

# **Papel de las SSCC en la Gestión Clínica: Visión desde la Medicina Interna**

**I Jornada FACME sobre Gestión Clínica: Los médicos y la  
Gestión Clínica  
Madrid 10 de Junio de 2014**

**Dr Antonio Zapatero Gaviria  
Vicepresidente de SEMI  
Jefe de Servicio Medicina Interna Hospital  
Universitario Fuenlabrada  
Profesor Titular Departamento de Medicina URJC**

# CONFERENCIA NACIONAL PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Sevilla, 20 de enero de 2011

## DOCUMENTO DE CONSENSO



Ciudadanos, Profesionales y Administraciones  
Una alianza para el paciente crónico



LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA



Sociedad Española de Medicina  
de Familia y Comunitaria

# Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud

## **COMITÉ TÉCNICO**

### **Coordinación Científica**

Carmen Ferrer Arnedo. Grado en Enfermería y Diplomada en Fisioterapia. Directora Gerente Hospital Guadarrama, Madrid

Domingo Orozco Beltrán. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Alicante-Cabo Huertas. Unidad Investigación Departamento San Juan

Pilar Román Sánchez. Especialista en Medicina Interna. Jefa de Servicio de Medicina Interna. Hospital de Requena, Valencia

La organización actual de los servicios, centrados en la resolución de patologías agudas, favorece una atención episódica de los problemas de salud con un enfoque curativo, valorando poco los aspectos preventivos, la perspectiva de los cuidados y la responsabilidad de las personas sobre los mismos. Existe, además, variabilidad no justificada en la atención prestada a pacientes con características clínicas similares y se realizan intervenciones que no aportan valor en términos de mejora en los resultados de salud. La falta de coordinación entre niveles de atención sanitaria (Atención Primaria-Atención Especializada) y entre el sistema sanitario y social es uno de los principales condicionantes de la ineficiencia en la provisión, desarrollo y gestión de los recursos disponibles y conduce a que los servicios no se presen-ten en el nivel más adecuado y por el profesional más idóneo.

El sistema sanitario no puede ofrecer solamente un seguimiento y unos cuidados discontinuos a los pacientes con enfermedades crónicas, ligados en general a las agudizaciones o descompensaciones de sus patologías. El abordaje de la cronicidad requiere fomentar el **trabajo en equipos interdisciplinarios**, formados por los diferentes profesionales de los servicios sanitarios y sociales implicados en la atención a estos pacientes, que garanticen la **continuidad en los cuidados** con la máxima participación del paciente y de su entorno.

# VI

**Congreso Nacional  
de Atención Sanitaria  
al Paciente Crónico**

**I Conferencia Nacional de  
Pacientes Activos**

**Continuidad asistencial:**

**Compartir para avanzar**

**27-29 Marzo 2014  
Hotel Barceló Renacimiento  
Sevilla**





# VII Reunión de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada

20 y 21 de Junio 2014  
Colegio de Médicos de Málaga  
- Málaga -



# PLAN ESTRATÉGICO DE LA SEMI 2013-2016

FEB. 2013 – JUN. 2013

| Nivel 0                | Denominación                          |
|------------------------|---------------------------------------|
| Proceso Estratégico 1  | Impulsar la docencia                  |
| Proceso Estratégico 2  | Fomento Asistencia paciente cronico   |
| Proceso Estratégico 3  | Fomento de la investigación           |
| Proceso Estratégico 4  | Fomento de la comunicación            |
| Proceso Estratégico 5  | Fomento de relaciones internacionales |
| Proceso Estratégico 6  | Relaciones con la administración      |
| Proceso Estratégico 7  | Mejorar relaciones con la industria   |
| Proceso Estratégico 8  | Potencial modelos asistenciales       |
| Proceso Estratégico 9  | Relaciones con Soc. Científicas       |
| Proceso Estratégico 10 | Relaciones con Asociaciones Pacientes |
| Proceso Estratégico 11 | Revista de medicina interna           |





# UNA TRANSFORMACION DEL ACTUAL MODELO ASISTENCIAL

## DE ESTRUCTURAS



- Estructuras y servicios sanitarios
- Fragmentado
- Reactivo, episódico
- Paternalista
- Acceso presencial
- Liderazgo vertical
- Financiación de estructuras

## A SISTEMA



- PACIENTE: organizado en torno a él.
- Valor salud
- Continuidad y coordinación asistencial
- Proactivo en la atención
- Paternalista
- Paciente responsable y emponderado en el conocimiento y gestión de su enfermedad.
- Acceso mixto
- Liderazgo descentralizado
- Financiación de resultados

