

Public Disclosure Authorized

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



Public Disclosure Authorized

PROPUESTA DE OPTIMIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y MULTIMORBILIDAD EN URUGUAY

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

PROPUESTA DE OPTIMIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y MULTIMORBILIDAD EN URUGUAY



BANCO MUNDIAL
BIRF • AIF

Autores

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

Dirección del estudio

Daniela Romero
Coordinadora de la Asistencia Técnica

Dirección general del proyecto

Roberto Iunes
Práctica Global de Salud, Nutrición y Población - Banco Mundial

Agradecimientos

El equipo de trabajo agradece a las autoridades y funcionarios del Ministerio de Salud Pública del Uruguay, en particular, de la Dirección General de la Salud (DIGESA), de la Coordinación General de Programas y del Programa de Enfermedades Crónicas que han actuado como contraparte, permitiendo la realización de las tareas previstas en la asistencia técnica, tanto al interior de otras áreas del Ministerio de Salud Pública y la Junta Nacional de Salud (JUNASA) como en la relación con prestadores públicos y privados del Sistema Nacional Integrado de Salud. El equipo también desea agradecer la cooperación de integrantes de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMCS) y de Administración de Servicios Salud del Estado en la provisión de información analizada y en las entrevistas realizadas en las fases previas del estudio.

Preparación del documento resumen: Mery Bolívar Vargas

Edición: Janet Bonilla

Realización gráfica: María Cristina Rueda

Fotografía: Flickr Banco Mundial y Freepik

Impresión: Equilatero-Diseño impreso

Impreso en papel ecológico Earth Pact

Uruguay 2023



Índice

Acrónimos	5
Mensajes clave.....	6
Introducción.....	9
Objetivos	11
Metodología.....	13
Resultados.....	19
Estratificación de la población con Enfermedad Crónica en Uruguay.....	19
Impacto económico de la atención de la EC.....	22
Modelos de atención a la Enfermedad Crónica No Transmisible y a la multimorbilidad en Uruguay.....	23
Propuesta de optimización del modelo de atención.....	26
Proyección.....	41







Acrónimos

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



Mensajes clave



- La propuesta de optimización del modelo de atención para las personas que padecen enfermedades crónicas y multimorbilidad en Uruguay parte de un proceso que incluyó tres componentes: (i) estratificación de la población con Enfermedad Crónica (EC) en Uruguay; (ii) estudio de los modelos de atención a la Enfermedad Crónica No Transmisible (ECNT) y a la multimorbilidad en Uruguay; y (iii) análisis de la situación actual y propuesta de optimización del modelo de atención en Uruguay.



- El proceso de estratificación de pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles de acuerdo con su riesgo de salud permite obtener resultados orientativos para la toma de decisiones de los gestores de prestadores integrales de salud.



- La gestión del caso como estrategia de atención al grupo de pacientes multimórbidos complejos permitiría focalizar el esfuerzo asistencial hacia mejorar la calidad de vida del paciente y disminuir el riesgo para su seguridad al minimizar el riesgo de reinternaciones y de interacciones medicamentosas en la polimedicación. También, posibilita liberación de recursos para ser asignados a mejoras en la calidad de la atención y la gestión del caso.
- El gasto en salud de los pacientes con multimorbilidad en Uruguay es alto. Los pacientes con cinco o más de las patologías seleccionadas (Enfermedad Cardiovascular -ECV; Hipertensión Arterial -HTA; Diabetes; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica -EPOC; y Enfermedad Neurológica Degenerativa) representan el 8,44% del total, su atención insume el 42,07% del gasto total y el 50,48% del gasto en medicamentos. Si se incluyen criterios de dos o más internaciones durante el año previo y toma de cinco o más medicamentos distintos durante el mes, el porcentaje de pacientes con cinco o más de las patologías seleccionadas se reduce a un 5.4% del total de pacientes con



estas características, pero demanda para su atención el 83% del gasto total y el 87,3% del gasto total en medicamentos de este subconjunto de pacientes.



