

Línia d'actuació 2. Un sistema més orientat als malalts crònics

Resum i adaptació de: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Barcelona: Departament de Salut; 2012. El document complet està disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalat_vfinal.pdf

L'Organització Mundial de la Salut defineix la malaltia crònica com aquella que té una llarga durada i és de progressió generalment lenta. D'altra banda, segons la Comissió Europea, la *malaltia crònica* és una malaltia d'evolució llarga que sovint comporta discapacitat o complicacions que poden afectar l'autonomia i la qualitat de vida de les persones que la pateixen.

Les malalties cròniques presenten una sèrie de trets diferencials:

- El pes que tenen en el conjunt de la morbiditat augmenta progressivament i el seu abordatge requerirà esforços durant dècades.

- Són de llarga durada i sovint comporten lesions o seqüeles definitives i anomalies estructurals, sensorials i de la comunicació de caràcter permanent.

- Un cop diagnosticades, encara que en alguns casos poden ser controlades, rarament es curen.

- Tenen importants efectes adversos en la qualitat de vida dels malalts afectats i les seves famílies així com un impacte socioeconòmic important.

- El seu abordatge comprèn intervencions poblacionals i individuals, lligades a l'àmbit de la salut i, sovint, també als serveis socials.

- Les causes subjacents comparteixen factors de risc modificables i susceptibles d'intervencions integrades i interdepartamentals.

- L'evidència mostra que hi ha mesures cost-efectives per prevenir-les, detectar-les i tractar-les que poden obtenir un impacte positiu en resultats en salut, en utilització de serveis i en qualitat de vida i satisfacció del pacient i les seves famílies.

L'increment sostingut de l'esperança de vida de la població, atribuïble a les millores socioeconòmiques i sanitàries, ha comportat un canvi en les necessitats de salut de la població dels països del nostre entorn. Aquest canvi ve determinat per l'increment dels pacients crònics i l'impacte socioeconòmic que comporten per als sistemes de salut.

Enfront d'aquesta realitat, és necessari plantejar-se com oferir un model d'atenció que sigui més resolutiu en la prevenció i el tractament de les malalties cròniques, avançant vers un model d'atenció integral i integrat, basat en les pràctiques col·laboratives entre els diversos profes-

sionals i organitzacions que treballen en diferents àmbits assistencials.

La càrrega sanitària de les malalties cròniques és molt alta i cada cop ho serà més

La prevalença i la incidència de les malalties cròniques en la societat actual és molt elevada. A Catalunya, la major càrrega de morbiditat es deu a problemes crònics de salut. L'any 2009 el 78% de les defuncions al nostre país van ser degudes a condicions, majoritàriament cròniques, de l'aparell circulatori, de l'aparell respiratori, del sistema nerviós, mentals i a tumors.

A més, el seu impacte també és molt elevat quant al consum de recursos del sistema sanitari. En aquest sentit, s'estima que més del 50% dels recursos estan dedicats al tractament de malalties cròniques o als episodis aguts que s'hi associen.

Cal preveure que el seu pes sigui encara més significatiu en el futur. L'augment sostingut de l'esperança de vida que condueix a un envelliment de la població, la relació entre l'edat i la presència de les malalties cròniques i l'empitjorament dels hàbits de vida justifiquen aquesta tendència.

- Hi ha una tendència estructural cap a l'envelliment de la població, així les projeccions per a 2021 estableixen un increment significatiu de la població de 65 anys i més (i arriben a 1,5 milions d'habitants) i de 80 anys i més (i arriben a 450.000 habitants). Es preveu a meitat d'aquest segle que més d'1/3 de la població serà major de 65 anys i un 12% major de 80 anys.

- La proporció de població amb alguna malaltia crònica s'incrementa a mesura que les persones envelleixen, i passen del 12% en els menors de 15 anys al 65,2% per als majors de 74 anys. Pel que fa al nombre de trastorns, el 36,5% (26,9% dels homes i 45,9% de les dones) de la població adulta declara que pateix quatre trastorns crònics o més.

- L'empitjorament dels comportaments relacionats amb la salut implica que certs factors de risc de patir malalties cròniques tinguin un pes més elevat. L'evidència disponible mostra l'existència de la relació de factors de risc com ara el tabaquisme, el sedentarisme, l'excés de pes, la hipertensió arterial i la hipercolesterolèmia amb el desenvolupament de problemes crònics de salut. D'entre les dades disponibles sobre la prevalença d'aquests factors,

destaquen un estancament en el descens observat en el tabaquisme en els darrers anys, un increment del percentatge de la població sedentària i l'augment de l'excés de pes sobretot a expenses de la prevalença del sobrepès en els homes.