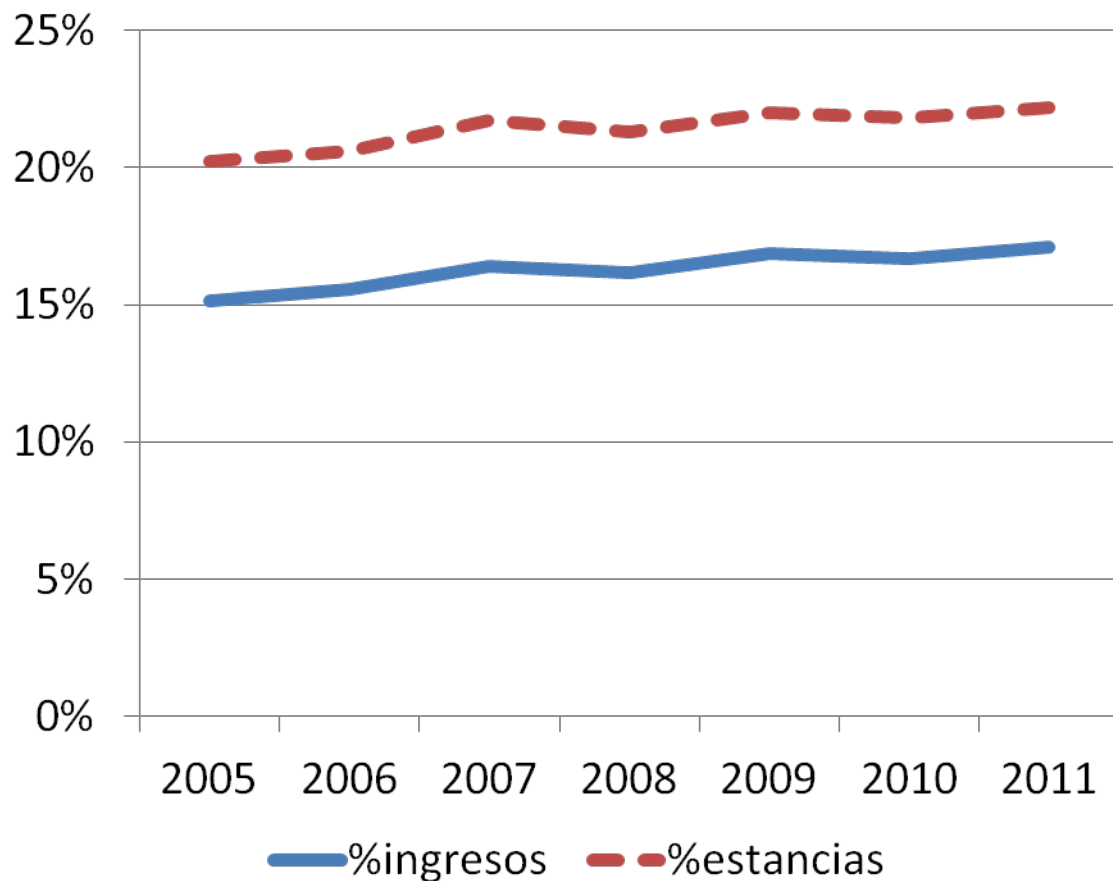
Por tanto, ¿hay margen de maniobra si se identifica un modelo asistencial diferente? **La respuesta es afirmativa: EXPLORANDO LA TRANSFORMACIÓN DEL ACTUAL MODELO ASISTENCIAL.** “No es posible realizar medicina del siglo XXI con el chasis de 1.970”. Un médico que hubiera desarrollado su trayectoria profesional en los años 50 ó 60, hoy se sorprendería de los avances que se han realizado a nivel clínico y prácticamente no reconocería el nuevo contexto. Sin embargo, reconocería perfectamente la organización del sistema, porque ésta apenas ha cambiado.

**¿Qué pasa en Medicina  
Interna?**

# Evolución en 7 años...

|                        | 2005   | 2006   | 2007   | 2008   | 2009   | 2010   | 2011   |
|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| <b>Exitus</b>          | 10,30% | 9,50%  | 9,90%  | 9,90%  | 9,85%  | 9,90%  | 10,30% |
| <b>% urgencias</b>     | 93,40% | 92,10% | 92,20% | 92,60% | 92,50% | 93,10% | 93,0%  |
| <b>Edad media</b>      | 70,8   | 70,5   | 71,2   | 71,8   | 71,9   | 72,4   | 73,1   |
| <b>Edad mediana</b>    | 75     | 75     | 76     | 77     | 77     | 77     | 78     |
| <b>Estancia media</b>  | 10,1   | 9,8    | 9,8    | 9,7    | 9,5    | 9,4    | 9,1    |
| <b>Resp +Cardiac o</b> | 52,70% | 51,10% | 52,80% | 52,40% | 52,40% | 52,10% | 53,2%  |
| <b>% mujeres</b>       | 46,20% | 46,60% | 46,80% | 47,40% | 47,50% | 47,60% | 48,1%  |