- Es necesaria la definición de un conjunto mínimo de datos básicos de uso generalizado en todos los sistemas de información de salud -tanto en el sector público como en el privado- que registran la producción ambulatoria y el uso de medicamentos, y de un procedimiento de remisión periódica de estos datos a quien está a cargo de la formulación de las políticas sanitarias, con el objeto de generar información periódica y confiable destinada a orientar políticas públicas de salud.



- En Uruguay existe una adecuada plataforma para la aplicación de un buen modelo de atención, con cuidados centrados en el paciente. Sin embargo, cada uno de los componentes de esta plataforma ofrece un amplio espacio de mejora, con fuertes implicancias en la calidad de atención, la seguridad de los pacientes crónicos y la eficiencia del sistema de provisión de servicios.



- El modelo de atención en las cinco Enfermedades Crónicas No Transmisibles de alta prevalencia seleccionadas para el análisis también presenta posibilidades de mejora frente a la extensión de los componentes específicos del modelo de atención centrado en la persona y en la búsqueda y desarrollo institucional de la convergencia de equipos de asistencia que identifiquen de modo sistemático la multimorbilidad y apliquen criterios conjuntos de cuidados y seguimiento de estos pacientes, los cuales representan el mayor riesgo individual de enfermedad crónica grave, mortalidad y una carga familiar y social gravosa por la no integralidad de su atención.
- La optimización de los modelos de atención es una estrategia efectiva. Parte de una línea de base en los desarrollos de atención realizados por el país en el marco de la disponibilidad de los recursos y procesos existentes y proponiendo mejoras en las brechas identificadas en relación con los modelos internacionales que tienen una experiencia relevante en respuesta a las problemáticas de la multimorbilidad en el mundo.

[Más información](#)



Imagen de Banco Mundial | Flickr



Introducción

La importancia de la Enfermedad Crónica en Uruguay ha sido ampliamente analizada desde hace muchos años y en múltiples estudios y reportes^{1, 2, 3}. Su impacto en la mortalidad y su alto costo asistencial fue determinante en la generación de diversas estrategias de promoción de la salud y prevención primaria y secundaria, cuyo impacto ha comenzado a percibirse en el cambio de tendencia en algunas áreas específicas, como la enfermedad cardiovascular⁴.

Sin embargo, más allá de medidas de inclusión de programas y prestaciones específicas para la atención de la EC y las pautas de organización general de los servicios de salud para la satisfacción de la demanda espontánea que genera la EC, no ha habido muchas iniciativas de revisión de los modelos de atención a la EC y en especial, al problema de la multimorbilidad, excepto por el desarrollo por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP) de la “Guía de fragilidad en personas adultas mayores: criterios prácticos e instrumentos de pesquisas en el primer nivel de atención”⁵, un documento de gran relevancia clínica en relación con la EC y la multimorbilidad para el talento humano y los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

-
- 1 Non-Communicable diseases prevention project, Report No: 40382 – UY, World Bank, July 31,2007
 - 2 Perfil Sistema Salud Uruguay 2015, PAHO. Levcovitz E, Fernández Galeano M, Benia W, Anzalone P., Harispe E., coord. Perfil del sistema de salud. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio. ISBN: 978-9974-8561-9-6
 - 3 <https://cardiosalud.org/wp-content/uploads/2019/06/Interpelaciones-y-respuestas-a-las-Enfermedades-No-Transmisibles-en-Uruguay.pdf>
 - 4 <https://cardiosalud.org/mortalidad-por-enfermedades-del-sistema-circulatorio-en-el-uruguay-2021/>
 - 5 <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-fragilidad-personas-adultas-mayores, 06/10/2022>



Este trabajo se desarrolló bajo la guía y apoyo de la Dirección General de la Salud (DIGESA) y del Programa de EC del MSP. El mismo se elaboró a lo largo de un año en tres fases enfocadas en: i) presentar estrategias específicas para la estratificación de las poblaciones de acuerdo con su riesgo de salud; ii) estudiar los modelos de atención a las EC más prevalentes y a la multimorbilidad⁶ a cargo de los prestadores integrales con diversos parámetros de análisis de la EC, entre ellos, la multimorbilidad y considerar su impacto económico en términos de proporción del gasto institucional que su atención genera⁷; y iii) presentar una propuesta de desarrollo paulatino de un modelo integral de atención a la multimorbilidad centrado en la persona, con base en el análisis de la magnitud del problema, el estadio actual del modelo de atención y las experiencias internacionales vigentes en la atención a la misma.

