



Taula d'entitats
del Tercer Sector Social
de Catalunya



EUROPEAN ANTI POVERTY NETWORK ES



**Dossiers
del Tercer
Sector**

núm. 30
octubre de 2013

La cronicidad

Una reforma clave para nuestro sistema de protección social

Subvenciona:



1. Si estás en el mundo social, la cronicidad te interesa

Según la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, "Las enfermedades crónicas afectan a más de la mitad de la población española y ocasionan el 80% del gasto sanitario". Según el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña "las enfermedades crónicas serán la primera causa de discapacidad en Europa", los enfermos crónicos "ya son el 75% de la población adulta en Cataluña", y la enfermedad crónica "supone el 75% de nuestra mortalidad". De estas magnitudes se deriva rápidamente una conclusión evidente, que a menudo se pasa por alto: la llamada "reforma para la cronicidad" no es en absoluto una cuestión técnica reservada para especialistas, para "optimizar" con las últimas novedades nuestro sistema sanitario. Estamos hablando de la reforma del núcleo del sistema. Los especialistas son necesarios, por supuesto. De hecho, como se expondrá a continuación, hacen falta muchos, de especialistas, y no tan sólo los sanitarios o médicos, como se podría pensar. Cómo veremos, esto va de multidisciplinariedad y de visión global, entre otras cosas. Esto nos interesa a todos, y lo tenemos que decidir entre todos, por que cuando hablamos de "reforma de la cronicidad", de nuevas orientaciones y estrategias para abordar los problemas de salud crónicos de la población, estamos hablando de transformar profundamente el núcleo de como mínimo dos pilares de nuestro sistema de protección social: el sistema sanitario y el de atención a la dependencia.

Un gran economista catalán, el Profesor Jacint Ros Hombravella, escribía ya hace muchos años que uno de los problemas que tenemos los economistas para hacernos entender es que la gente, a partir de la tercera cifra, desconecta. De cifras que ilustran el fenómeno del envejecimiento de nuestras sociedades (y del llamado sobre-envejecimiento, del que en Cataluña somos un "líder" en Europa¹) y sus consecuencias sobre la prevalencia de enfermedades crónicas o las finanzas públicas hay un montón. En este escrito se utilizarán muy pocas, de cifras, las necesarias para situar el problema. No hace falta, es algo intuitivo. Retengamos tan sólo que las referidas en la cronicidad casi siempre son cifras que llaman la atención, que nos interpelan, en el sentido de que sorprende mucho que ante evidencias tan agobiantes, trascendentes, se haya avanzado tan poco a estas alturas al orientar el sistema a las necesidades que genera la cronicidad. La respuesta no es técnica. No la tienen (toda, o sólo) los especialistas. La respuesta es esencialmente social y política. Los intereses creados. Algunos de corporativos y otros no. La inercia, que pesa tanto. El miedo al cambio. Los costes inmediatos de transitar de un sistema a otro, de la reconversión necesaria. La burocracia, que en el mundo sanitario ha aumentado hasta llegar al paroxismo. Nada nuevo, en el fondo, son fenómenos conocidos; debe de pasar en otros ámbitos, también, como por ejemplo el de la preservación del medio ambiente. Sobre este tipo de problemas teorizaba otro gran economista, este sueco, Assar Lindbeck: se hace difícil desde los poderes públicos ser valiente y enfrentarse a poderes concretos y muy sólidamente establecidos, para conseguir mejoras en favor de una ciudadanía dispersa y desinformada, que a menudo desconoce que ciertos debates no son tan sólo o principalmente técnicos.

Y aún así, este cambio es necesario y urgente, a continuación lo expondremos. Ahora tan sólo avanzaremos una conclusión importante para el lector de este Dossier: de una verdadera atención integral e integrada al enfermo crónico sólo puede salir una gran mejora por el mundo social en general. Es condición necesaria de una reforma seria y factible. Por todo esto, y más, como ciudadano o ciudadana de este país, este tema te interesa. Y si estás en el mundo social, todavía más.

¹ El sobre-envejecimiento de una población es el porcentaje de personas mayores de 65 años que tienen más de 84 años. En Cataluña es el 15%, el segundo dato más elevado de Europa, tan sólo superado por Francia

2. Las enfermedades crónicas

Pocas cosas muestran mejor el progreso de una sociedad como la forma en que sus miembros mueren. Recientemente la Organización Mundial de la Salud actualizó la lista de las diez principales causas de muerte al mundo. La noticia mediática ha sido que la tuberculosis ha caído de la lista, en favor de la diabetes. Son datos de 2011. Las enfermedades "no transmisibles" son responsables hoy en día de dos de cada tres muertos al mundo. Pero esto es engañoso. Este dato es una media de situaciones muy diferentes, casi opuestas: en los países pobres, este 67% global de peso de la enfermedad crónica en las causas de muerte baja al 36%, y a los ricos sube al 87%. En el año 2009, había en el mundo unos 33 millones de personas viviendo con el VIH (ahora ya son 35 millones). Dentro de este gran volumen de personas se encuentra por ejemplo una proporción muy importante – estremecedora – de los sudafricanos (casi uno de cada cinco; pocos de ellos disponen de tratamiento, por cierto), en contraste con un 0,6% de los norteamericanos, o un 0,2% de los británicos. Tenemos un problema de equidad enorme, en el mundo, y que no se tratará en este artículo, en el que nos centraremos en nuestras sociedades, especialmente en la sociedad catalana.

En el mundo rico estamos entregando actualmente una difícil batalla contra la obesidad infantil: si la perdemos, no es en absoluto exagerado decir que una generación entera quedará condenada a una vida con enfermedades crónicas, que impactarán negativamente en la esperanza de vida. Otra posible pandemia futura es la de las demencias, en especial la del tipo Alzheimer, la más conocida². Una enfermedad casi exclusiva de la gente mayor. Estos dos importantes problemas sanitarios del mundo desarrollado que acabamos de mencionar ilustran a modo de ejemplo una matización que vale la pena recordar al abordar cualquier cuestión relacionada con la cronicidad: hay una (grande) proporción de las prevalencias de varias enfermedades y condiciones crónicas que son simplemente el resultado de un éxito, y otra, en cambio, que revela un importante problema social y sanitario del mundo desarrollado (y ahora también creciente en muchos países en desarrollo).

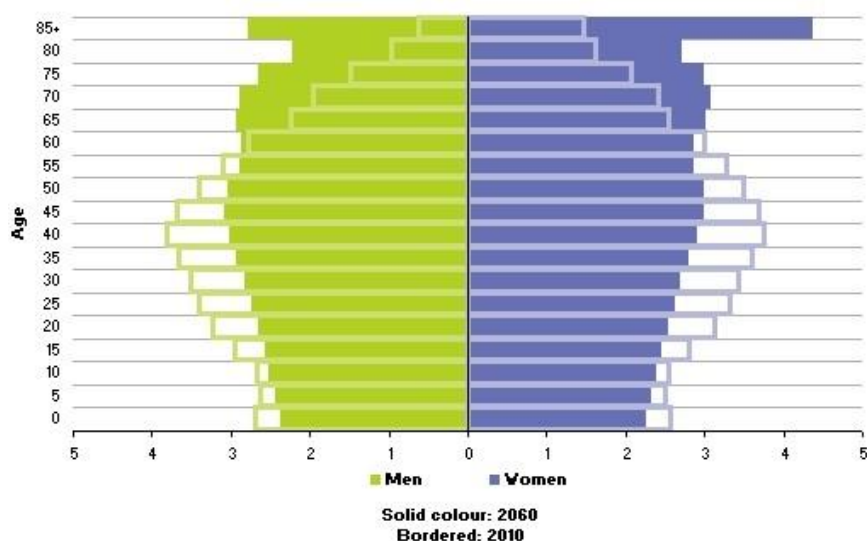
El éxito hace referencia al hecho que tenemos más enfermedades crónicas porque vivimos muchos más años que antes. Esto no quita, evidentemente, que seguimos necesitando reformar el sistema para atender las personas con enfermedades crónicas bien y eficientemente, pero desdramatiza al menos el hecho poblacional de la cronicidad. Estamos gestionando una buena noticia, y nos tenemos que felicitar. En el año 1900, la esperanza de vida al nacer era de unos 35 años. Ahora es de 82, y subiendo. Si hacemos números, el ritmo mediano es de una ganancia de casi un año más de esperanza de vida por cada dos años naturales que pasan. El descenso en mortalidad infantil es una causa importante. Actualmente, el 84% de todos los muertos en España son personas mayores (más de 65 años), cuando a principios del siglo XX este dato no llegaba al 30%. El patrón de mortalidad, además, es disimétrico: los hombres mueren antes de que las mujeres³. Los problemas crónicos (y un tema importantísimo relacionado con ellos, la discapacidad) crecen lógicamente con la edad, igual que el gasto sanitario: el gasto medio entre los mayores de 65 años es entre tres y cuatro veces superior a la de los adultos más jóvenes. En la Gran Bretaña, los más mayores de 85 años suponen un gasto seis veces superior a la de los adultos de 16 a 44 años. Una mirada detallada al gasto médico de toda una vida revela, además, que una gran parte de la misma se produce un año antes de la muerte, independientemente de la edad. De nuevo, esta realidad apunta a otro gran éxito, que quizás no gestionamos todavía bastante bien: la ciencia médica ha avanzado muchísimo.

² El riesgo de sufrir demencias por encima de los 85 años es del 20% en los hombres, y del 25% en las mujeres.

³ La esperanza de vida en España para los hombres es de 78,5 años, y para las mujeres 84,6, casi un 8% más.