És necessari fer canvis en el model d'atenció per donar una millor resposta a la cronicitat

Tot i la gran importància que tenen els pacients crònics, els nostres serveis assistencials estan majoritàriament orientats a atendre pacients amb episodis aguts. Així, en el nostre sistema d'atenció predomina una orientació molt reactiva orientada a la resolució d'episodis, amb un alt grau de fragmentació i manca de coordinació entre nivells i serveis sanitaris i socials.

És per això que és necessari replantejar-se el model d'atenció a fi d'adaptar-lo al repte que planteja la cronicitat. De fet, ja des de fa temps s'han dut a terme accions per oferir millors serveis als pacients crònics, sobretot orientats a la millora de la gestió de la cronicitat en els estats més avançats de la malaltia (unitats de cures pal·liatives; evolució de l'atenció socio sanitària, potenciació de l'atenció domiciliària...).

Tot i això, aquestes accions s'han dut a terme de manera específica, concreta, i no s'ha abordat la cronicitat com un repte sistèmic ni s'han potenciat les sinergies entre les diferents iniciatives mitjançant un programa global i sostingut.

És necessari un model d'atenció a la cronicitat que estableixi mesures preventives, assistencials, de rehabilitació i d'atenció de la complexitat i al final de la vida. Les intervencions que es prioritzen s'han d'orientar a evitar l'aparició dels factors de risc i de les malalties cròniques o minimitzar-ne la progressió cap a estadis més avançats.

Principis i model

L'estratègia que s'ha de desenvolupar per abordar el repte de la cronicitat a Catalunya s'inspira en un conjunt de principis rectoris:

- Tenir un enfocament poblacional i de riscos, i ser proactius, centrant l'atenció en les persones i les seves necessitats, des de la fase preclínica fins a tots els estadis de la malaltia.

- Informar adequadament els ciutadans en la responsabilitat i la gestió de la seva salut i en la coresponsabilització amb el sistema sanitari.

- Potenciar l'activitat i les iniciatives dels professionals de la salut per incorporar el seu coneixement expert com a vehicle de millora, i donar suport i visibilitat a les seves iniciatives i als seus projectes.

- Crear un model assistencial integrat que augmenti la coordinació entre els diferents àmbits assistencials (salut pública, atenció primària, atenció especialitzada, atenció socio sanitària, serveis socials...).

- Aprofitar les noves tecnologies i sistemes de comunicació per crear un sistema d'atenció als malalts crònics innovador, proactiu i accessible.

- Adquirir una visió interdepartamental que inclogui el Departament de Salut i altres departaments (Ensenyament, Benestar Social i Família, Territori i Sostenibilitat...) i també altres institucions (associacions de pacients crònics...).

Amb la prioritització de l'abordatge de la cronicitat en el marc del nou Pla de salut, el Departament de Salut pretén aconseguir els objectius següents:

- Mantenir i millorar la salut, la qualitat de vida i la satisfacció percebuda dels pacients, les famílies i els cuidadors.

- Adequar els serveis per tal d'oferir una atenció integrada als pacients crònics.

- Coresponsabilitzar els ciutadans en la gestió de la seva salut i de la cronicitat.

- Garantir una atenció correcta en cada situació al llarg de la trajectòria vital de les persones, en el lloc adequat, amb bons resultats en salut i amb la màxima eficiència possible.

- Millorar les transicions pels diferents àmbits d'atenció del sistema sanitari i social.

Hi ha un bon nombre de models de referència d'atenció a la cronicitat coneguts a escala internacional que reflecteixen la necessitat de focalització de les polítiques de salut en aquesta direcció i aporten marcs conceptuals per a la definició d'intervencions i l'organització dels serveis partint de l'estratificació de la població i un enfocament proactiu i integral¹.

El Departament de Salut i el Departament de Benestar Social i Família han creat el Programa per a la prevenció i l'atenció a la cronicitat (PPAC) que ha de facilitar el treball coordinat de les vessants sanitària i social.