El presente documento recoge el trabajo realizado en Uruguay, que culmina con la propuesta del Modelo Integral de Atención a la Multimorbilidad, y recoge los resultados del estudio. Se presentan los objetivos, la metodología para cada una de las fases propuesta, los resultados y las proyecciones futuras.

6 WB; ASA “Improving the Management of Health Care Services for Patients with Multiple Chronic Conditions in Three Latin American Countries” – URUGUAY: “Estudio cualitativo sobre modelo de atención a la Enfermedad Crónica No Transmisible y a la multimorbilidad en Uruguay: Resultados”; marzo 2023.

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



Objetivos

Objetivo general

Formular un esquema de estratificación de pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles de acuerdo con su riesgo de salud, que permitiera identificar los multimórbidos, y proponer un modelo de abordaje de la multimorbilidad con base en la experiencia internacional y las posibilidades locales de implementación en Uruguay.

Objetivo específicos

1. Identificar a los pacientes multimórbidos con ECNT con base en una definición institucional del concepto por parte del MSP y estratificarlos de acuerdo con su riesgo de salud.
2. Identificar modelos de atención de pacientes crónicos y de multimórbidos en proveedores asistenciales del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).
3. Formular una propuesta de modelo de abordaje y atención de la multimorbilidad con base en la experiencia internacional y las posibilidades locales de implementación.



Imagen de Banco Mundial | Flickr



Metodología

El estudio incluyó tres fases:

- i) Estratificación de la población con EC en Uruguay.
- ii) Identificación y evaluación de los modelos de atención a las ECNT y a la multimorbilidad en Uruguay.
- iii) Propuesta de optimización del modelo de atención.

Cada una de ellas se describe a continuación:

Estratificación de la población con Enfermedad Crónica en Uruguay

Se utilizó para un primer análisis un modelo descriptivo dinámico que utiliza herramientas de Inteligencia de Negocios aplicando técnicas de “*What if*” que permitió acercamientos progresivos a la definición conceptual e institucional del paciente crónico multimórbido. Se trabajó con 46 códigos CIE-10 de ECNT, excluidos cáncer y enfermedad mental. Luego, se realizó una segunda fase de análisis, con la agrupación de códigos CIE-10 atinentes a cinco condiciones crónicas de alta prevalencia, cuyos modelos de atención fueron explorados mediante un estudio cualitativo.

Para la agrupación⁸ de los pacientes en estratos de niveles de cuidados asistenciales se utilizó la metodología propuesta por Kaiser Permanente,

⁸ Citado en Osakidetza; Julio 2010, op. cit., pag 17.

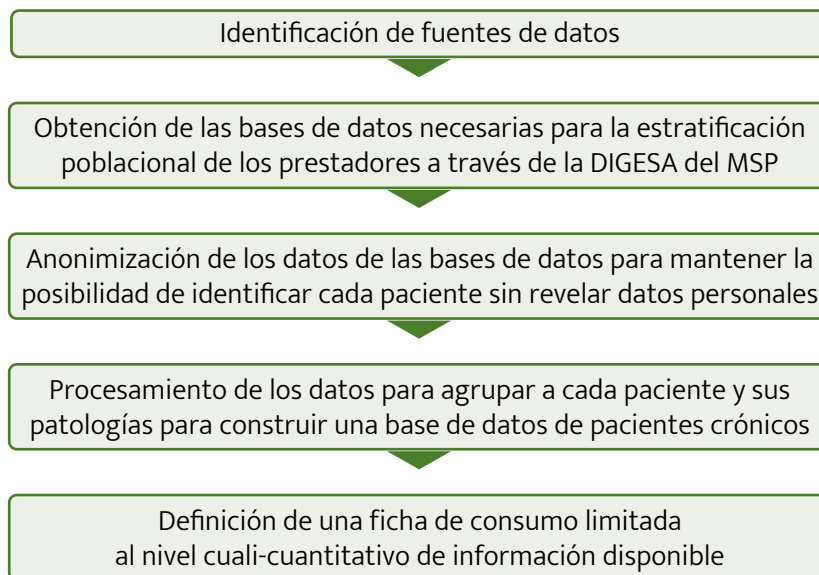


y que se expresa en la “Pirámide de Kaiser” ampliada⁹, la cuál identifica cuatro niveles de intervención médica según el nivel de complejidad, así:

- **Nivel 0:** pacientes sanos con o sin factores de riesgo.
- **Nivel 1:** pacientes con hasta dos enfermedades crónicas de bajo riesgo, con condiciones en estados incipientes.
- **Nivel 2:** pacientes que presentan entre tres y cuatro enfermedades crónicas de riesgo alto, pero de menor complejidad.
- **Nivel 3:** pacientes complejos, con la presencia de más de cinco enfermedades crónicas.

Las bases de datos fueron solicitadas a 38 prestadores del SNIS. Veinte de ellos respondieron y en estas se aplicó una secuencia de procesos para identificar y estratificar a estos pacientes de acuerdo con la metodología descrita, la cual se presenta en la siguiente figura:

Figura 1. Procesos de identificación y estratificación de pacientes con enfermedades crónicas y multimorbilidad. Propuesta de optimización del modelo de atención para personas con enfermedades crónicas y multimorbilidad en Uruguay - 2023



[Más información](#)

Fuente: Los autores

⁹ Fuentes: “Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi”. Osakidetza; Julio 2010. “Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid”. Consejería de Sanidad de Madrid; 2016.



Modelos de atención a la Enfermedad Crónica No Transmisible y a la multimorbilidad en Uruguay

Esta fase se realizó mediante un estudio descriptivo y exploratorio a partir de un abordaje metodológico cualitativo. El estudio utiliza datos primarios obtenidos en entrevistas semiestructuradas a directores técnicos o gerentes operativos de prestadores integrales tanto públicos como privados del SNIS, conocedores de los problemas del día a día de los pacientes y seleccionados por el MSP considerando criterios de cobertura de salud y ubicación geográfica. Para las entrevistas se desarrolló un cuestionario propio elaborado por el equipo del Banco Mundial y revisado y validado por el equipo de ECNT del MSP.

El cuestionario se centró en las ECNT de mayor prevalencia y con un curso clínico con altas probabilidades de empeoramiento por la presencia de exacerbaciones y/o recaídas, como enfermedad cardiovascular; hipertensión arterial; diabetes; enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y enfermedad neurológica degenerativa. En estas condiciones de salud un modelo de atención centrado en la persona y basado en actividades preventivas y en la anticipación, podría conseguir estabilizar la evolución de la enfermedad y/o atrasar las complicaciones y el deterioro clínico. Y como consecuencia, mejorar la calidad de vida de los enfermos y su familia y reducir las internaciones y la polifarmacia con claras ganancias en eficiencia del sistema de salud.