La sombra a contraponer a esta luz está bien ilustrada, como decíamos, con el problema de la obesidad infantil. Este denota un cierto fracaso social, que no tiene nada que ver con la mejora en longevidad. De hecho, la reduce, y es una importante fuente generadora de enfermedades crónicas, como la diabetes, que acontece una epidemia a muchos países desarrollados. Según un conocido experto, la prevalencia de enfermedad crónica "está aumentando sin descanso en todos los grupos de edad"⁴. Nuestros hábitos pesan mucho, en este fenómeno. En el 2010, cerca de la mitad de la población mundial vivía en ciudades. En el 2050, lo hará el 70%, la mayoría en las densas metrópolis del mundo en desarrollo. De mantenerse el actual sedentarismo y unos estilos de vida poco saludables, estos tendrán impacto en la prevalencia de enfermedades crónicas. Pero no sólo: algunos expertos ya apuntan el riesgo de que este fenómeno de aglomeración masiva en barrios probablemente poco saludables de ciudades del mundo en desarrollo, provoque un rebrote en la incidencia de las enfermedades transmisibles. El famoso cambio climático, con el aumento de las temperaturas que comporta (otro hecho causado en gran medida por el hombre, como nos acaba de recordar el IPCC de la ONU), puede jugar su papel, también, en este proceso⁵.

Y este aumento de los problemas de salud crónicos todavía se ve fortalecido cuantitativamente por otro factor estrictamente demográfico: la caída en la natalidad, que a menudo depende de factores muy variados, compensada parcialmente en nuestra casa con la inmigración, ahora de vuelta debido a la crisis económica⁶. Pensamos, por ejemplo, en el conocido fenómeno del baby boom. Esta generación, nacida entre el 1946 y el 1964, ahora tiene entre los 49 y los 67 años de edad, y sus miembros ya han empezado o pronto empezarán a tener varias enfermedades crónicas. El IDESCAT prevé un crecimiento de las personas de más de 65 años en más de medio millón del 2010 al 2020, y de casi seiscientos mil hasta el año 2030 (un 21,65% del total). Todo un reto asistencial, en definitiva. Y también económico⁷. Se puede visualizar gráficamente a la siguiente tabla:



(1) 2060 data are projections (EUROPOP2010 convergence scenario).

⁴ Andreu Segura, Gaceta Sanitaria, 2013; Setp-Oct 27(5):473

⁵ Se alarga el ciclo reproductivo de los mosquitos, por ejemplo. Charlotte Howard, "Megachange: The world in 2050", The Economist.

⁶ Hará falta seguir esta cuestión, ya que el impacto de la crisis sobre nuestra juventud, hace que el fenómeno de la inmigración no solo vuelva a su punto de partida (retorno de los inmigrantes acogidos en la última década a sus lugares de origen) si no que cambia su signo (ahora son nuestros jóvenes los que marchan fuera).

⁷ La tasa de dependencia en Europa pasará del 63% (3 activos por 2 pasivos) al 93% (1/1) en el año 2060.

La reforma de la cronicidad, o para la cronicidad

La llamada popularmente "reforma de la cronicidad" es el reconocimiento de una obviedad de grandes dimensiones que durante muchos años de alguna manera nos hemos puesto de acuerdo casi todos al ignorar: que nuestro sistema sanitario ya no atiende adecuadamente – según casi todas las dimensiones que pueden caracterizar este término – las necesidades actuales y futuras de la población, que están directamente relacionadas en su mayoría con las enfermedades crónicas.

La respuesta del actual sistema sanitario a las necesidades del paciente crónico no es adecuada, porque el actual modelo sanitario es reactivo, poco ágil y la atención está fragmentada. El modelo de atención se centra al atender los episodios agudos de los pacientes y destina pocos recursos a la prevención de riesgos y la promoción de hábitos saludables. Los circuitos no son ágiles, no hay una buena coordinación a nivel vertical (atención primaria y especializada) ni horizontal (equipos sanitarios y sociales) el que provoca una atención poco cohesionada y no centrada en el conjunto de necesidades del paciente, tanto sanitarias como sociales.

El anterior párrafo es casi una transcripción literal del prólogo que introduce el modelo conceptual del Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad (de ahora en adelante, PPAC), una buena iniciativa de la Generalitat de Catalunya, liderada por el Departamento de Salud y desarrollada conjuntamente con el Departamento de Bienestar Social y Familia, que ha levantado unas enormes expectativas, ilusionantes, incluso, y que hace falta ahora no defraudar. Enormes expectativas dentro del mundo sanitario, que nunca ha tenido problemas de carencia de ideas y de propuestas de mejora, y que en cambio demasiadas veces sufre una endémica y digna de estudio dificultado para ponerlas en práctica⁸. Seguramente, la magnitud de la crisis económica que estamos viviendo ha acabado de persuadir a la gente que "ahora si que hay que hacer algo importante", y espera que el Programa (el PPAC), que en general ve con buenos ojos, se aplique. Y también ha generado grandes expectativas en aquellas personas dentro del mundo social que empiezan a conocer la iniciativa, todavía demasiado pocas.

Prácticamente todos los términos que se pueden leer en aquel párrafo son intuitivos, y todo el mundo los entendemos razonablemente bien sin que nos hagan falta excesivas explicaciones adicionales. Recomendamos, no obstante, pararse un poco y reflexionar sobre los problemas del actual sistema que se mencionan (una atención demasiado "reactiva" a las crisis agudas de problemas de base conocidos o que habría que conocer y seguir mejor, por contraposición a una atención "activa, o proactiva"; una carencia de prevención y promoción de hábitos saludables; una visión "fragmentada" del paciente – por especialidades, o incluso subespecialistas, sin una visión bastante global de la persona y su entorno –; una carencia de coordinación entre los hospitales y la primaria o los recursos sociosanitarios, o una enorme carencia de coordinación entre el mundo sanitario y social). Haber pensado con calma sobre estos problemas es muy útil para después coger mejor la verdadera trascendencia de los términos utilizados al describir aquello que tiene que caracterizar el nuevo modelo, y que ya constituyen el "vocabulario de la cronicidad"⁹: se trata de palabras o expresiones como: modelo "proactivo", atención "integral e integrada", garantía del "continuum asistencial", "abordaje interdisciplinario", resituación de la persona como "centro del modelo" (que no lo era bastante, quizás?, pues parece que no), "gestión del caso", etc.

⁸ En Catalunya, no obstante, tenemos una larga tradición en la implementación de diversas "pruebas piloto" que amenudo después se prolongan sine die, sin que se adopten nunca las medidas que de su valoración se tendrían que derivar.

⁹ Un reciente y magnífico "diccionario en línea" para conocer con propiedad estos términos lo podeis encontrar en: http://www.termcat.cat/ca/Diccionaris/En_Linia/160/Fitxes/

Estamos ante un cambio de cultura, que tiene que afectar a los profesionales y gestores sanitarios, pero también a los del mundo social y a la sociedad en general. Un buen ejemplo de la filosofía global que fomenta la nueva visión, quizás lo facilita el plan estratégico de aplicación adoptado en noviembre del 2011 por el grupo directivo de la "Cooperación para la innovación europea en el envejecimiento activo y saludable"¹⁰, en el que se habla de actuar y estimular la innovación en torno en tres pilares básicos:

- 1) Prevención, detección, y diagnóstico precoz
- 2) Asistencia sanitaria y curas a la dependencia (integración de la atención sanitaria y social)
- 3) Apoyo al envejecimiento activo y la vida autónoma

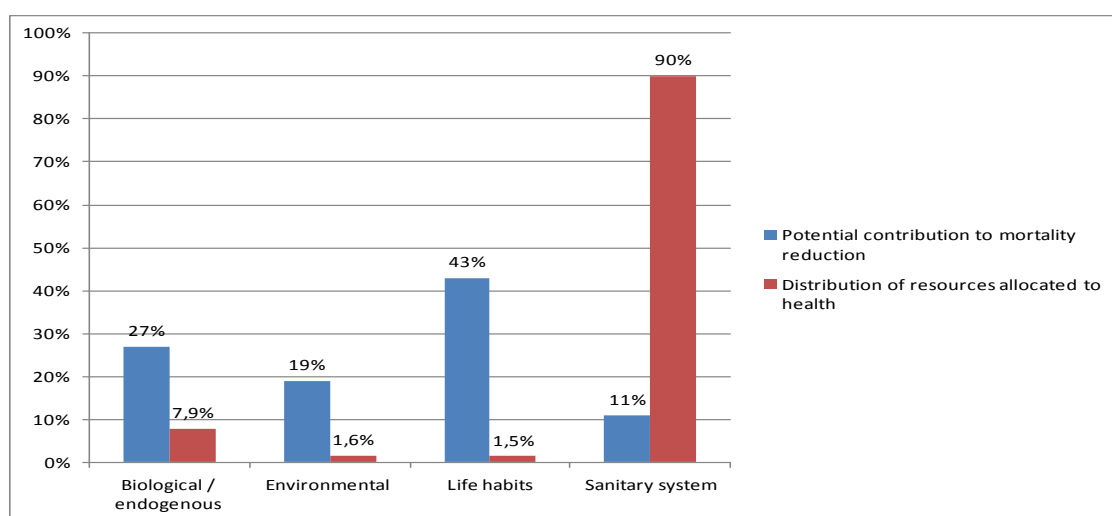
Prevenir y detectar precozmente, atender con visión global, considerando a la vez los aspectos sanitarios, sociales y ambientales, y apoderar a las personas en su autocura, buscando su máxima autonomía, mientras envejecen. Cuando se lee así, todo el mundo ya intuye que esta tarea no puede quedar circunscrita sólo en el mundo sanitario (menos todavía al hospitalario y especializado). Ni ha sido nunca correcto cargarle la responsabilidad en exclusiva, ni tenía la capacidad de afrontarla en solitario, al menos de manera eficiente. Abriendo cada año más quirófanos operaremos más y mejor (y así lo hemos hecho, y muy meritoriamente), pero ya se ve que el reto es otro.