# % altas y % estancias en MI respecto al total de altas de nuestro país

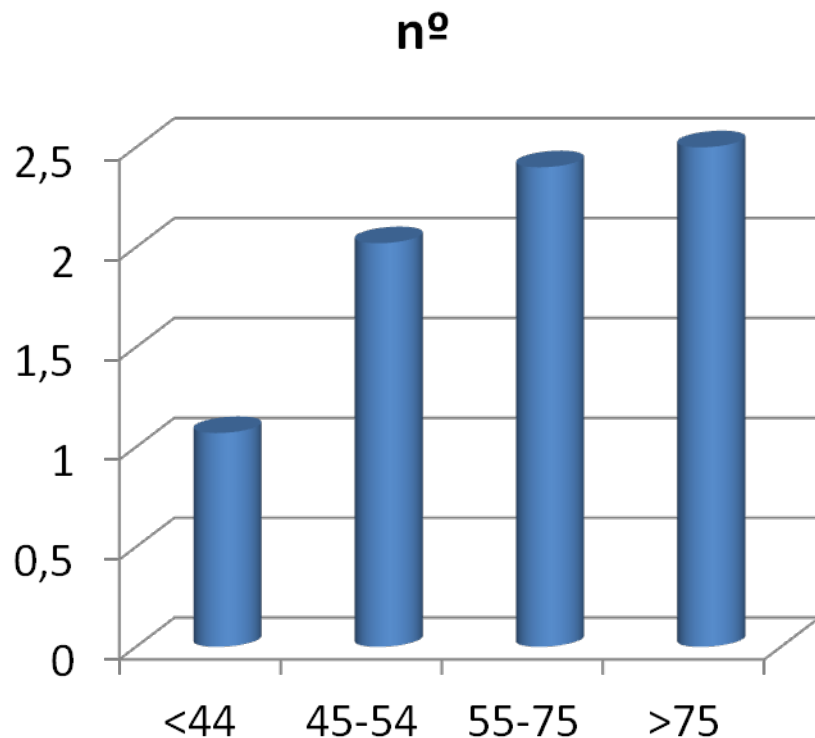


| %ingresos | %estancias |
|-----------|------------|
| 15,1%     | 20,2%      |
| 15,6%     | 20,6%      |
| 16,4%     | 21,7%      |
| 16,2%     | 21,3%      |
| 16,9%     | 22,0%      |
| 16,7%     | 21,8%      |
| 17,1%     | 22,2%      |