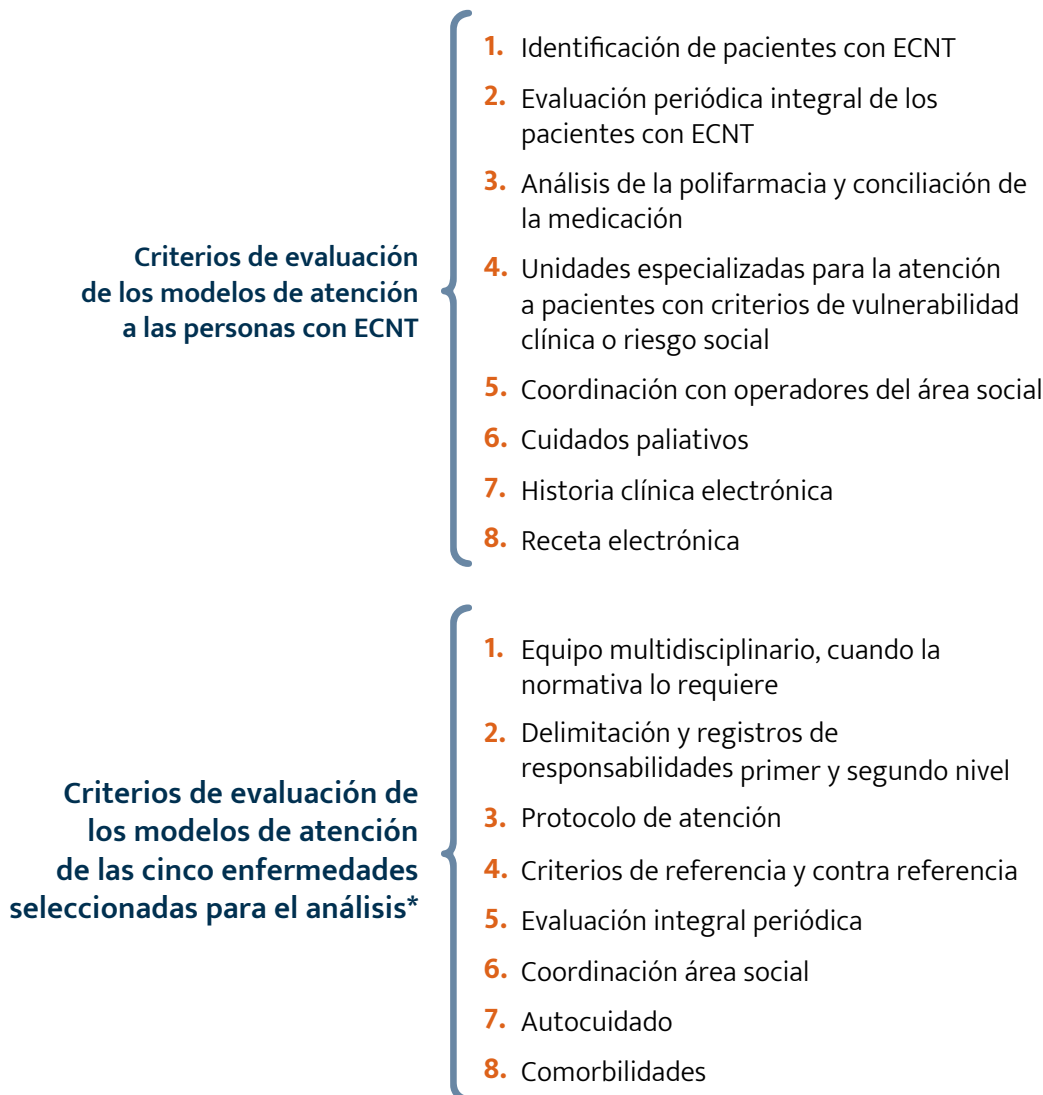
Para la agrupación de los pacientes en estratos de niveles de cuidados asistenciales se utilizó la Pirámide de Kaiser ampliada, que identifica cuatro niveles de intervención médica según el nivel de complejidad.

El alcance de las entrevistas comprendió dos etapas: una parte inicial focalizada en la existencia de elementos característicos y necesarios para facilitar la asistencia a la ECNT; y una segunda parte de exploración del modelo de atención para cada una de las cinco enfermedades seleccionadas. Adicional, se diseñó un sistema de evaluación del nivel de desarrollo del modelo de atención a la ECNT y a las diferentes enfermedades consideradas en el estudio. Este sistema evalúa los componentes más relevantes incorporados en la experiencia internacional, y establece ocho dimensiones de evaluación con tres escalones de avance en cada una de ellas. (Ver características de la asistencia clínica en la Figura 2).



Actualmente, un modelo adecuado de atención a la EC se basa en la existencia de algunos elementos institucionales, considerados críticos para el buen desempeño profesional en la relación con el paciente crónico y la presencia de una serie de características de la asistencia clínica al paciente con EC. Ambos grupos se resumen en la figura 2.