Seguidamente se proporcionará una visión resumida y en cierto modo panorámica de los aspectos más relevantes de la reforma para la cronicidad, pero antes haremos una parada previa, a manera de segunda introducción, en la que formularemos algunas reflexiones sobre cuestiones generales relacionadas con políticas públicas, sanitarias y no sanitarias, que tienen que ayudar a convencer al lector sobre la bondad de llevar a cabo la reforma (ya hemos dicho antes que el problema no es tanto de definición como de acción). Porque a menudo pasa que cuando ante un cambio de paradigma (cómo es este) no se visualizan suficientemente – en una dimensión bastante profundizada queremos decir – las razones principales que lo justifican, después la acción peligra, cuando surgen los primeros problemas prácticos; fácilmente, algún aspecto concreto de una medida adoptada en línea con aquel gran cambio, o sus efectos, pueden traer las personas a cuestionarlo en su totalidad. El miedo, una de las emociones humanas más poderosas y con mayor capacidad para bloquear el razonamiento, es una potencial aliada para los contrarios a la reforma – que los hay, y son poderosos –. Y este posible problema puede tener un peso relevante en la reforma de la cronicidad, puesto que al fin y al cabo estamos tratando de cómo nos organizamos para proteger mejor nuestra salud. No es tan sencillo, por ejemplo, convencer a un ciudadano que acude a las urgencias de un hospital de tercer nivel, altamente equipado, que su problema no será tratado allá, porque este recurso no se adecúa a su necesidad (de hecho, puede ser incluso contraproducente para su salud), y es mucho más caro del que está justificado. Cómo tampoco es fácil explicar a una persona que su padre o su abuela tendría que entrar en un programa de atención paliativa, porque es la mejor oferta asistencial para él/a, y esto no le limita el acceso a la atención a los problemas agudos que pueda requerir. Tan sólo desde un firme convencimiento de la bondad y la necesidad de un cambio, cuando este es muy importante, se acaba venciendo el miedo a algunos de sus efectos.

¹⁰ European Commission COM (2012) 83.2012. Información disponible en: http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing

3. Proteger la salud también es una cuestión social: eficiencia y opciones de política pública

El problema de la obesidad infantil indicado anteriormente nos permite poner de relevo una evidencia científica, conocida desde hace muchos años (la tabla que se muestra a continuación data de los años setenta del pasado siglo) y largamente negligida. Nos es muy útil para explicar el porqué de la nueva visión que tendríamos que adoptar (de recuperar, más bien) en relación a la protección de la salud en general, y hacia las enfermedades crónicas en particular: la de los determinantes sociales, y su impacto en nuestra salud. Dedicad unos minutos a analizar detenidamente la tabla siguiente y lo que significan los datos que aparecen. La tabla se explica por sí sola¹¹:



Hemos cometido algunos errores de peso que hay que corregir, cómo han sido el alejamiento entre la atención sanitaria y la salud pública, la desproporcionada priorización de la atención especializada frente a otras opciones, como la primaria o la comunitaria, la pérdida de la visión global de la salud de la persona (ahora "fragmentada" en múltiples especialidades e incluso subespecialistas), o la flagrante desatención de la enfermedad mental, demasiado incómoda por el sistema. Hemos hecho búsqueda, pero no la suficiente, especialmente en cuanto a la básica, que es la que tiene más dificultades para encontrar financiación privada estable. Hemos descuidado la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y nos hemos centrado al potenciar el enorme arsenal terapéutico especializado que, con costes muy elevados y crecientes, han protagonizado tantos titulares y generado tanto status social (y dinero) para la medicina especializada, status que lógicamente ahora la mayoría de los nuevos profesionales quieren conseguir. Muchos expertos ya hablan, con acierto, de la necesidad de reformar los planes de estudios de medicina. Parafraseando unas inspiradas palabras de un excelente médico de primaria, que ha participado muy activamente al diseñar la implementación del Programa de prevención y atención a la cronicidad (PPAC): "nos hemos perdido. Ante el binomio curar-cuidar, nos hemos centrado al combatir el enemigo, la muerte,

¹¹ G. Dever, 1976. En azul, la contribución potencial a reducir la mortalidad de cada epígrafe: la biología / genética, el ambiente / entorno, los hábitos de vida, y el sistema sanitario. En rojo, donde destinamos realmente el dinero.

como si la pudiéramos batir, y por el camino nos hemos olvidado de cuidar la vida¹²". Grandes éxitos televisivos, como el de la popularísima serie del Dr. House, con la aberrante relación médico-paciente que en ella se propugna, o el de "Grey anatomy", y su delirante propuesta de profesionales-superhéroes que lo pueden resolver todo dentro del hospital, ayudan a ilustrar (o a parodiar involuntariamente) algunas aristas del problema.

Los ciudadanos, también, nos hemos "confundido", hasta el punto de que a menudo en algunas especialidades médicas se hace evidente cómo las personas tenemos comportamientos más propios de "consumidores de servicios sanitarios" que de ciudadanos que cuidamos por nuestro estado de salud. Y se han producido fenómenos patológicos al respecto, como el de las personas "preocupadas", en vez de ocupadas, por su salud, y que viven innecesariamente atemorizadas, "consumiendo" prevención y terapias no indicadas, o incluso algunas veces incorrectamente indicadas. Irónicamente, ganamos años de vida, y nos asustamos. En el otro extremo, hemos desdibujado la responsabilidad individual con la propia salud. Se ha confundido el derecho a la atención sanitaria con un supuesto - y algo quimérico - "derecho a la salud" que parecería que deben garantizar los médicos.

Y, para aquellos que piensen que "este error no lo he cometido, yo", aún les queda otro para evitar: hemos acabado reduciendo el "derecho a la atención sanitaria" (incluso a una concreta, muy especializada y centrada en grandes hospitales) a lo que realmente deberíamos desear, que es simplemente que haya las condiciones (del tipo que más convenga) que faciliten la mayor cantidad y calidad de vida y la mejor salud posible para el mayor número de ciudadanos, para decidir entonces cada cual con toda libertad si quiere conservarla, o "gastarla" consciente y controladamente, mientras disfruta del tabaco, los pasteles de nata o la práctica de deportes de riesgo .

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC) habla, literalmente, de la necesidad de "desmedicalizar nuestra sociedad, de potenciar la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud". Habla de "colaboración intersectorial", y recuerda que "es necesario integrar el enfoque de salud en todas las políticas, ya que los determinantes sociales de la salud están fuera de la esfera de influencia del sector sanitario"¹³.

Llegados a este punto se hace necesario hablar, tan sólo un poco, de números, de dinero. Porque no hay frase popular más incierta que aquella que dice que "la salud no tiene precio". Invertimos un volumen de recursos enorme, y que crece de manera claramente insostenible, en nuestro sistema sanitario (cerca de un 8% de nuestra producción anual total, en línea con otros países europeos)¹⁴. El presupuesto del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña en el año 2012 fue de 8.600 millones de euros, el equivalente al que tenían en ese mismo año para hacer frente a sus necesidades los Departamentos de Educación, de Bienestar social y Familia, de Interior, de Justicia y de Cultura, todos sumados¹⁵. Dado que en un futuro inmediato a trabajar, en el mejor de los casos, dentro de un entorno de congelación de los recursos económicos disponibles, a nadie se le escapará que si se quieren operar cambios como los que las anteriores reflexiones ya permiten intuir, la reasignación de recursos es del todo inevitable y necesaria. Y si esto se quiere hacer seriamente, esta reasignación no puede ser cosmética, si no de cierta magnitud. De ahí el gran peso político de la cuestión, que no

¹² Un pequeño ejemplo, que consideramos sintomático de este desequilibrio entre los objetivos que se tendrían que centrar en atender a las personas: a pesar de que el dolor afecta a un 2'9% de la población europea, los planes de estudios del 91% de las universidades europeas no incluyen el dolor como asignatura obligatoria, y un 78% no la incluyen en ningún sitio.

¹³ "Problemas de salud crónicos: nuevas orientaciones, nuevas estrategias", Documentos SemFYC.

¹⁴ Una magnífica reflexión sobre esta tendencia insostenible del crecimiento del gasto, financiada como mínimo desde el año 2002 directamente con endeudamiento, la encontraréis en "La sanitat a Catalunya en un escenari post crisi", a cargo del economista Albert Roca, Informe ACES-PIMEC 2011, disponible en línea a: <http://www.aces.es/ca/documentacio/publicacions-aces>

¹⁵ Font: <http://transparencia.gencat.cat/>

debemos ignorar, si tenemos que buscar resultados reales, y no queremos conformar sólo con los discursos atractivos (y quizás alguna que otra prueba piloto más) .

Si redirigimos el gasto del Departamento de Salud hacia el área social, por ejemplo, por cada 1% de gasto sanitario reasignada, aumentaría el presupuesto del Departamento de Bienestar Social y Familia en casi un 5%. Esta necesidad de mover recursos desde el ámbito sanitario al social constituye uno de los grandes consensos de los expertos en cronicidad, que hablan en muchos casos en términos de "presupuesto conjunto". Un experto ampliamente reconocido en Cataluña, que conoce muy de cerca la situación actual, habla de la necesidad (urgente, y tan sólo inicial) de reorientar aproximadamente un 3% - 4% del actual presupuesto sanitario, magnitud que supondría una inyección inmediata de un 15 % a un 20% de recursos adicionales para el mundo social. Esta necesidad, es muy importante retenerlo, esto, se defiende con argumentos estrictamente técnicos, basados en la mejora de la atención cuando se asignan de manera conjunta en un territorio los recursos para hacer frente a necesidades que son a la vez sanitarias y sociales. La economía aquí es una derivada de una reforma que impulsan los técnicos (los llamados "clínicos") para poder ofrecer una mejor atención a quien lo necesita. La eficiencia en el uso de los recursos, de hecho, no tiene ideología, es una obligación moral que debe respetar cualquier quién gestiona recursos públicos (y también privados, a menos que sean los suyos). La ideología aparece, en todo caso, en la utilización que de este término económico en cuanto a la gente, demasiado a menudo desgraciadamente para defender intereses particulares.