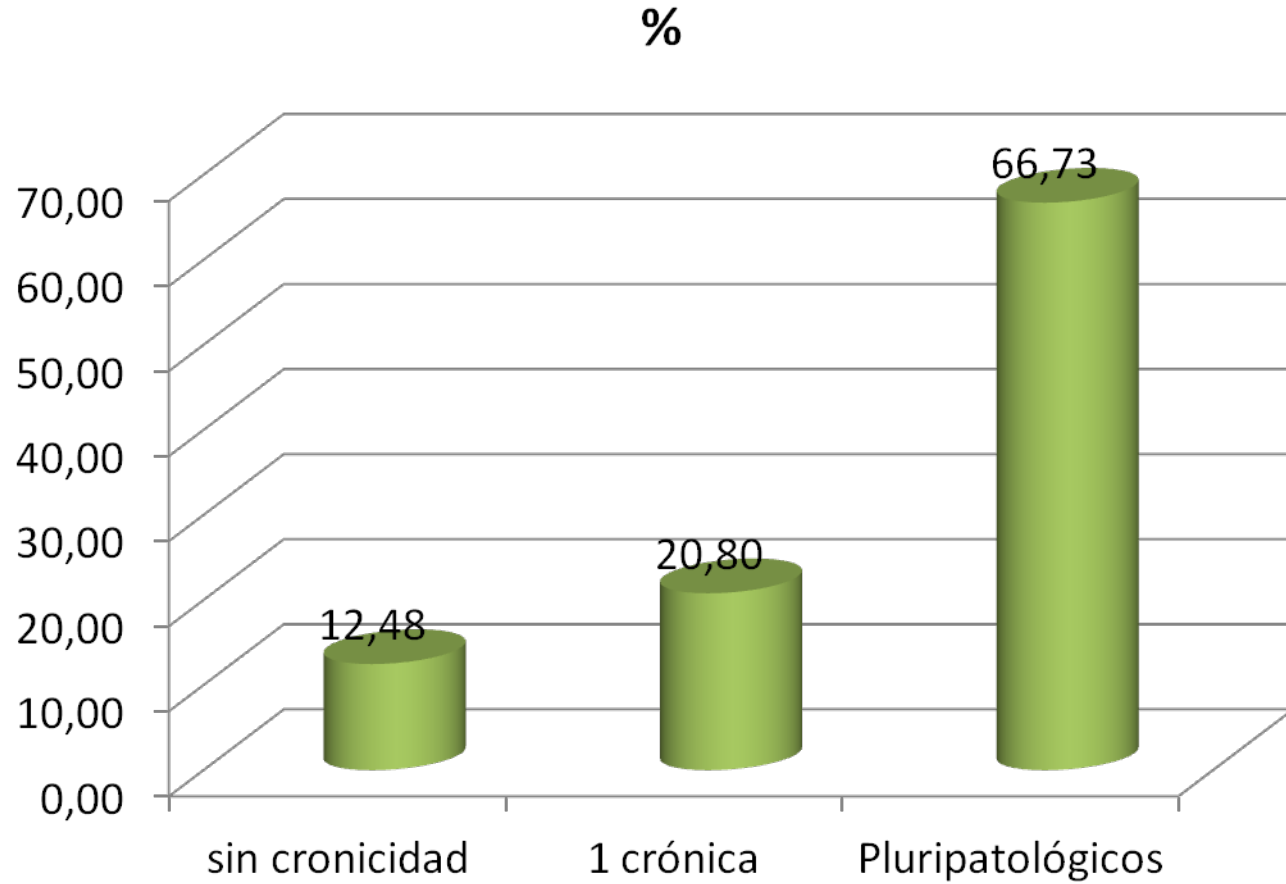


# Ingresos hospitalarios en medicina interna: enfermedades crónicas

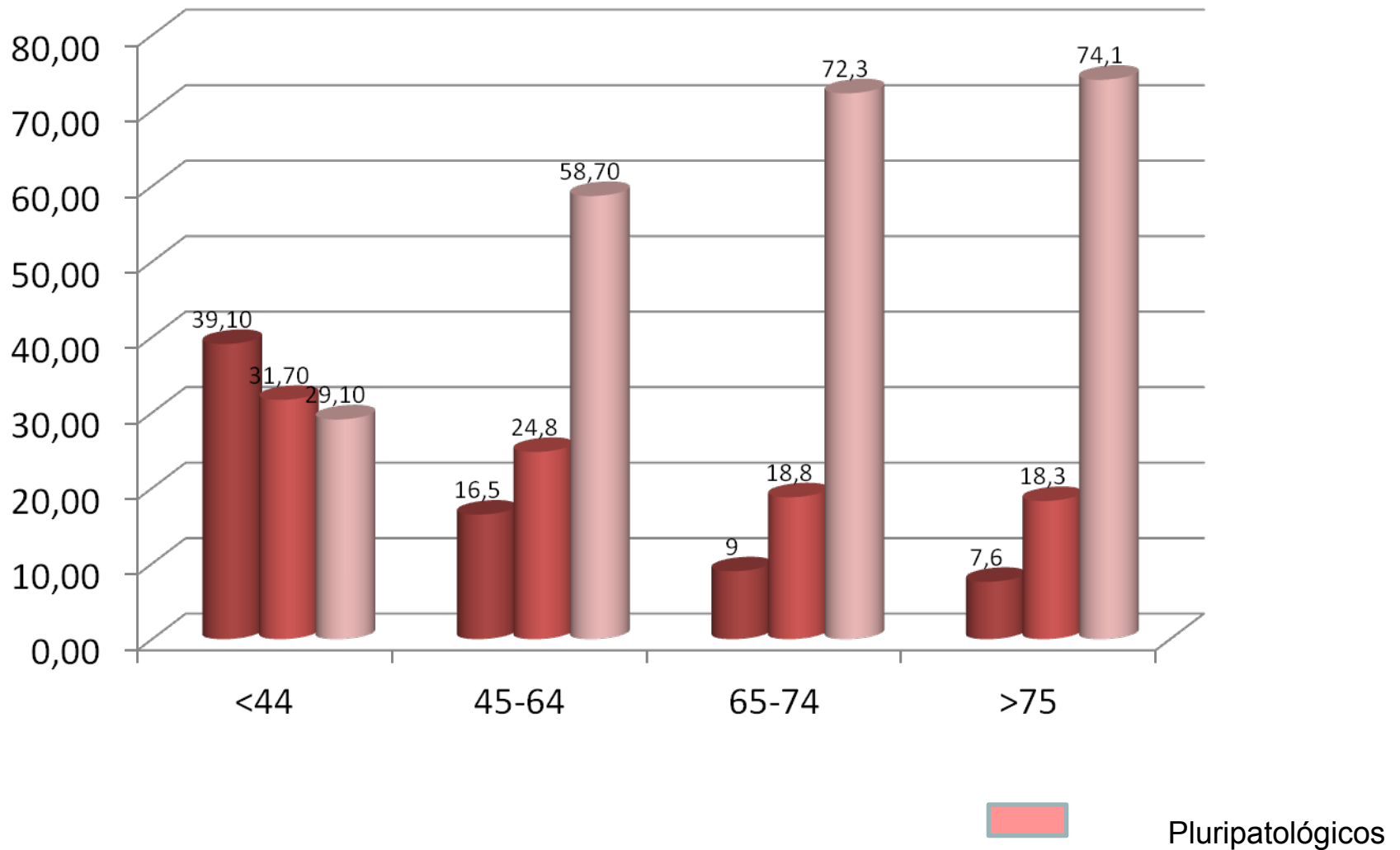
| Edad       | Nº enfermedades crónicas |
|------------|--------------------------|
| <44 años   | 1,07                     |
| 45-54 años | 2,02                     |
| 55-74 años | 2,52                     |
| >75 años   | 2,55                     |