Figura 2. Criterios de evaluación del modelo de atención a la EC. Propuesta de optimización del modelo de atención para personas con enfermedades crónicas y multimorbilidad en Uruguay - 2023



* Enfermedad Cardiovascular; Hipertensión Arterial; Diabetes; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; y Enfermedad Neurológica Degenerativa

Fuente: Los autores



Posteriormente, y de acuerdo con la puntuación obtenida (de 0 a 24 puntos posibles), se clasifican los prestadores en tres niveles:

- 1) Desarrollado (tipo A): 15 o más puntos.
- 2) Básico (tipo B): de 10 a 14 puntos.
- 3) Incipiente (tipo C): menos de 10 puntos.

[Más información](#)

Propuesta de optimización del modelo de atención

La propuesta de optimización del modelo de atención tomó como base analítica los resultados de las etapas anteriores de estratificación de la población y el análisis de los modelos de atención funcionando en el país y avanzó hacia la propuesta de desarrollo paulatino de un modelo integral de atención a la multimorbilidad, usando también como insumo esencial, experiencias internacionales vigentes en la atención a la misma problemática.

[Más información](#)





Imagen de Banco Mundial | Flickr



Resultados

Los principales resultados para cada una de las fases desarrolladas se describen a continuación.

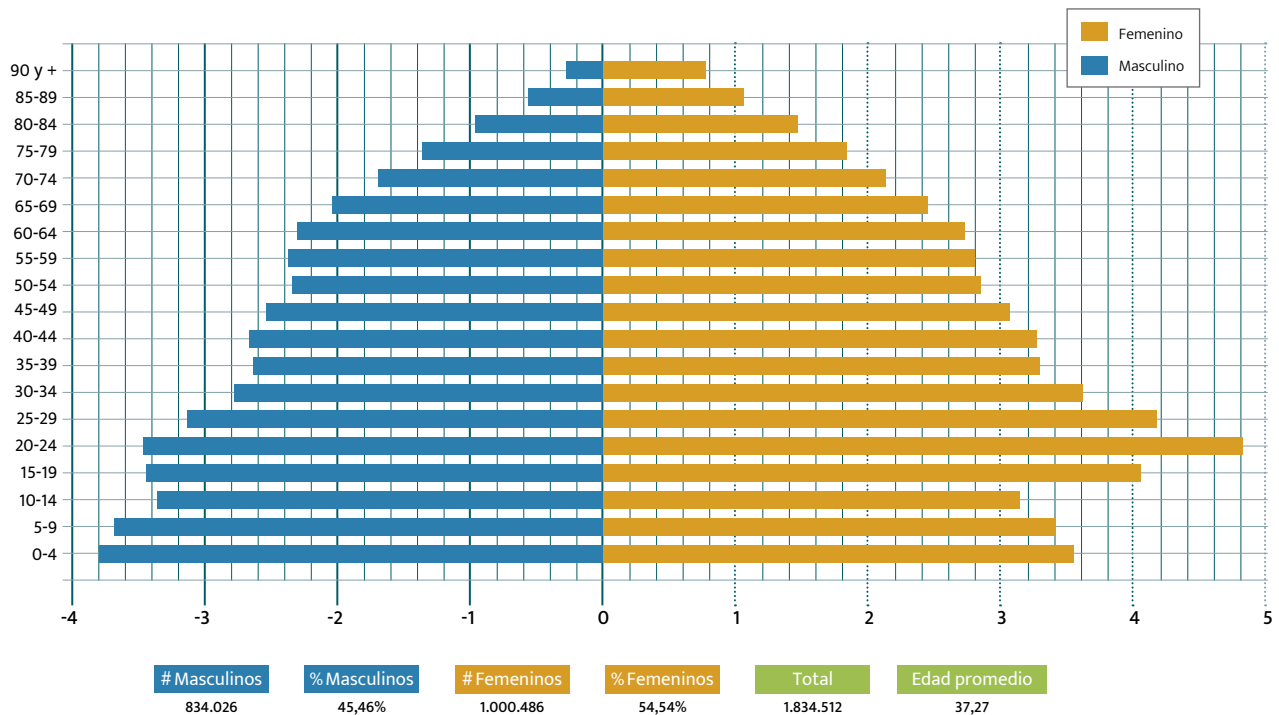
Estratificación de la población con Enfermedad Crónica en Uruguay

La estratificación del riesgo de la población a cargo de 20 instituciones prestadoras del ámbito público y privado se realizó sobre una muestra poblacional del 51,8% (1.834.512 personas de 3.543.025 de población total, que se considera un tamaño muestral representativo de la población general con un nivel de confianza de 99% y un margen de error de <0.07%), en la que se analizaron los diagnósticos encontrados en eventos de internación, de consultas ambulatorias y de consumo mensual de medicamentos.