Para expresarlo con total claridad, como si buscáramos tener una "prueba del algodón" para seguir de lejos si estamos en efecto reformando el sistema, o no del todo: si transformamos de verdad (suficientemente) nuestro sistema sanitario, pasando de una visión orientada a la patología y a la atención aguda hacia una visión centrada en el paciente y con especial atención a la cronicidad, priorizando la salud pública, en un entorno como el actual de ausencia de recursos presupuestarios adicionales, necesariamente se deben producir de forma visible dos fenómenos muy relevantes:

1. Una mirada del gasto / inversión en las áreas de Salud y Social de manera conjunta. En palabras de uno de los expertos mundiales en estas cuestiones, el profesor Chris Ham, Director Ejecutivo de la prestigiosa King's Fund del Regne Unit: "One single budget for Health&Social care, in which Social care receives much more resources"¹⁶.

2. La producción de dos flujos de recursos económicos de gran envergadura: uno vertical y otro horizontal. Económicamente hablando, además, estos flujos hay que precipitarse los cuanto antes, porque se derivarían ahorros netos a medio plazo.

El flujo vertical de recursos sería el que iría desde la atención especializada (los hospitales mejor dotados) hacia la atención primaria (sobre todo), la salud pública y la atención sociosanitaria. No es fácil encontrar datos a priori, sobre ello, pero un argumento nos lo facilitaba un informe de Antares Consulting, de septiembre de 2010: el año 2008, en España se produjeron 1.638.000 estancias inadecuadas en hospitales de agudos, que con criterio clínico habrían recibido una atención mejor y más económica a un recurso sociosanitario. Aparte de la mejora en la atención, y dada la enorme diferencia de coste entre una estancia en un hospital de agudos y una estancia en un sociosanitario (aproximadamente de 1 a 5), los ahorros económicos potenciales, aunque técnicamente difíciles de estimar con precisión, son muy elevados (muchos cientos de millones de euros al año, en el escenario más pesimista). El mismo estudio también apuntaba a un probable espesor de unos 500M€ más de gasto inadecuado, y por tanto potencial área de trabajo para obtener a la vez ahorros económicos y mejoras en la atención, en el exceso de frecuentación de consultas externas.

16 "Un presupuesto único para la atención social y sanitaria, en el que la área social recibe muchos más recursos". <http://www.kingsfund.org.uk/> Conferencia en el Col·legi de Metges de Barcelona, el pasado 10 de enero.

El flujo horizontal de recursos sería el que iría (reducido llanamente, por qué nos entendamos), desde el Dpto. de Salud hacia el de Bienestar Social, y también hacia los poderes locales (el dinero irían desde la atención especializada, la primaria y la sociosanitaria hacia el sector residencial y de centros de día en general). La salud mental, a caballo entre los dos ámbitos, también debería ser receptora neta de recursos, dada la desatención secular que padece.

Cuando se piensa en todo esto, se entiende muy bien el inevitable trasfondo político de la cuestión. No se trata de abrir ahora un debate absurdo, con las constataciones que acabamos de hacer. Ya sabemos que tenemos una medicina de primerísimo nivel, en este país, y ninguna de las anteriores afirmaciones lo pone en duda. De hecho, es posible que ciertos excesos hayan llegado en parte precisamente por la gran confianza que nuestros hospitales y profesionales nos inspiran. Lo que se propone es transformar (es cierto que no sólo "optimizar") un sistema sanitario que probablemente funcionaba muy bien antes de producirse el que ya se ha llamado la "transición epidemiológica" de nuestras sociedades, desde las enfermedades que se curan a las enfermedades crónicas. Cuando había todavía un recorrido importante de años de vida en ganar para nuestras sociedades. Ahora, en cambio, es más eficiente centrarse, por ejemplo, al desarrollar la (enormemente desatendida) ley de la dependencia, al tiempo que en combatir decididamente la pobreza infantil y joven¹⁷. Y esto requiere convertir el ámbito social en una prioridad real, si se quiere, también desde la visión sanitaria.

Resumiendo, hay que reequilibrar un sistema que está más centrado en la enfermedad (tratamiento y rehabilitación) que en la salud (promoción de la salud y prevención de la enfermedad), yendo a un enfoque más de salud comunitaria, con visión integral (multidimensional) de la persona, que ponga al paciente, al individuo (quien también debe ser más responsable de sí mismo), en el centro del sistema, y construir un sistema de atención integrado, es decir: con abordaje compartido entre los niveles asistenciales sanitarios, como el hospitalario y la primaria, pero también entre los niveles sanitario y social. Este último también es uno de los déficits detectados que afecta mucho, por ejemplo, a los pacientes crónicos complejos. En palabras de una responsable europea de salud: "Ya que la evolución natural de las personas mayores es, en general, hacia un deterioro progresivo de su calidad de vida, con diferentes patrones y grados de dependencia, debemos conseguir una visión global y actuar de forma coordinada para ofrecer un mayor servicio al ciudadano -paciente, y por tanto extender el ámbito de la salud en el sociosanitario y de apoyo a la dependencia"¹⁸. Debemos diseñar patrones de colaboración para todos los profesionales participantes de la gestión de la atención: médicos, enfermeros, nutricionistas, farmacéuticos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores y educadores sociales, trabajadores comunitarios, profesionales de la inserción, dinamizadores de soportes, etc.

Y todo esto, obviamente, debemos hacerlo sin demagogias, es decir, reconociendo que los recursos son escasos y tienen destinos alternativos. No podemos ignorar más que seguir invirtiendo como hemos hecho hasta la fecha no permite incrementar los recursos a la atención primaria, o al ámbito social, porque el recurso al incremento de la deuda se ha agotado (afortunadamente). Aludimos de nuevo a otro concepto económico, el del "coste de oportunidad", otro término que tampoco es ideológico, y contra lo que es absurdo estar peleado. Es imprescindible adoptar una visión conjunta de todos los recursos disponibles, y ponerlos a disposición de la finalidad, tratando de escoger mejor.

¹⁷ Según Cáritas, en el año 2011 la pobreza infantil en España afectaba a un vergonzoso 26,7% de los niños.

¹⁸ Francisca García Lizana, Health and Well-being Unit, Directorate General for Communications Networks, Content and Technology, European Commission (UE), a Gaceta Sanitaria, 2013;27(5):450-462.

4. La gestión de la cronicidad

Hay dos hechos en relación con el incremento (más del doble) de nuestra esperanza de vida en el último siglo a tener siempre presentes, por qué son de aquellas cosas que de tan evidentes a veces las olvidamos.

El primero es que a lo largo de este siglo los humanos no hemos doblado la duración de nuestras vidas. Siempre ha habido octogenarios, e incluso centenarios. Lo que ha pasado es que ahora muchísimas personas - la mayoría - llegan a estas edades, hasta el punto de que las causas de muerte más frecuentes hace un siglo (las debidas a la pobreza, el analfabetismo, el hambre, el deficiente suministro y depuración de las aguas, las malas condiciones de los hogares y los lugares de trabajo, y la carencia de atención sanitaria efectiva¹⁹) han quedado relegadas a situaciones más o menos aisladas, que afectan sobre todo a colectivos vulnerables. Al menos en el mundo desarrollado.

El segundo hecho es que no hemos conseguido una larga vida con una muerte "corta": en el siglo XXI es frecuente morir de viejo, pero después de años de un lento y progresivo deterioro, y gastando muchos recursos sanitarios en los últimos meses de vida.

Consecuencias importantes de estos dos hechos son, primero, que el paciente "tipo" ahora ha cambiado mucho, y tenemos que adaptar nuestra oferta asistencial. Y segundo, que un concepto que hasta hace poco estaba casi reservado para especialistas, ahora es de dominio público, ha adquirido un peso tan relevante que casi se ha convertido el gran protagonista de los debates actuales sobre nuestros sistemas sanitarios: el del fenómeno de la complejidad, los pacientes "complejos".

El diccionario de la cronicidad antes mencionado define "complejidad" como: "situación que refleja la dificultad de gestión de un paciente y la necesidad de aplicarle planes individuales específicos debido a la presencia o concurrencia de enfermedades, de su manera de utilizar los servicios o de su entorno". Los pacientes en situación de complejidad son la principal preocupación de los actuales gestores sanitarios.

Con las personas y el uso de los recursos sanitarios, se cumple el popular "principio de Pareto", llamado así en honor a un economista y sociólogo francés, nacido a finales del siglo XIX, el cual teorizaba que las personas por casi todo se dividían naturalmente entre los "muchos de poco" y los "pocos de mucho", según una regla empírica aproximada del 80% - 20%. En efecto, el 20 % de la población gasta el 80% de los recursos sanitarios, aproximadamente. Obviamente, todos los pacientes crónicos complejos y con riesgo de complejidad están dentro de ese 20%, porque son los que más gasto generan. Esto hace que la idea de "estratificar" (segmentar) las personas según su riesgo de complejidad haya convertido la propuesta estrella de la reforma de la cronicidad. Hay que detectar a los "complejos", para atenderles diferente, que quiere decir mejor y al mismo tiempo de manera más eficiente económicamente.

En Cataluña, el esfuerzo en estratificar y conocer los datos con precisión es aún incipiente, aunque el equipo del PPAC ya tiene estimaciones, que se facilitarán al final de este punto .

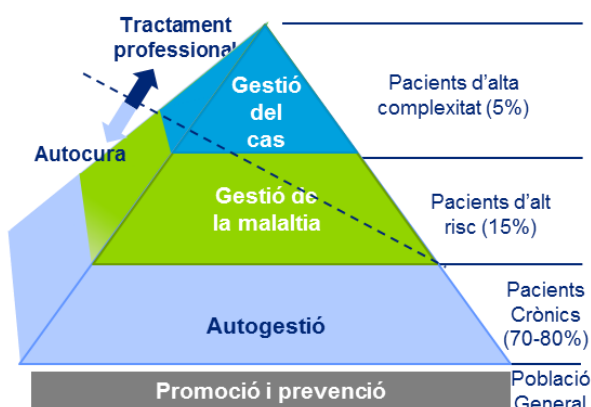
¹⁹ J. Gervás, "Sano y salvo", Ed. Los libros del lince (2013). De lectura recomendada.

