

Hacia una respuesta innovadora y sostenible frente a la cronicidad

Autor | Roberto Nuño Solinís. Presidente del Comité Científico III Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. Director de O+berri, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria

El debate sobre la cronicidad está madurando. No estamos ante una moda, ni un capricho o afán de notoriedad pasajero; ni tampoco ante un ataque a un Sistema Nacional de Salud. La reforma de hondo calado que se plantea para nuestro sistema de provisión obedece al hecho de que podemos mejorar la calidad de la atención y cuidado a los pacientes crónicos, avanzar en la prevención de la cronicidad y contribuir a la sostenibilidad del sistema haciendo algunos cambios fundamentales al modelo pero sin comprometer los principios básicos del mismo.

En este mes de mayo se va a celebrar en Donostia-San Sebastián el III Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico que recoge el testigo de las ediciones precedentes que tuvieron lugar en Toledo en 2008 y en Santiago de Compostela en 2010. Encuentros que sirvieron para sensibilizar sobre las necesidades de atención y cuidado de los pacientes crónicos y para mostrar un número creciente de iniciativas en la materia a lo largo y ancho del territorio español.

Esta tercera edición pretende seguir impulsando el aprendizaje, aportando nuevos puntos de vista, profundizando en esta área de conocimiento, difundiendo buenas prácticas y, sobre todo, contribuyendo a la construcción de respuestas innovadoras. El mayor potencial innovador está en el ámbito donde se presta el servicio y se interactúa con el paciente, y es ahí donde asumen el mayor protagonismo los profesionales de la salud. De esta manera, los clínicos se convierten en agentes de cambio principales en el avance hacia un modelo que responda de mejor manera a las necesidades de los pacientes crónicos. Un cambio de este calado no puede presentarse como un plato ya cocinado a la mesa de los profesionales del sector dejándoles "participar" sólo en el aliño. Clínicos, ges-



Roberto Nuño Solinís

tadores, responsables políticos y pacientes han de estar en la cocina desde el principio. Para ello, es necesario un modelo de liderazgo compartido en el que el liderazgo clínico pueda desplegar todo su potencial, para lo cual resulta necesario un liderazgo facilitador a nivel directivo, que configure contextos apropiados para la colaboración y la experimentación, y, provea recursos necesarios para el cambio y para la creación de las capacidades necesarias.

Afortunadamente, 2011 se presenta como un año prometedor para ese ciclo virtuoso de innovación en el que las iniciativas que emerjan desde los clínicos y las que se promuevan desde los responsables sanitarios tengan un refuerzo mutuo. Buen ejemplo de ello es la alianza entre médicos de familia e internistas que, a partir de su visión generalista y de su abordaje del paciente de forma integral, han tendido

puentes en su trabajo poniendo al paciente en el centro de sus procesos de atención. En esta línea, diversas iniciativas innovadoras centradas en pacientes frágiles y pluripatológicos han servido de referente para un planteamiento más generalizado.

Así, la Conferencia Nacional para la Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas celebrada en enero de 2011 en Sevilla y convocada al alimón por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) es una base sólida como germen de cambio y modelo de alianza multiagente. Esta iniciativa que ha contado con colaboración del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, y de las Consejerías y Servicios de Salud de la Junta de Andalucía, de la Comunidad Valenciana y del País Vasco, se ha plasmado en la Declaración de Sevilla, un documento

de consenso destinado a facilitar el desarrollo de Planes Integrales para la Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas. Este documento lo han respaldado desde las autoridades sanitarias de todas las comunidades autónomas y un conjunto amplio de sociedades científicas y asociaciones de pacientes. Los aspectos esenciales de la declaración son la promoción de un sistema de atención basado en la prevención como eje fundamental, con énfasis en la integración clínica, la continuidad asistencial y la intersectorialidad contribuyendo a reforzar el paradigma de un paciente informado y comprometido que asume el protagonismo en el manejo de su enfermedad. Para ello, se priorizan tres áreas estratégicas a desarrollar: impulso a las actividades comunitarias, mejora de los circuitos organizativos y generalización de sistemas de información y evaluación.