Se observó un ligero predominio de beneficiarias de sexo femenino, sobre todo en edad fértil (en tanto el porcentaje de mujeres en la población general es de 51.51%, el de la población beneficiaria de la muestra es de 54.54%). En cuanto a la distribución por cohortes de edad, como resulta previsible encontrar en una población beneficiaria de cobertura de salud en la región, predominan las cohortes correspondientes a menores de 14 años con una detracción de la pirámide entre los 10 y 19 años en los varones y entre los 10 y 14 años en las mujeres. La edad promedio de los beneficiarios de ambos sexos es de 37,27 años. (Ver Figura 3)



Figura 3. Pirámide poblacional de referencia. Propuesta de optimización del modelo de atención para personas con enfermedades crónicas y multimorbilidad en Uruguay - 2023



Fuente: Los autores

En cuanto a la estratificación de la población de acuerdo con los parámetros establecidos, se obtuvieron los siguientes resultados utilizando el método de Kaiser: (Ver Figura 4)

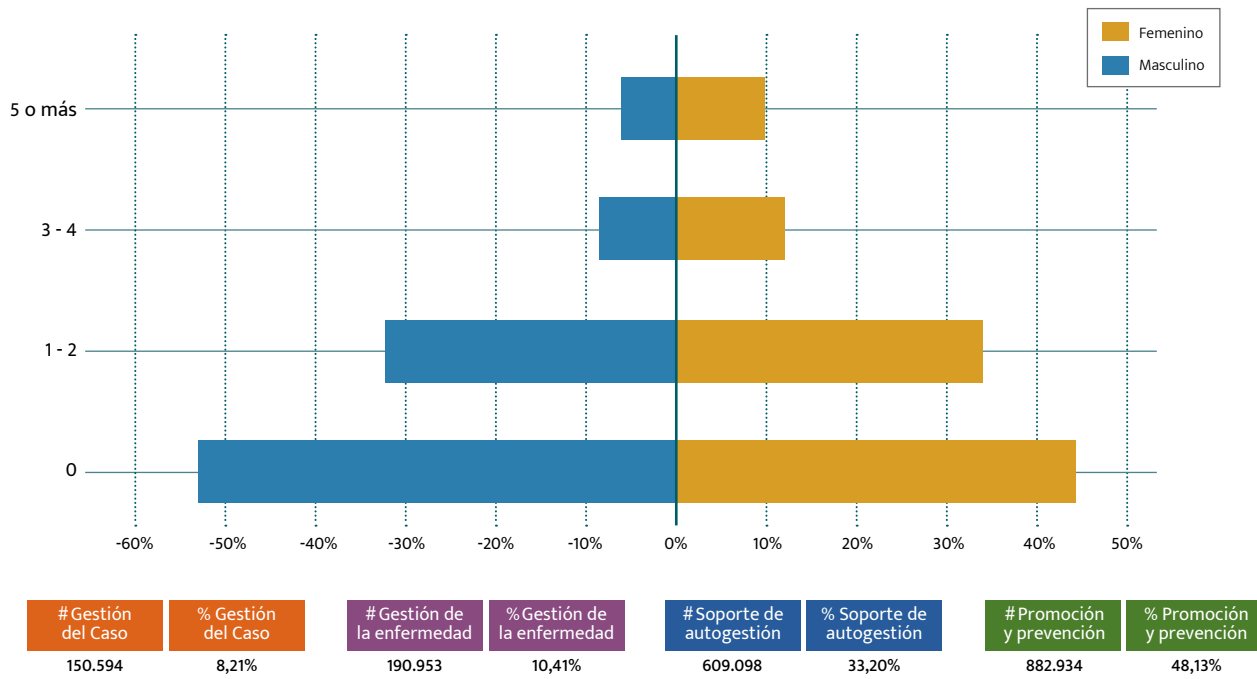
- **Nivel 3 con 150.594 personas** (8.21% de la población de la muestra) que presentan cinco o más patologías seleccionadas coexistentes,¹⁰ que conformarían el estrato de la población al cual debería realizarse la gestión del caso.
- **Nivel 2 con 190.953 personas** (10.41% de la población de la muestra) que presentan tres o cuatro patologías seleccionadas coexistentes y debiera manejarse mediante gestión de la enfermedad.