# Crónicos en Medicina Interna

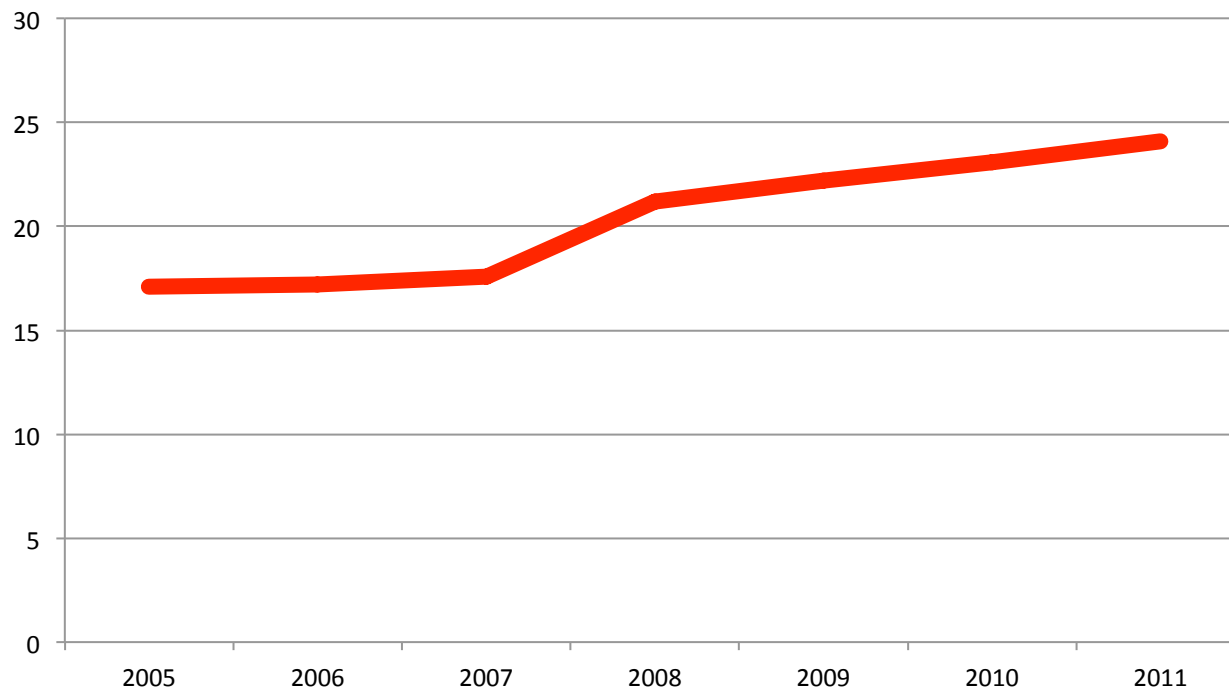


# Crónicos en Medicina Interna



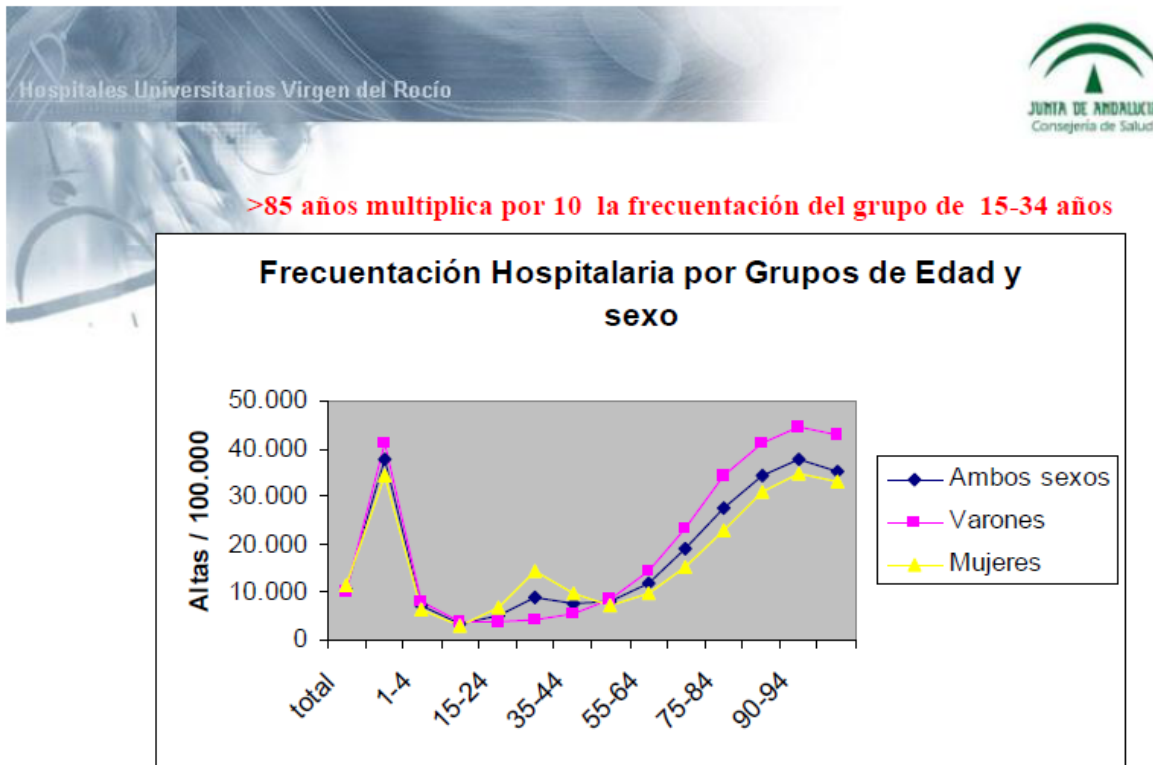
# Índice de Charlson

## CHARLSON >3



|      | CHARLSON >3 |
|------|-------------|
| 2005 | 17,1        |
| 2006 | 17,2        |
| 2007 | 17,6        |
| 2008 | 21,2        |
| 2009 | 22,2        |
| 2010 | 23,1        |
| 2011 | 24,1        |

