de medicamentos y otros tratamientos con el objeto de conciliar las medicaciones prescritas para los diversos problemas de salud.
- Acordar el plan de manejo individualizado.

Además de las iniciativas desarrolladas desde NICE, Reino Unido ha sido pionero en el desarrollo de numerosas iniciativas en los modelos de atención a las condiciones crónicas y entre ellas:

- Estratificación de la población.
- Gestión de casos.
- Equipos multidisciplinares.

- Programas dirigidos al autocuidado.
- Seguimiento telefónico

Se comentan tres de estas iniciativas:

- **Gestión de casos** dirigida por enfermeras ("matrona de la comunidad"): Los enfoques de atención dirigidos por enfermeras en la atención primaria tienen una tradición comparativamente larga en el sistema de atención de la salud del Reino Unido, que se remonta a principios de la década de 1990. La característica clave del rol de matrona comunitaria es la gestión de casos dirigida por una enfermera de práctica avanzada o sénior de personas con necesidades complejas. Las principales estrategias de este enfoque involucran elementos de apoyo a la autogestión y diseño de sistemas de entrega.
- **Gestión de casos en atención primaria.** El contrato 2013/14 GP introdujo un nuevo servicio mejorado 'perfil de riesgo y gestión de la atención', que promueve el uso de herramientas de estratificación de riesgo para identificar y gestionar pacientes con enfermedades crónicas o con alto riesgo de ingreso hospitalario de emergencia. Esto fue reemplazado posteriormente por un nuevo servicio mejorado de 'admisiones no planificadas' como parte del contrato de GP 2014/15, que, en un movimiento para reducir las admisiones de emergencia innecesarias a la atención secundaria, también incluye la gestión proactiva de casos de pacientes en riesgo.
- **Programa Partnership for Older People Projects.** El Departamento de Salud financió la Asociación para Proyectos de Personas Mayores (POPP) destinado a prestar servicios para las personas mayores, con el fin de promover su salud, bienestar e independencia y prevenir o retrasar su necesidad de mayor intensidad o atención institucional. Dentro de sus intervenciones destacan:
 - Programas para mejora de competencias del personal de salud y asistencia social en los servicios a las personas mayores
 - Servicios de información basados en acceso Web
 - Esquemas de mano a mano
 - Sistemas de amistad
 - Servicios de asesoramiento y señalización
 - Evaluaciones holísticas
 - Prevención de caídas
 - Asistencia para cuidadores
 - Equipos de respuesta rápida
 - Gestión de casos
 - Iniciativas de búsqueda de casos

La evaluación de resultados de esta iniciativa consiguió reducir las estancias hospitalarias en un 47% y el uso de servicios de emergencia en un 29%.

Dentro del programa "Atención innovadora para personas con múltiples enfermedades crónicas en Europa" se ha realizado una revisión sobre *El cuidado de personas con múltiples enfermedades crónicas en el Reino Unido: políticas y prácticas centradas en Inglaterra y Escocia*. Entre sus principales conclusiones podemos destacar:

- General Practice (*Primary Care*) es responsable de la prestación de atención médica para personas con enfermedades crónicas en el Reino Unido. Los médicos generales (GP) y las enfermeras de práctica desempeñan un papel clave en la coordinación de la atención con el aporte de los especialistas de atención secundaria.
- La prevalencia de condiciones de salud crónicas coexistentes (multimorbilidad) está aumentando y es un desafío que enfrenta la atención médica en el Reino Unido.
- Los cuatro países del Reino Unido tienen un énfasis estratégico a nivel gubernamental en la investigación de la provisión actual y el rediseño de la prestación de atención médica para pacientes con afecciones crónicas, incluidos aquellos con multimorbilidad.
- En los últimos 5 años se han desarrollado en el Reino Unido varias iniciativas centradas específicamente en la atención de pacientes con multimorbilidad con el objetivo de mejorar su atención y calidad de vida. Estas iniciativas a menudo son proporcionadas por equipos multidisciplinarios y por equipos integrados, que incluyen atención médica, atención social y el sector voluntario.

Referencias

<https://www.cdc.gov/chronicdisease/pdf/preventing-chronic-disease-508.pdf>
Preventing-chronic-disease-508 USA. Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

https://www.hhs.gov/sites/default/files/ash/initiatives/mcc/mcc_framework.pdf
Multiple Chronic Conditions: A Strategic Framework Optimum Health and Quality of Life for Individuals with Multiple Chronic Conditions. U.S. Department of Health & Human Services. December 2010

<https://www.sst.dk/en/disease-and-treatment/~media/9CD2A49998F34D55BA0D7E81D3F7885F.ashx>
Chronic Disease Management A National Strategy Disease Management Programmes and Self-Management Support. The National Board of Health. Denmark

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. **SANIDAD 2012**. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. España

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf
Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. España.