La estratificación de la población para factores de riesgo

Una innovación propuesta al PPAC, que va en la línea antes mencionada de la detección precoz, recae en el uso de herramientas para identificar personas con condiciones crónicas que son o pueden acontecer complejas en su manejo. Una de ellas es la llamada "pirámide de riesgo de Kaiser Permanente", de la HMO californiana del mismo nombre. Esta pirámide, que se ha hecho muy famosa, ha inspirado directamente el programa de reforma del gobierno vasco. El modelo identifica tres niveles de intervención según el grado de complejidad del paciente. Añadiendo la población general, quedarían cuatro segmentos o "estratos" de la población, con necesidades específicas:

- Población general: Personas sanas con o sin factores de riesgo, para los que básicamente habría que reforzar las actividades preventivas y de promoción de la salud.
- Pacientes crónicos (70% - 80% de los pacientes): Personas que pueden tener 1 o 2 enfermedades crónicas; son pacientes de bajo riesgo, con condiciones aún incipientes. Con estos pacientes, lo que hay es ayudarles a gestionar mejor su condición (apoyo a la autogestión).
- Pacientes de alto riesgo (15%): Personas con 3 o 4 enfermedades crónicas; son pacientes de riesgo elevado, pero aún sin haber llegado la máxima complejidad. Hay que gestionar bien la enfermedad, combinando la autogestión con ayuda profesional coordinada.
- Pacientes de alta complejidad (3% - 5%): Los pacientes complejos, frágiles. Tienen 5 o más enfermedades crónicas, o menos, pero alguna de ellas en estado avanzado. Con estas personas cambia el enfoque, hacia una "gestión del caso", integral, y básicamente profesional. Menos de la mitad de estos pacientes (un 1,4%), los llamados enfermos crónicos avanzados (MACA), son los "complejos dentro de los complejos", y tienen un pronóstico de vida limitado.

Ver la tabla siguiente (Pirámide de Kaiser "ampliada" con la población general, o sana):



Expresado según la visión de un médico experto, crítico (moderado) de la moda que hay actualmente sobre este modelo: "Estratificar" consiste básicamente en segmentar los pacientes crónicos que tienes a tu cargo en función del uso que hacen de los servicios asistenciales y su coste. De forma que identificas diferentes niveles de necesidades, y pones en marcha diferentes niveles de intervenciones en cada grupo con el fin principal de mejorar el manejo de sus enfermedades crónicas y evitar los ingresos hospitalarios y / o las demandas de urgencias²⁰. Hay consenso, sin embargo, que esta es una herramienta de gestión de mucha utilidad. Entre otras cosas, facilita el retorno a la visión más centrada en el paciente, en la persona, más que en la enfermedad.

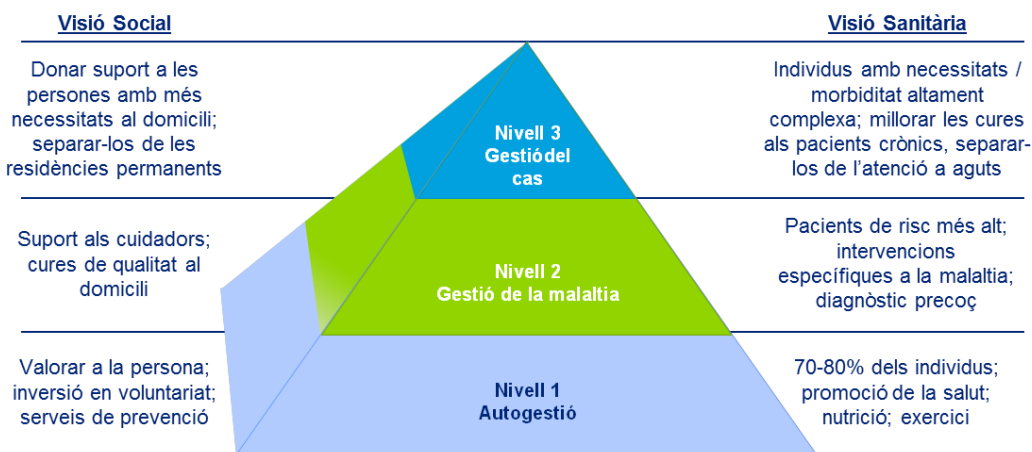
La estratificación contiene además la interesante idea implícita de incorporar un elemento "proactivo" en la gestión del paciente a cargo: un médico de primaria, que tiene asignado un grupo de personas por zona, tiene el incentivo a velar activamente por cualquier paciente que por su condición lo requiera, acuda este o no en su consulta. Esta herramienta, finalmente, también facilita la coordinación social-sanitaria. Todo ello debería redundar, idealmente y si se hace bien, en una mejora del manejo del paciente (y en una cierta mejora de su calidad de vida, al evitar o reducir por ejemplo el número de "crisis", que a menudo son predecibles), y eventualmente en una menor utilización de recursos sanitarios, especialmente en cuanto a los ingresos hospitalarios y urgencias.

Una de las críticas más acertadas que hemos encontrado en este modelo sugiere no tanto que la idea no es buena (es muy buena), si no que tiene una cierta parcialidad, y por tanto insuficiencia: cómo se incorporan en este modelo de estratificación de riesgos las variables sociales? El nivel socioeconómico, o las condiciones sociales y ambientales? Pensemos por ejemplo en una persona de bajo riesgo pero con una patología psiquiátrica de base, una adicción, o simplemente un entorno familiar fuertemente desestructurado.

Este problema, en realidad, apunta en nuestra opinión a otro que es de fondo: una de las necesidades más urgentes en el avance de la actual configuración de la reforma de la cronicidad es que se incorpore inmediata y decididamente el mundo social, con todo su caudal de conocimiento, a participar en definirla. El liderazgo de la reforma que está llevando a cabo el ámbito sanitario, abrumadoramente mayoritario (que evidentemente se produce con la mejor de las intenciones, y gracias a unos recursos de los que el mundo social no dispone), incorporará al largo sesgo que restará efectividad a la misma. Y sería injusto hacer depender esto sólo de la Administración: las entidades y los profesionales del ámbito social han de conocer más estas cuestiones, e involucrarse activamente para hacer sus aportaciones, que son muchas.

²⁰ Javier Segura del Pozo, <http://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2013/04/27/la-estratificacion-de-la-atencion-a-pacientes-cronicos-y-sus-determinantes-sociales/>.

Un intento (parcial, insuficiente, pero loable) de incorporar la visió social en la estratificació lo constitue otra pirámide, la del Kings Fund del Reino Unido, que vemos en la tabla siguiente:

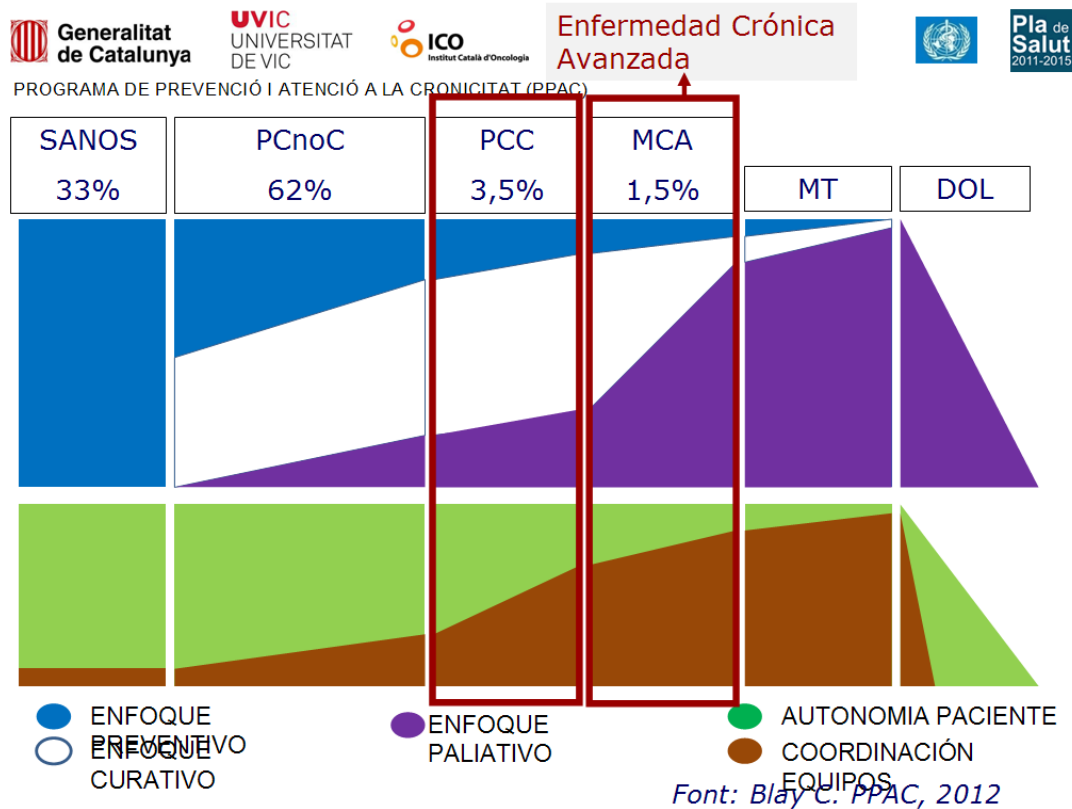


La pirámide del Kings Fund es una adaptació del modelo de Kaiser, añadiendo algunas necesidades sociales. Como se puede ver en la tabla, por ejemplo, en el último nivel (3, el de la complejidad), en el que hay que gestionar el caso globalmente, se propone apoyar a los individuos con más necesidades en la vivienda. Cuando todavía hay que gestionar la enfermedad (nivel 2, pacientes de riesgo), el énfasis se sitúa en el apoyo a los cuidadores y en una atención domiciliaria de calidad.