No estamos ante una moda, ni un capricho o afán de notoriedad pasajero. Ni tampoco ante un ataque a un Sistema Nacional de Salud que es bueno, bonito y barato en términos comparativos internacionales; y, además, es un ejemplo de modernización y eficiencia frente al resto de la administración pública de este país. La reforma de hondo calado que se plantea para nuestro sistema de provisión obedece al hecho de que podemos mejorar la calidad de la atención y cuidado a los pacientes crónicos, avanzar en la prevención de la cronicidad y contribuir a la sostenibilidad del sistema haciendo algunos cambios fundamentales al modelo pero sin comprometer los principios básicos del mismo. Estos cambios no son demasiado sofisticados en su concepción, pero sí muy complejos en su ejecución, dada la historia, cultura, inercia y equilibrios de poder que sustentan el modelo actual.

Estamos a tiempo para emprender esta transformación y, pese a la coyuntura de crisis económica este cambio la trasciende, ya que contribuye a la sostenibilidad del sistema. Hablamos de una reforma estructural que acometemos con cinco o seis años de retraso respecto a algunos sistemas de salud anglosajones y escandinavos, pero que podemos llevar a cabo con mayor premura, agilidad y profundidad que muchos de ellos si

arraigamos el cambio en las fortalezas de nuestro modelo, como son: la Atención Primaria, los sistemas de información y la capacitación de los profesionales, junto con los principios fundacionales del mismo que deberían permanecer invariables.

La reforma del sistema de provisión pasa por dejar de transitar por la senda de la fragmentación, de la respuesta reactiva y del peso excesivo del medio hospitalario y empezar a caminar por la ruta de la integración, la proactividad, y el desarrollo del medio comunitario.

El logro de una atención integrada y centrada en el paciente requiere una profunda reingeniería de los procesos de atención, apoyada en el uso intensivo de TICs y en la modulación de los incentivos en esa dirección. Hablamos de integración y no de coordinación porque estimamos insuficiente mejorar la comunicación y la colaboración manteniendo procesos fragmentados, hay que rediseñar los procesos de atención e integrarlos como fuente de mejoras de calidad y eficiencia. Más allá de las diversas formas organizativas que se adopten: sistemas integrados locales, redes virtuales, manejo integrado de poblaciones diana específicas, etc., lo relevante es la integración clínica y funcional que se alcance. Este avance hacia una atención

sanitaria integrada es un objetivo realista en un horizonte relativamente cercano si se aúnan esfuerzos y compromisos en los ámbitos profesionales y políticos. Es, también, un avance hacia una más ambiciosa y compleja integración con los servicios sociales.

El logro de estos cambios y mejoras fundamentales requiere satisfacer algunas premisas básicas, como ser conscientes de que llevar a cabo el cambio es un trabajo en sí a realizar por sus protagonistas cotidianos, que requiere recursos y paciencia, y que se desarrolla en una cultura especí-

fica. Es de vital importancia atender a las variables culturales y adoptar un enfoque de implementación claro, pero también no descuidar los aspectos duros tradicionales de la gestión del cambio, como es la dedicación de recursos adecuados a la concepción y ejecución de los cambios. Las iniciativas de cambio más fructíferas muestran un conjunto equilibrado y armónico entre estos aspectos duros y blandos de la gestión del cambio.

En definitiva, la consecución de estos cambios beneficiosos en el sector sanitario requiere una cultura de confianza, de compromiso, de intercambio abierto de conocimiento, no de imposición. Los valores profesionales, la interacción cotidiana con pacientes y la respuesta a sus necesidades son fuente de motivación y mejora de los profesionales de primera línea. Esta cultura basada en la confianza permite una gestión más efectiva, alienta la innovación y hace emerger una tupida malla de interrelaciones, que favorece una retroalimentación positiva de la organización y su entorno.

La reforma del sistema de provisión pasa por dejar de transitar por la senda de la fragmentación y empezar a caminar por la ruta de la integración, la proactividad, y el desarrollo del medio comunitario

Estos cambios organizativos han de venir acompañados con innovaciones en el campo de la responsabilización de los ciudadanos sobre su salud y en las estrategias preventivo-promocionales, actuando de forma proactiva sobre los factores que influyen

en el desarrollo de las patologías crónicas. Iniciativas con un impacto considerable en términos socioeconómicos y de salud.

La contribución sinérgica de las palancas de cambio mencionadas frente a los retos de la cronicidad y la polipatología se configura como una innovación social de amplio alcance en la que no sólo nos jugamos la salud, sino también el bienestar y la riqueza. En un contexto en el que los términos competitividad y productividad salen tantas veces a colación, sorprende la escasa atención que se presta a este campo ■