<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/en/LONG%20TERM%20STRATEGY%20Yach.pdf>
Towards a WHO long-term strategy for prevention and control of leading chronic diseases. World Health Organization

<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Deliveringadultsocialcare/Olderpeople/PartnershipsforOlderPeopleProjects/index.htm>
Partnerships for Older People Projects (POPPs). Department of Health. UK

http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2015/06/WP2-CHRODIS_EuroHealthNet.2014.pdf
EU Joint Action on Chronic Diseases and promoting healthy ageing across the life-cycle. CHRODIS.

<https://share.kaiserpermanente.org/wp-content/uploads/2013/10/KFH-Downey-IS-Report.pdf>
Kaiser Permanente Share. USA.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98414/E92058.pdf
Managing chronic conditions. Experience in eight countries. Health Systems and Policies European

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf
TACKLING CHRONIC DISEASE IN EUROPE. Strategies, interventions and challenges. Health Systems and Policies European.

http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/Informe_indicadores_Cronicidad_120516.pdf

Propuesta de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. España

http://publications.gc.ca/collections/collection_2014/aspc-phac/HP35-39-2013-eng.pdf
PREVENTING CHRONIC DISEASE STRATEGIC PLAN 2013–2016. Canadá

[https://extranet.who.int/ncdccs/Data/AUS_B3_Att%20A%20-%20National%20Chronic%20Disease%20Strategy%202005%20\(D15-706588\).PDF](https://extranet.who.int/ncdccs/Data/AUS_B3_Att%20A%20-%20National%20Chronic%20Disease%20Strategy%202005%20(D15-706588).PDF)
National Chronic Disease Strtategy. Australia.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7082712/>
The multimorbidity epidemic: challenges for real-world research. Reino Unido. 2019

<https://documents1.worldbank.org/curated/en/801401550612917615/pdf/134506-SPANISH-WP-P164632-OUO-9-Multimorbilidad-en-Colombia-sin-formato.pdf>
Situación de multimorbilidad en Colombia 2012 – 2016. RESUMEN EJECUTIVO. Banco Mundial. Colombia. 2018.

https://www.hhs.gov/sites/default/files/ash/initiatives/mcc/mcc_framework.pdf
Multiple Chronic Conditions: A Strategic Framework Optimum Health and Quality of Life for Individuals with Multiple Chronic Conditions U.S. Department of Health & Human Services. 2010.

<http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2017/11/ja-chrodis-multimorbidity-care-model-wp6-rokas-navickas.pdf>
Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic. CHORDIS+. Unión Europea. 2016.

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/how-to-improve-care-for-people-with-multimorbidity-in-europe>
How to improve care for people with mulimorbidity In Europe PB_23. Union Europea. 2017.

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/270729/Assessing-chronic-disease-management-in-European-health-systems.pdf
Assessing Chronic Disease Management in European Health Systems. Bookshelf_NBK458742. Unión Europea. 2015.

<https://www.health.gov.au/resources/publications/national-strategic-framework-for-chronic-conditions>
National Strategic Framework for Chronic Conditions. Australia. 2017.

<https://www.pc.gov.au/research/completed/chronic-care-innovations/health-implementation-priorities.pdf>
Innovations in care for chronic health conditions. Australian Government. 2021.

https://bccfp.bc.ca/wp-content/uploads/2015/06/BAG_ChronicCare_ENG_Jun22_rev1.pdf
Chronic Care Management in a Patient's Medical Home. Te College of Family Physicians. Canada. 2016.

https://www.caahs-acss.ca/wp-content/uploads/2017/09/Veterans-Affairs-Canada_CAHS-Review-of-Chronic-Care.pdf
<https://www.caahs-acss.ca/wp-content/uploads/2017/09/Veterans-Affairs->

Canada_CAHS-Review-of-Chronic-Care.pdfhttps://www.caahs-acss.ca/wp-content/uploads/2017/09/Veterans-Affairs-Canada_CAHS-Review-of-Chronic-Care.pdfhttps://www.caahs-acss.ca/wp-content/uploads/2017/09/Veterans-Affairs-Canada_CAHS-Review-of-Chronic-Care.pdf

Review of Chronic Care. Commissioned by Veterans Affairs Canada. Submitted by the Canadian Academy of Health Sciences. Canada. 2017.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>

Multimorbidity: clinical assessment and management. NICE guideline. Reino Unido. 2016.

http://www.icare4eu.org/pdf/Country_Factsheet_United_Kingdom_ICARE4EU.pdf

Caring for people with multiple chronic conditions in the United Kingdom: policy and practices with a focus on England and Scotland.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006560.pub3/full>

Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings (Review). Cochrane Library. 2021.