La cronicitat és un procés evolutiu lligat al curs natural de les malalties, amb unes fases prèvies que poden ser asimptomàtiques i una progressió que pot portar a episodis d'agudització, complicacions i comorbiditat fins al final de la trajectòria vital de la persona. Aquestes diferents etapes de progressió, amb perspectiva poblacional dibuixen diferents grups de població amb necessitats i riscos diferents. Per tant, també amb objectius i abordatges diferents.

Les causes de molts d'aquests problemes poden tenir un abordatge a través d'accions de salut pública. En aquest sentit, la protecció i la promoció de la salut, així com la prevenció de les malalties, tenen un paper clau en la disminució de la seva prevalença.

Les solucions assistencials s'han d'adaptar als diferents estrats, per als quals podem definir un enfocament preferent i uns objectius adaptats a les característiques de cada grup.



Per assolir les actuacions corresponents als objectius apuntats a cada estrat, es requereix un grau diferent d'implicació dels diversos serveis assistencials que configuren combinacions variades de relacions entre aquests serveis i, consegüentment, necessitats de coordinació i lideratge.

– En la base, les actuacions de protecció i promoció de la salut i prevenció de la malaltia es concentren en els àmbits de la salut pública i de l'atenció primària, promovent els estils de vida saludable i les activitats preventives en l'entorn comunitari.

– En el segon estrat, s'ha de donar suport als pacients perquè puguin ser els protagonistes principals en la gestió del seu factor de risc o de la seva malaltia i potenciar el nucli assistencial de referència entorn dels metges de família, del personal d'infermeria i dels especialistes com a consultors.

– En el tercer estrat, l'atenció primària manté la responsabilitat assistencial bàsica, però hi apareixen amb més intensitat l'atenció especialitzada i la utilització variada i puntual de recursos, de manera que la gestió de la malaltia des d'una perspectiva de sistema integral és fonamental.

– Finalment, en l'últim estrat, la combinació de diferents recursos és més dominant, cosa que obliga a desplegar programes que facilitin la identificació dels pacients per part de tots els agents implicats, l'organització de les relacions amb el model de gestió de casos, la cobertura de l'atenció les 24 hores i un lideratge territorial que faciliti les relacions entre tots els serveis.

Tot i que l'abordatge de la cronicitat comporta una visió més àmplia que la d'una única malaltia crònica específica, també cal tenir en compte que la gestió clínica de cadascuna té les seves especificitats, moments d'atenció i risc de complicacions. Per tant, no s'ha de perdre la perspectiva del procés clínic adequat per a cada malaltia, en relació amb el qual es poden organitzar les activitats dels diferents agents, incloent-hi els mateixos pacients i cuidadors.

El model ha de permetre abordar de manera integral les malalties cròniques promovent un model d'atenció

Cada grup poblacional té unes característiques i necessitats pròpies

	Característiques	Objectius	
Pacients crònics complexos	<ul style="list-style-type: none"> Pacients amb múltiples malalties cròniques o amb malaltia crònica principal greu i comorbiditat, sovint amb discapacitat, i amb freqüents reaguditzacions i descompensacions amb pèrdua de capacitat funcional 	<ul style="list-style-type: none"> Control de símptomes Prevenció de descompensacions Disminució de l'ús de recursos hospitalaris i d'urgències Manteniment de l'autonomia Retard en la institucionalització Millora del benestar i la qualitat de vida, i la satisfacció del pacient i els cuidadors 	Gestió de casos
Persones amb malaltia crònica en situació de risc o fragilitat	<ul style="list-style-type: none"> Persones amb una malaltia crònica avançada en situació de risc per complicacions però que mantenen la capacitat d'autocura. En fases avançades poden evolucionar cap a situacions pròpies del nivell superior (pacient crònic complex) 	<ul style="list-style-type: none"> Control òptim de la malaltia per alentir la seva progressió i control dels símptomes associats, reduint les reaguditzacions i disminuint les hospitalitzacions i anades a serveis d'urgències. Manteniment de l'autonomia 	Gestió de la malaltia
Persones amb factors de risc o malaltia crònica de baixa complexitat	<ul style="list-style-type: none"> Persones amb factors de risc per a malalties cròniques o amb malaltia crònica poc evolucionada 	<ul style="list-style-type: none"> Manteniment de la salut, estabilitat clínica de les patologies de base i prevenció de l'aparició o progressió de malaltia greu i/o discapacitat 	Suport a l'autocura
Població general	<ul style="list-style-type: none"> Població sense factors de risc ni patologia crònica de base 	<ul style="list-style-type: none"> Gestió de riscos per a la salut, promoció d'estils de vida saludables i activitats de prevenció primària 	Protecció i promoció de la salut i prevenció de la malaltia

compartit i cooperatiu entre les organitzacions sanitàries i socials, i així redundar en una millora de la continuïtat assistencial i en l'atenció en general.