En cualquier caso, el recurso a la estratificació, para centrarse después los esfuerzos en aquellos pacientes con una predicció de mayor utilización de los recursos, como hospitalizaciones y urgencias, dispone ya de evidencia científica positiva: se pueden obtener descensos en hospitalizaciones de entre el 20% y el 48 %, según patologías. En asma, diabetes o insuficiencia cardíaca congestiva, por ejemplo, los resultados pueden ser muy positivos. Y nadie puede discutir que evitar tener que entrar por las urgencias de un hospital y terminar ingresado, por mucho que también ahorre dinero, es por encima de todo una gran mejora para el paciente.

Otras herramientas, como la planificación individualizada previa a una alta hospitalaria, y el consejo por parte de equipos interdisciplinarios, por ejemplo (que no gastan costosa tecnología, sino materia gris, tiempo e información), se ha probado que garantizan también ahorros sustanciales (en dinero, y mejoras en calidad de vida) en relación ingresos evitables, y en la ausencia de otras intervenciones.

Por último, vea una magnífica figura explicativa, muy ilustrativa, con una aproximación poblacional sobre los estratos estimados en Cataluña (personas sanas, pacientes crónicos no complejos, pacientes complejos y enfermos avanzados, enfermo terminal, y duelo), y una representación de los diversos soportes que se necesitan en cada estadio del ciclo vital de las personas y familias (figura confeccionada por el Dr. Carles Blay, miembro destacado del PPAC)²¹.



Paciente Experto

Dentro del objetivo anteriormente mencionado de las reformas para la cronicidad del apoderamiento de la persona y el apoyo a la autogestión, se han producido iniciativas muy interesantes, como la del llamado Paciente Experto, que en el Reino Unido tuvo mucho éxito a raíz de una exitosa prueba piloto realizada en los años 2002 - 2004, y que posteriormente - allí si- se extendió a partir del año 2005. El Programa consiste en ofrecer cursos, clases presenciales y online, con el objetivo de ayudar a vivir mejor a los ciudadanos con cualquier tipo de enfermedad crónica. Estos cursos, de duración limitada en el tiempo, trataban fundamentalmente sobre los siguientes temas:

- Tratar el dolor y el cansancio extremo
- Hacer frente a los sentimientos de depresión
- Técnicas de relajación y ejercicio
- Alimentación saludable
- Comunicación con familiares, amigos y profesionales
- Planificar para el futuro

²¹ Datos presentados en la comparecencia del Dr. Albert Ledesma en el Parlament de Catalunya (3/10/2013).

En este programa, los propios pacientes, "expertos" en la gestión de su enfermedad, facilitan la formación a los otros, lo que genera dinámicas enormemente positivas, y facilita la innovación, como siempre ocurre, en cualquier ámbito de la vida humana, cuando se abre el campo de actuación y se permite la iniciativa de los propios individuos, con plena libertad. En Cataluña, desde el año 2006 ya partir de una buena iniciativa nacida del ICS, disponemos del Programa Paciente Experto Cataluña, que en los últimos años ha tenido un crecimiento importante, extendiéndose a todo el territorio catalán, y con la implicación de todos los proveedores de salud del sistema. Las experiencias internacionales, como la catalana, han constatado fehacientemente que estas intervenciones definidas como "de alta intensidad educativa orientadas a la autogestión" tienden a ser mucho más eficientes que la alternativa tradicional, es decir, las intervenciones basadas en el educación "oportunist" en el momento de la interacción médico-paciente (en la consulta, a decisión del facultativo, si conviene y hay tiempo).

Gold Standards Framework (GSF)

Esta es otra iniciativa surgida en el Reino Unido, que desarrollaron médicos de la primaria, y se basa en identificar a aquellos enfermos avanzados con pronóstico de vida limitado (los MACA, aquí), para así facilitar a estas personas una atención prioritaria cuando frecuentan el sistema. La práctica está bastante extendida en Gran Bretaña, con resultados satisfactorios.

Un ejemplo muy prometedor de identificación con posterior atención protocolizada en Cataluña, basado en la filosofía del GSF, lo constituiría el Proyecto NECPAL, recientemente puesto en marcha en 3 territorios de Cataluña. Se estima que se beneficiaría de este programa aquel 1,4% de enfermos avanzados de la población catalana, los "complejos dentro de los complejos", y que con un pronóstico de vida limitado ocupan el vértice de la pirámide de estratificación.

La conocida tarjeta "Cuídame", aunque diferente, sería otra iniciativa en esta línea de identificar personas con necesidades especiales (sin que ello signifique en absoluto estigmatizar), para facilitar luego una mejor atención, priorizada.

Con iniciativas de este tipo, el sistema gana en eficiencia, y, sin dudas, en equidad.

5. La estrategia de crónico en Catalunya: El Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad (PPAC) ²²

El plan de Salud de Cataluña 2011 - 2015 dice querer trabajar sobre 3 "ejes de transformación" del sistema, a través de 9 líneas de actuación:



Como se puede comprobar en la figura, la línea 2 habla específicamente de la reforma para la cronicidad, aunque para conseguirla, en realidad, es necesario tener éxito en diseñar contenidos e implementarlos en casi todas las demás líneas. Nosotros nos centraremos aquí en describir genéricamente el PPAC.

Un buen programa de crónicos, según el Departamento de Salud, se caracteriza porque:

1. Tiene cobertura universal
2. Está centrado en la prevención
3. Otorga prioridad a que los propios pacientes y / o familiares autogestionen su salud
4. Otorga un papel clave en la asistencia primaria
5. Estratifica la población según necesidades y factores de riesgo
6. Prioriza la atención integrada
7. Utiliza las TIC
8. Es coordinado eficaz y eficientemente
9. Integra en su conjunto y de forma coherente las 8 características descritas²³

²² Para un conocimiento detallado del Programa, y de su seguimiento, consultad:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.36e8d120a1aac1ee5686da5bb0c0e1a0/?vqnextoid=cf2a63c30a0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vqnextchannel=cf2a63c30a0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vqnextfmt=default>

²³ Seguramente en el sentido que, atendiendo que el resultado en eficiencia es multifactorial y interdependiente, incurrir en una incoherencia importante a una de las características afecta al conjunto de ellas (se podría decir que el resultado de la interacción de los factores es un "producto, y no una suma").

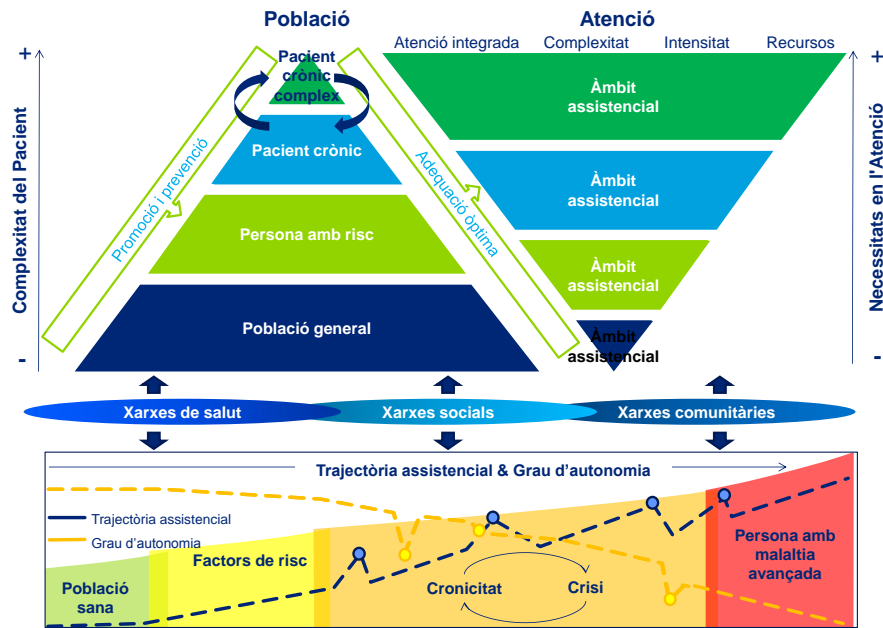
Hace más de 25 años, el Gobierno catalán ya era consciente del cambio en el entorno social y demográfico, hacia una población más envejecida y con mayor prevalencia de enfermedades crónicas. En su momento, el famoso "Programa Vida a los Años" fue pionero en el abordaje global de las necesidades sanitarias, psicológicas, sociales y relacionales del paciente, y constituye aún hoy uno de los elementos diferenciadores del sistema de salud catalán respecto del que podemos encontrar en el resto de España. Años más tarde, iniciativas como los Planes Directores Sociosanitario y de Salud Mental iban también en aquella dirección de intentar responder de manera integral a las necesidades de los pacientes. El PPAC es heredero de estas iniciativas, y otras similares.

El PPAC, pero, según su definición, busca una solución global de atención a la cronicidad, y no sólo una reorganización de las estructuras ya existentes. Se reconoce que, a pesar de las diversas iniciativas han sido positivas, éstas han sido siempre parciales y no globales, y esto es lo que hay que resolver ahora. En este sentido el PPAC es más ambicioso que las iniciativas precedentes, que en cualquier caso son muy meritorias. Sin ellas, de hecho, este nuevo Programa no existiría.