# Ollero M. “Modelos de organización para pacientes crónicos complejos”. Sevilla 2009





## Ollero M. “Modelos de organización para pacientes crónicos complejos”. Sevilla 2009

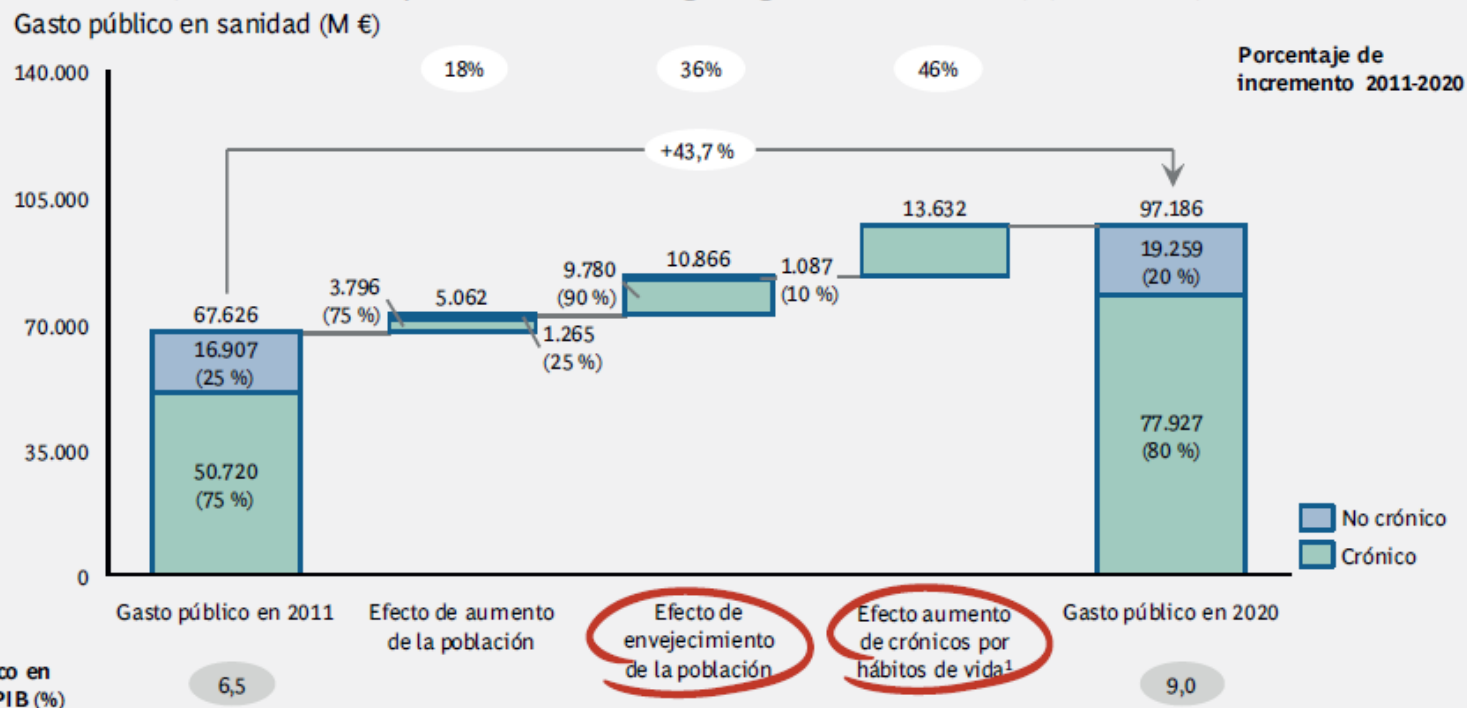
### **OMS: “Cronicidad el principal reto de salud para el siglo XXI”**



- ☐ Las enfermedades crónicas llegan a motivar:
  - ✓ el 80 % de las consultas a atención primaria
  - ✓ el 60% de los ingresos hospitalarios
  - ✓ el 70% del gasto sanitario
- ☐ La Organización Mundial de la Salud ha previsto que estas enfermedades crónicas serán la **principal causa de discapacidad en 2020.**
- ☐ Se estima que hacia 2030 se doblará la incidencia de enfermedades crónicas en mayores de 65 años.
- ☐ Si este problema no se aborda adecuadamente, consumirán la mayor parte de recursos de los sistemas sanitarios.

**Figura 5**

**Evolución estimada de la necesidad de recursos públicos en sanidad en España  
(escenario en el que no se realiza ninguna gestión de crónicos) (2011-2020)**



1. Se ha supuesto un aumento de la población crónica anual (en porcentaje) equivalente al experimentado por la diabetes en 1995-2006 derivado de un empeoramiento en los hábitos de vida