El model s'ha de desenvolupar en l'àmbit territorial, a prop de la realitat de les relacions entre pacients i els serveis de salut i socials que actuen dins d'un mateix territori. Per tant, a aquesta combinació de perspectives poblacional, de serveis, de malalties, cal sumar-hi la territorial, per adaptar la implantació a les especificitats de cada lloc.

Finalment, cal destacar que les noves tecnologies i el desplegament de la telemedicina són elements facilitadors de l'adaptació dels serveis a les necessitats dels pacients crònics. Ofereixen oportunitats de millorar la qualitat de vida dels pacients a través de sistemes accessibles i immediats que possibiliten un control més autònom de la malaltia, en un entorn de seguretat i, quan és necessari, d'assessorament i suport professional. L'aplicació de les noves tecnologies dibuixa una nova manera de relacionar-se els pacients i els professionals que probablement comportarà una disminució de les visites presencials però un increment de contactes amb diferents mitjans. Així mateix, faciliten l'articulació entre els serveis, l'intercanvi d'informació entre professionals i la millora de la comunicació entre els clínics que comparteixen el procés d'atenció, especialment en el maneig de pacients crònics en situació de complexitat.

Projectes estratègics

D'acord amb els objectius i característiques del model s'identifiquen sis projectes que formen el nucli de transformació del sistema de salut tenint en compte el fenomen de la cronicitat. Aquests projectes s'han d'articular conjuntament per oferir una solució integral a les necessitats dels malalts crònics al llarg del procés evolutiu de la malaltia.

Projecte 2.1. Implantar processos clínics integrats per a deu malalties

Assolir un enfocament de gestió de la malaltia mitjançant la implantació de processos clínics per a: ICC, MPOC/asma, diabetis, trastorns mentals greus i profunds, depressió, demències, càncer, nefropatia, dolor crònic i malalties de l'aparell locomotor.

Objectiu fins al 2015. Promoure les guies de pràctica clínica i implantar rutes assistencials per als deu processos a tot el territori i integrar-ne els registres a la HCCC.

Objectiu de resultats a curt termini. Implantar les rutes assistencials per a MPOC, depressió, diabetis *mellitus* 2 i ICC en el 100% de la població.

Projecte 2.2. Potenciar els programes de protecció i promoció de la salut i prevenció de les malalties cròniques

L'objectiu és evitar l'aparició de la malaltia i posar l'enfocament en els principals factors de risc.

Objectiu fins al 2015. Tenir cinc programes prioritari de prevenció i promoció implantats en tots els territoris.

Objectiu de resultats a curt termini. Definir i iniciar la implantació dels programes comunitaris territorials de salut pública en els àmbits d'alimentació saludable i activitat física, hàbit tabaquic, consum d'alcohol, vacunació i etapes infantils i prenatales.

Projecte 2.3. Potenciar l'autoresponsabilització dels pacients i dels cuidadors amb la seva salut i fomentar l'autocura

Es pretén formar els pacients i el seu entorn en el coneixement de la malaltia de manera que siguin actius a l'hora d'emprendre accions per a la millora del seu estat de salut.

Objectiu fins al 2015. Estendre el Programa Pacient Expert Catalunya® en cinc malalties cròniques a tot el territori català i assolir una xifra de 5.000 pacients incorporats als diferents grups de malalties. Dissenyar un model d'atenció no presencial amb la incorporació del Canal Personal de Salut i, Canal Salut i 061-CatSalut Respon com a canals d'informació i consells de salut.

Objectiu de resultats a curt termini. Incrementar anualment entre 800 i 1.000 nous pacients inclosos en el Programa Pacient Expert Catalunya® (**fins l'actualitat ja hi han participat 2.690 pacients de les diferents malalties**). Haver definit els materials formatius que cal incloure a Canal Salut. Redefinir l'estratègia de l'educació grupal. Definir, dissenyar i desenvolupar el model d'atenció no presencial que generi el procés de canvi de Carpeta Personal de Salut a Canal Personal de Salut. Definir, dissenyar i desenvolupar l'estratègia adreçada a potenciar el procés d'alfabetització sanitària de ciutadans, pacients i cuidadors.