Los objetivos del PPAC son los siguientes:

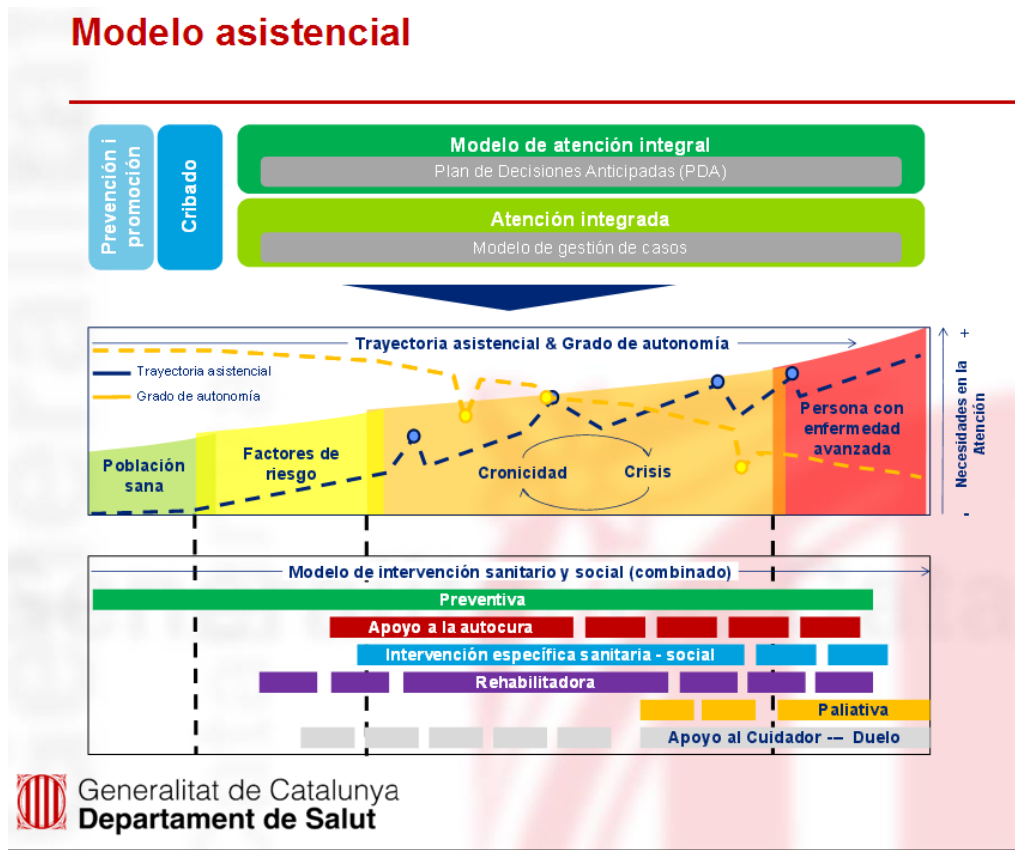
- 1) Mejorar la calidad de vida y satisfacción percibida del paciente, la familia y el cuidador.
- 2) Educar y corresponsabilidad al ciudadano en la gestión de su salud y de la cronicidad.
- 3) Adecuar los servicios para ofrecer una atención integrada al paciente crónico.
- 4) Adecuar los recursos a las necesidades sociales y sanitarias para contribuir a la mejora de la eficiencia del sistema.
- 5) Garantiza una atención correcta en cada situación a lo largo de la trayectoria vital del paciente.
- 6) Adecuar y mejorar las competencias de los profesionales en la gestión de las enfermedades crónicas.
- 7) Obtener buenos resultados en salud.
- 8) Mejorar las transiciones de los diferentes ámbitos de atención del sistema sanitario y social
- 9) Disminuir o retardar la institucionalización del paciente, manteniendolo en la comunidad
- 10) Evitar procesos de hospitalización innecesarios

El esquema conceptual del PPAC se puede ver en la siguiente figura, que ya es famosa, porque resume muy bien el cambio de enfoque que propone, basado en la estratificación de la población y la adecuación de los niveles de atención, atendiendo la previsible trayectoria vital de las personas:



Con la siguiente figura, menos conocida, pero igualmente ilustrativa, se resume también la propuesta de modelo asistencial planteada por el Programa, en línea con los anteriores comentarios:

Modelo asistencial



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Por último, y recuperando la visión amplia de la reforma, hay tres ejes estratégicos transversales a todas las actuaciones derivadas del PPAC, con un impacto potencial muy alto sobre el sistema:

- La coordinación de los departamentos de Salud i de Benestar Social i Família,
- La reformulación del modelo de compra y pago, y
- La implicación de los TIC

El primer punto está ampliamente comentado, y tan sólo dejaremos un último comentario por el final de este documento. El segundo punto es quizás el elemento en el que más se fijan los gestores de recursos proveedores de servicios asistenciales (con una mezcla de curiosidad, ilusión, y pánico) y lo que probablemente genere más discusiones políticas (con "p" minúscula) en los próximos años. Del tercer eje no se ha hablado en este Dossier, por dos motivos: la prioridad de centrarse en lo que tiene que ver con el ámbito social, y la incompetencia en la materia de quien escribe estas reflexiones. Pero sería un grave error finalizar este resumen de lo que es la reforma de la cronicidad sin hacer hincapié en dos cuestiones cruciales relacionadas con las TIC:

- Las TIC deben tener un papel absolutamente esencial y prioritario en la reforma del sistema, porque ofrecen (potencialmente) un fenomenal ganancia en eficiencia en casi todas las líneas de trabajo, y al que sería incomprensible renunciar.
- Las TIC son una herramienta²⁴ que requiere un importante esfuerzo inversor, que hay que hacer cuanto antes. Llegar tarde es apostar por desplazar en el tiempo la obtención de los réditos de la reforma, que todos sitúa en el medio plazo. Sería bueno tener muy presente esta necesidad de destinar excepcionalmente durante unos años suficiente dinero a la inversión en TIC. Cualquier presupuesto que no contemple esto es un presupuesto "para ir tirando", pero no para implementar la reforma de manera decidida. Y eso en las circunstancias actuales es un gran problema, porque implica hacer esfuerzos aún más importantes en la contención del gasto corriente. Deberíamos haber hecho más esfuerzo en épocas mejores²⁵.

En cuanto al papel, de nuevo, del ámbito social en la reforma, a continuación transcribimos un fragmento del texto correspondiente al modelo conceptual del PPAC, que vale la pena destacar:

"La participación del Departamento de Bienestar Social y Familia es clave para establecer redes integradas de coordinación y colaboración entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, especialmente en los pacientes que concurren cronicidad y dependencia.

Los servicios sociales permiten abordar aspectos como la situación socioeconómica del ciudadano y su entorno familiar, así como las necesidades del cuidador. La implicación y coordinación con estos servicios permitirá abordar la cronicidad en su globalidad. Es por ello que el PPAC debe ir un paso más allá del Programa "Vida a los años" y lograr tener una identidad propia que permita abordar la cronicidad de manera homogénea y equitativa por parte de los 2 Departamentos de la Generalidad. Es de vital importancia que los profesionales sanitarios y sociales aborden el reto de la cronicidad bajo una misma estrategia, conjunta, coordinada e integrada. "

Queda bastante claro que en el mundo social esto le afecta. En primera persona. Y requerirá ayuda. Un simple ejemplo, en palabras del máximo responsable del PPAC, el Dr. Albert Ledesma: " El mundo social necesita ayuda para dar respuesta conjunta en tiempo e

²⁴ A veces, pero, hace falta advertir también a sus entusiastas que son tan solo, o prioritariamente, una herramienta.

²⁵ Según la Sociedad Española de Informática de la Salud, el gasto en TIC es un 1,25% del total, y ha disminuido fuertemente en los últimos años en Europa este dato ronda entre el 3% y el 6%.

intensidad adecuadas a PCC o MACA (Pacientes Crónicos Complejos, o Enfermos Crónicos Avanzados, los pacientes en situación de mayor complejidad) que reciben el alta hospitalaria, porque a menudo este desequilibrio en la respuesta lleva a descompensaciones y reingresos". A menudo sucede que la falta de recursos, organización o respuesta a tiempo una vez un paciente ha recibido una alta hospitalaria para retornar a su entorno habitual, termina generando una reincidencia o agravamiento de los problemas médicos de aquel individuo. Se atienden deficientemente las necesidades de la persona, y acaba de rebote generando más gasto sanitario, innecesaria si se hubieran articulado las respuestas adecuadas en términos de coordinación entre los recursos sociales y sanitarios (y suficiencia de los mismos, como es evidente).

Tal como la Taula del Tercer Sector manifestó al Gobierno recientemente: "La construcción de escenarios de cooperación entre los ámbitos social y sanitario es un reto necesario que redundará en favor de todos los actores. Es beneficiosa para la ciudadanía, las personas mayores, las personas con enfermedades crónicas o en situación de dependencia (circunstancias que concurren en la mayoría de casos), que deben tener la oportunidad de acceder a una atención integral adaptada y centrada en sus necesidades personales. Es beneficiosa para el sistema sanitario, para asegurar su mejor efectividad y la eficiencia de sus actuaciones en términos de resultados poblacionales, a menudo mermada por la falta de consideraciones sociales en sus procedimientos, y para colaborar en la búsqueda de su sostenibilidad económica, ahora comprometida. Y en tercer lugar, es beneficiosa para el ámbito social, ya que casi siempre la falta de cooperación y de coordinación entre los sistemas sanitario y social tiene como consecuencia un problema de equidad en el acceso a los servicios, que sufren los colectivos más vulnerables de la sociedad".