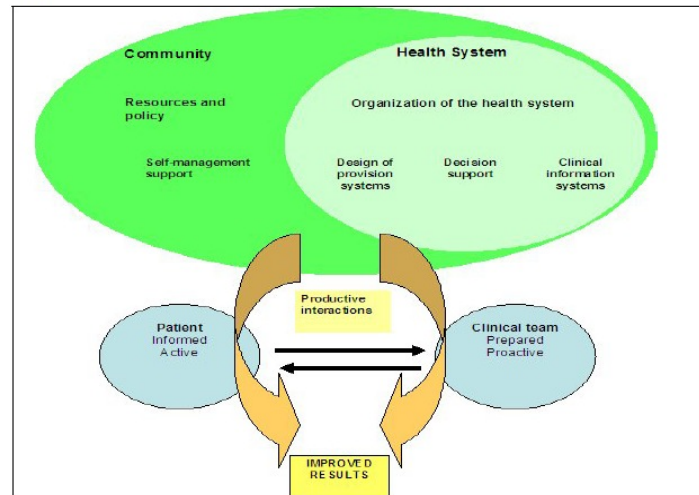
Nota 1: mantenimiento del gasto público por paciente de 2011 Nota 2: se ha asumido que el porcentaje de gasto público en 2011 debido a crónicos es equivalente al porcentaje de gasto en crónicos en público y privado

Fuente: OECD Health Data 2012; INE; Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP); Ministerio de Sanidad; Naciones Unidas; análisis BCG

# Modelo atención de crónicos

Uno de los principales modelos de crónicos de referencia internacional es el **"Modelo de Atención a Crónicos"** (The Chronic Care Model (CCM)) desarrollado por Ed Wagner y por colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle, en EE.UU..

**Figura 8. El Modelo de Atención a Crónicos**



Fuente: Ed Wagner y colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation

Este marco identifica seis elementos esenciales que interactúan entre sí y son clave para el logro de una óptima atención a pacientes crónicos. Se trata de:

- Organización del sistema de atención sanitaria
- Relaciones con la comunidad
- Apoyo y soporte al autocuidado
- Diseño del sistema asistencial
- Apoyo en la toma de decisiones
- Sistemas de información clínica

El fin último del modelo es que el encuentro clínico lo protagonicen pacientes activos e informados y un equipo de profesionales proactivo con las capacidades y habilidades necesarias, en pos de una atención de alta calidad, elevada satisfacción y mejora de resultados.

**Wagner EH. Managed care and chronic illness: health services research needs.**  
Health Serv Res. 1997;32:702-14.

# Modelos

- Existen varios modelos en la actualidad
- No está generalizado
- Identificar pacientes. Estratificación.
- Centrado en el paciente
- Coordinación con Médico de Familia, internista de referencia
- Enfermería hospitalaria y de familia (gestora y de enlace)
- Equipos multidisciplinarios
- Asistencia domiciliaria. Consulta no presencial
- Paciente “experto”
- Hospital de día
- Atención al cuidador