Projecte 2.4. Desenvolupar alternatives assistencials en el marc d'un sistema integrat

Es preveu el desenvolupament d'alternatives assistencials adequades per a l'atenció dels malalts crònics, com el reforç de l'atenció primària i molt especialment l'atenció domiciliària d'intensitat modulable, la consolidació de modalitats alternatives d'hospitalització com els hospitals de dia i l'internament en dispositius de subaguts accessibles des de l'AP o l'aprofitament de canals alternatius com Sanitat Respon.

Objectiu fins al 2015. Disminuir els ingressos urgents i els reingressos a trenta dies dels pacients crònics complexos en hospitals d'aguts en un 15%. Incrementar l'oferta de llits de subaguts accessibles des de l'AP com alternativa a l'hospitalització convencional.

Objectiu de resultats a curt termini. Haver definit les alternatives assistencials per als pacients crònics i haver-ne iniciat la implantació, i assolir un dispositiu de subaguts per a cada regió sanitària.

Projecte 2.5. Desplegar programes territorials d'atenció als pacients crònics complexos

Els pacients crònics complexos requereixen un alt grau de continuïtat assistencial, la planificació d'un model

d'atenció proactiva i rebre atenció en moments de crisi, garantint una bona capacitat de resposta en un model de garanties 7/24. Per això, és clau incrementar la coordinació entre els diferents professionals i dur a terme una gestió proactiva i basada en el cas, elaborant i compartint un Pla d'Intervenció Individualitzat compartit (PIIC) entre els diferents professionals que participen en el procés d'atenció.

Objectiu fins al 2015. Disposar del model de gestió de casos per a pacients crònics complexos en tots els territoris i rutes assistencials definides, i cobrir 25.000 pacients crònics complexos. Dissenyar i implementar un model col·laboratiu d'atenció amb els serveis socials d'atenció primària i proporcionar un model d'estratificació que faciliti la visualització d'aquesta a nivell individual a través de l'HC3, malgrat l'estratificació requereix d'un procés de valoració clínica que determini la condició de complexitat. També s'ha d'abordar la millora i garantia de la continuïtat assistencial en les transicions que es produeixen en aquests pacients especialment en els processos de planificació de l'alta quan es produeix un ingrés.

Resultats a data d'avui: actualment ja hi ha identificats a Catalunya més de 32.000 pacients crònics complexos o amb malaltia crònica avançada, tenint en compte que s'ha facilitat el marcatge d'aquestes condicions des de gener 2013. Actualment s'estan elaborant PIIC en el procés d'atenció d'aquests pacients i es pot compartir a través d'HC3 aquesta informació del marcatge de condició i

el PIIC, accessible per part de diferents professionals que treballen en diferents àmbits assistencials, inclús dins d'un entorn 7/24 al SEM o dispositius d'atenció continuada.

Projecte 2.6. Implantar programes d'ús racional del medicament

L'ús racional del medicament intenta garantir un pla de medicació segur, eficient i adequat a les necessitats de cada pacient crònic.

Objectiu fins al 2015. Revisar i conciliar el 100% dels tractaments farmacològics integrant tots els àmbits assistencials, garantir-ne la qualitat, facilitar-hi l'accés i millorar el compliment del tractament.

Objectiu de resultats a curt termini. Disposar de la metodologia i eines de suport que permetin implantar i avaluar la revisió i conciliació dels plans de medicació i aplicació en els projectes d'atenció al PCC.

Visualitzar el PPAC com un programa fragmentat en 6 línies d'actuació és, amb tota probabilitat, inexacte. La cronicitat és un fenomen social emergent i imparabile i, en conseqüència, el seu abordatge ultrapassa fins i tot els continguts formals del Pla de Salut.

En realitat, el progrés en l'atenció a la cronicitat passa per redissenyar la major part del model d'atenció social i sanitària de Catalunya.

REFERÈNCIA BIBLIOGRÀFICA

1. Chronic Disease Management. Evidence of Predictable savings. J Meyer and B. Markham. 2008.

L'estratègia de cronicitat es materialitza en sis grans projectes