6. Propuestas concretas para hacer realidad el cambio: un primer decálogo

A continuación se muestra una serie de propuestas de acción concretas que creemos necesario llevar a cabo a corto plazo. No es una lista exhaustiva ni cerrada, dado que la formulación completa y rigurosa de este plan de acción debe ser en todo caso colectiva, y en cualquier caso supera las capacidades de quien redacta este informe. Pero sí pretende recoger con cierta globalidad lo que creemos que habría que hacer para conseguir que la reforma ponga en marcha con verdadera fuerza, y con menos riesgos de sufrir marchas atrás, dilaciones (o diluciones), o cualquiera de los riesgos habituales que cualquier iniciativa de reforma importante que afecta a intereses sólidamente establecidos puede sufrir:

- 1) Dotar a la reforma de un liderazgo único, social y sanitario, y con poder real, que emane de las más altas instancias del Gobierno, que otorgue más credibilidad a la voluntad reformadora. El Programa de prevención y atención a la cronicidad, y el nuevo Plan Interdepartamental de interacción social y sanitaria²⁶, deben liderar la transformación propuesta. Pero se necesitan cambios en la concepción de este último, y dotarlo de más ambición y voluntad de aplicación práctica. Se necesita un liderazgo único, el poder de actuación del que emane de las más altas instancias del Gobierno, probablemente desde la propia Presidencia. Sólo un modelo como éste reconoce la complejidad política de la reforma, y garantiza por

²⁶ ACORD GOV/120/2013, de 3 de septiembre, por el cual se crea el Plan interdepartamental de interacción de los servicios sanitarios y sociales. Una buena iniciativa falta de una formulación más ambiciosa, después de 2 años de funcionamiento del PPAC, como la misma Taula del Tercer Sector Social ha puesto de manifiesto.

tanto que el liderazgo de la misma pueda superar las inevitables contradicciones y contraposiciones de intereses inmediatos (y legítimas) que surgirán entre los diversos actores, especialmente entre los dos Departamentos de la Generalidad más directamente involucrados en la reforma. Este cambio, además, facilitaría mucho más el trabajo con el tercer ámbito (muy diferente) que debe estar involucrado en la reforma: el de los poderes locales, los ayuntamientos, consejos comarcales, diputaciones y consorcios.

- 2) Generalizar el uso de la estratificación de la población por morbilidad, pero también en base a determinantes sociales, como la dependencia, discapacidad, nivel de renta, etc. Para hacer esto, hay que desarrollar más nuestros sistemas de información, y que los ámbitos social y sanitario los compartan: debemos llegar a disfrutar de una única historia individual, social y sanitaria. Además, debemos disponer de un único organismo que trate estos datos y los ponga a disposición de todos.
- 3) Distribuir los recursos (considerando aquella estratificación) otorgándoles a cada territorio de forma global para prestar servicios sociales y sanitarios. Para hacerlo, hay que dotarse de una planificación unificada, de un modelo de compra de servicios que contemple los objetivos de forma compartida, y de indicadores y evaluación de resultados hecha desde el sistema de información compartido.
- 4) Revisar y probablemente normalizar los criterios de acceso a las prestaciones sociales en todo el país, a fin de mejorar su eficiencia, pero también su equidad: una vez detectadas las diferentes necesidades de las poblaciones del territorio, que no estarán distribuidas homogéneamente, hay que responder adecuadamente con un acceso flexible a las prestaciones de servicio y económicas del sistema de servicios sociales, que los criterios de otorgamiento de las cuales permita. Para hacerlo, será necesario también disponer de sistemas de evaluación de impacto y de resultados, que probablemente debería confeccionar un ente externo al propio proveedor o prestador del servicio.
- 5) Modelar el servicio asistencial único, social y sanitario, para las personas con complejidad y dependencia o insuficientes recursos, y extenderlo en su aplicación.
- 6) Garantizar que el servicio ofrecido a las personas tenga un acceso único, y una respuesta única y simultánea generada en base a las necesidades, factores contextualizadores (casi siempre de carácter social), priorizando según necesidad y grado de criticidad del caso. Un ejemplo de ello lo proporcionaba el propio Dr. Ledesma en su mencionada comparecencia parlamentaria del 3/ 10: una señora mayor que ha sido operada de fractura de cadera, necesita tener a su disposición inmediatamente después del alta hospitalaria, un soporte domiciliario durante una temporada. Es simplemente una parte más del "postoperatorio", sólo que de carácter social, hay que entenderlo, eso. Carencias de sincronía, listas de espera para acceder a esta prestación social, costes de gestión y trámite, etc, todos estos problemas habituales no pueden producirse, y se han de reasignar los recursos que sean necesarios para evitarlo.
- 7) Promover el trabajo conjunto social y sanitario en atención primaria, resolviendo las ineficiencias, las dificultades de acceso y las barreras y resistencias profesionales entre colectivos de los dos ámbitos.
- 8) En los centros residenciales para personas mayores hay que garantizar un modelo de atención, al igual que en el domicilio particular de las personas, provisto desde la atención primaria de salud. Aplicado de forma progresiva, considerando situaciones particulares y garantizando la atención de calidad y con los resultados

esperados en la evaluación. Estos centros deben acceder a los sistemas de información ya otros instrumentos comunes que faciliten la atención a los residentes.

- 9) Una vez cubierta la necesidad anterior, se necesitan reformas normativas que liberen a los centros residenciales y sus usuarios de la obligación de hacerse cargo del coste de la atención médica.

- 10) Reordenar la larga estancia sociosanitaria, reservando para los centros de carácter más sanitario los pacientes que verdaderamente requieran dispositivos asistenciales específicamente sanitarios, y potenciar decididamente (asignando los recursos necesarios) los centros residenciales para absorber con garantías gran parte de los usuarios que ahora configuran la larga estancia sociosanitaria. Quizás habría incluso buscar un nombre más apropiado para los centros sanitarios, que no dé lugar a confusión, como hospitales de crónicos y de rehabilitación.

Para consolidar esta reforma, finalmente, deberá garantizarse también su estabilidad legislativa y competencial, para evitar así incertidumbres, indefiniciones, paros o alteraciones que puedan afectar al desarrollo de esta estrategia.

Por último, e introduciendo el último mensaje que queremos transmitir en este informe, a su siguiente punto, transcribimos una acertada frase pronunciada hace unos meses por un reconocido experto en el análisis de sistemas de protección social, el economista Guillem López Casasnovas²⁷: "la mayor ineficiencia es ser eficiente en una actividad absurda". Coincidimos con él que en estos momentos hay que revisar mucho más el "porqué" de ciertas actividades, más que el "qué", el "quién", o el "como" éstas se hacen. Y es que ahora nos falta debatir y ponernos de acuerdo en cuanto a los objetivos, a los fines, más que sobre los medios.

²⁷ Conferencia "Repensando el Estado del Bienestar", pronunciada el pasado 7 de junio de 2013, en el Monestir de Poblet (Tarragona).

7. Nota final: los fines de la medicina

Antes hemos escrito que "es imprescindible adoptar una visión conjunta de todos los recursos disponibles, y ponerlos a disposición de la finalidad". Y podríamos preguntarnos: ¿cuál es la finalidad? En los años noventa del siglo pasado, el prestigioso centro de investigación en bioética The Hastings Center, de Nueva York (EEUU), reunió un equipo de estudiosos internacionales de hasta 14 países con el objetivo de emprender un ambicioso estudio sobre los fines de la medicina, que duró cuatro años. Para tratar los temas, cada país creó sus propios grupos de trabajo, compuestos por profesionales de la medicina, la biología, el derecho, la filosofía, la teología²⁸, la política sanitaria, la administración, la política general y la salud pública. "El progreso de la ciencia médica y la biotecnología y el aumento de las necesidades humanas, unido a la escasez de recursos para satisfacerlas habían producido un cambio radical que obligaba a pensar de nuevo si entendemos la medicina en sus términos adecuados²⁹".

Como dice el informe, de lectura muy recomendada, en su introducción: "La respuesta más común a estos problemas ha sido de naturaleza esencialmente técnica o mecánica. Se perciben y abordan como si se tratara de una crisis administrativa u organizativa que reclama reformas en los métodos de financiación y prestación, en cambios políticos y burocráticos y en más investigación y mejores mecanismos para evaluar tecnologías médicas. El discurso reformista suele estar dominado por debates sobre el papel del mercado, la privatización, la existencia o carencia de incentivos, el control del gasto y el análisis coste-beneficio y, la centralización – descentralización..." "...Como respuestas al problema son comprensibles, e incluso valiosas, pero resultan insuficientes, pues se centran principalmente en los medios de la medicina y la asistencia sanitaria, y no en sus fines y objetivos. Irónicamente, el vigor del debate técnico ha servido para enmascarar la pobreza del debate sobre las metas y el rumbo de la medicina". Preguntas como: " hasta donde debe llegar la medicina a la hora de prolongar una vida que se apaga? ", "Es la medicina necesariamente enemiga del envejecimiento y la muerte?" "Qué significará para una persona conocer desde su infancia su predisposición a desarrollar enfermedades cardíacas de aparición tardía, o Alzheimer?", "Dónde está el territorio legítimo de la medicina y dónde está el límite de la medicalización?", son muy pertinentes.

Como nos recuerda Victoria Camps:

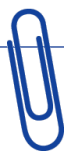
"...porque hoy la ciencia médica es más potente, hay que plantearse seriamente la pregunta de si debe hacer todo lo que técnicamente puede hacer, si el objetivo de recuperar la salud y evitar la muerte no es ya demasiado simple o irreal. Puesto que la condición humana es inseparable de la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y, por fin, la muerte, una práctica médica adecuada a esta condición debe comenzar por aceptar la finitud humana y enseñar o ayudar a vivir en ella".

Si tuviéramos que hacer un resumen muy sintético, en una frase, de esa investigación, diríamos que los objetivos de la medicina deberían ser prevenir, cuidar y curar. Podemos decir que una buena reforma para la cronicidad ayudaría a recuperar el equilibrio en entre estos tres objetivos.

²⁸ A quién haya sorprendido este hecho, vale la pena recordarle que recientemente una encuesta ha puesto de manifiesto que el 88% de las personas en el mundo dicen tener creencias religiosas, en el año 1970 eran el 82%.

²⁹ Victòria Camps, presentación de "Los fines de la medicina", Quaderns de la Fundació Víctor Grifols, nº11, 2004. Disponible en línea a:

<http://www.fundaciogrifols.org/portal/ca/2/7353/ctnt/dD10/ / /5v5/11-Els-fins-de-la-medicina-The-Goals-of-Medicine-.html>



**Dossiers
del Tercer
Sector**

Autor: Lluís Viguera Espejo

Podeu trobar més dossiers a:
www.tercersector.cat