# ***El Programa de Atención al Paciente Crónico Complejo***

***modelo compartido de atención eficiente entre dos niveles asistenciales, tradicionalmente separados.***

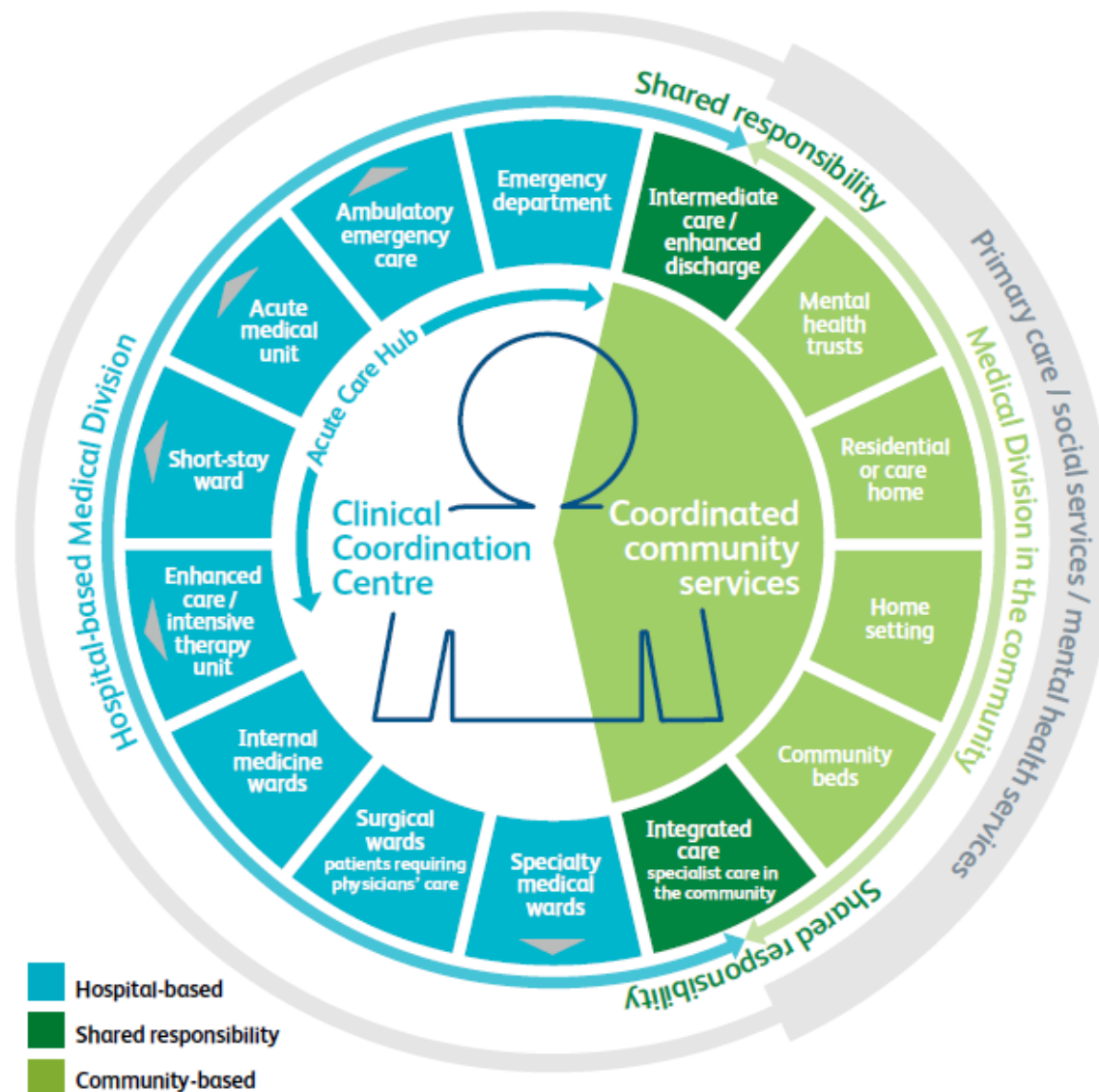




- **Objetivo:** Garantizar una atención compartida y coordinada al Paciente Crónico Complejo (PCC) entre AP y los especialistas hospitalarios, a través de la coordinación de Medicina Interna.
  - Evitar derivaciones a urgencias, hospitalización convencional y reducir estancias.
  - Desarrollar alternativas a la hospitalización convencional
  - Evitar atención fragmentada por diferentes especialidades y repeticiones de intervenciones
  - Garantizar una continuidad asistencial
  - Prevenir y reducir las interacciones farmacológicas por la polimedicación.
  - Mejorar calidad de vida de los pacientes y cuidadores
  - Compartir el cuidado del paciente con AP y el resto de las especialidades.

# Future hospital: Caring for medical patients

A report from the Future Hospital Commission  
to the Royal College of Physicians  
**September 2013**



**The Medical Division remit: circle of patient-centred care.** Directional arrows (in the hospital-based Medical Division) denote areas of the future hospital where patients may be referred on to tertiary specialist care.

## BECOMING A PHYSICIAN

## Experiments in Continuity — Rethinking Residency Training in Ambulatory Care

James A. Colbert, M.D.

In 2005, the Accreditation Council for Graduate Medical Education implemented the Educational Innovations Project (EIP), and participating residency programs were allowed the freedom to deviate from traditional program requirements in the interest of curricular reform. To date, 21 internal medicine residency programs have been selected, and many of these programs have focused on improving residents' experience of outpatient primary care clinics.<sup>3</sup>

Going forward, I believe we need to encourage more residency programs to think creatively about the ambulatory care training experience. High-functioning residency clinics could equip both future internists and subspecialists with the necessary tools to treat chronic disease and might even convince more trainees to choose careers in primary care. More important, increased curricular attention to ambulatory care training will ultimately benefit the millions of U.S. patients with chronic disease.

# Dificultades

- Cambiar la forma de trabajar
- Multidisciplinar. Coordinación
- Diseño de procesos
- Continuidad de cuidados
- Gestión del alta
- Papel de la enfermería (Hospital y AP)
- Circuito centrado en paciente
- Formación en cronicidad
- Historia clínica compartida
- Herramientas: Telemedicina. Actividad no presencial.
- Paciente activo y formado: Responsable de su enfermedad
- Desarrollo de indicadores



# Dificultades

**Galicia: los profesionales mantienen sus dudas en gestión clínica**

## PROFESIÓN

La implantación de la gestión clínica en Galicia, cuyo decreto fue aprobado en marzo, está siendo más lenta de lo previsto por la Consejería de Sanidad. Ayer, sindicatos, colegios y sociedades de primaria presentaron un manifiesto en contra del plan en AP, porque, según dicen, estas unidades se superpondrán a la estructura actual, causarán duplicidades, conflictos y un aumento de los gastos administrativos, además de perjudicar la coordinación entre niveles y la gestión por procesos.

Félix Rubial, director de Asistencia Sanitaria del Sergas, defiende que el modelo de gestión clínica de Galicia está basado en la adscripción voluntaria del médico y que seguirá avanzando en su implantación. **P. 5**

## Galicia: la gestión clínica sigue sin convencer al médico

Sociedades, sindicatos y colegios rechazan el plan en AP; el Sergas recuerda que la participación es voluntaria

**MIÉRCOLES 21 MAYO 2014**

# Dificultades

## Los pacientes crónicos suspenden al SNS con un 4,9 de nota media

Gallegos, valencianos, baleares y castellanos son los que peor valoran el sistema

Veinte asociaciones de pacientes presentaron ayer el primer barómetro español de crónicos

Los pacientes crónicos reclaman la mejora en la rapidez en la atención, el acceso gratuito a los tratamientos médicos y la aproximación a los especialistas.

JUEVES 22 MAYO 2014