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



- **Nivel 1 con 609.098 personas** (33.2% de la población de la muestra) que presentan una o dos patologías seleccionadas coexistentes y debiera abordarse mediante el soporte de la autogestión.
- **Nivel 0 con 882.934 personas** que no presentaron ECNT (48.13% de la población de la muestra), en las que correspondería promover la salud.

Figura 4. Pirámide de Kaiser de la población de referencia. Propuesta de optimización del modelo de atención para personas con enfermedades crónicas y multimorbilidad en Uruguay - 2023



Fuente: Los autores

Al sólo efecto comparativo de los resultados obtenidos, se reprodujo la Pirámide de Kaiser y la pirámide de la población de referencia de los proveedores integrales de servicios de salud.

En las pirámides presentadas se excluye del total la población general que no presentó ECNT con el fin de hacer comparables los porcentajes. Se observó una mayor proporción de pacientes de alta complejidad, (16% de la muestra contra 5% de la pirámide del modelo teórico de Kaiser original), que representa de buena manera los resultados de estratificación de países con sistemas de atención maduros en términos de cobertura universal de salud. Se observó también una mayor proporción de pacientes de alto riesgo (20% de la muestra contra 15% del modelo teórico), conformando entre ambos, 36% de la muestra, contra el 20% del modelo teórico.



Impacto económico de la atención de la EC

Al analizar el impacto económico de la atención de la EC se encontró que esta consume aproximadamente 87% del gasto institucional. El 8% de pacientes más complejos (multimórbidos con cinco o más enfermedades) genera 41 % del total del gasto institucional (Ver Tabla 1). Esto es de particular relevancia considerando que hoy en día en Uruguay no existe un modelo de atención diferenciada para este tipo de pacientes.

Tabla 1. Resumen gasto por categorías de gestión de las ECNT, criterio simple de conteo de ECNT (con 5 o +, 3 o 4, 1 o 2 y ninguna ECNT). Propuesta de optimización del modelo de atención para personas con enfermedades crónicas y multimorbilidad en Uruguay - 2023

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

Fuente: Los autores

El gasto en salud de la multimorbilidad en Uruguay es alto y tiene el siguiente comportamiento: los pacientes con cinco o más de las patologías seleccionadas en el estudio representan 8,44% de los pacientes registrados, su atención insume 42,07% del gasto total y 50,48% del gasto en medicamentos. Aquellos pacientes con más de dos patologías representan 18,79% de la población total atendida y su atención insume 62,5% del gasto total y 76,69% del gasto en medicamentos en particular. Al considerar pacientes con dos o más internaciones durante el año previo y toma de cinco o más medicamentos distintos durante el mes, el porcentaje de pacientes con cinco o más de las patologías seleccionadas se reduce a un 5.4% del total pacientes con estas características,



demandando para su atención 83% del gasto total y 87,3% del gasto total en medicamentos de este subconjunto de pacientes.

Lo anterior muestra la importancia de contar con políticas explícitas y específicas sobre el modelo de atención y de efectuar el monitoreo institucional de su aplicación. Esto podría permitir incrementar la calidad y la seguridad del paciente con EC, mejorando de modo significativo estos estándares. Al mismo tiempo, podría contribuir a la sustentabilidad económica del SNIS y de sus instituciones proveedoras de servicios, por cuanto es posible que sea factible disminuir el número de re-internaciones y optimizar el gasto en medicamentos, disminuyendo los riesgos de una polifarmacia.

[Más información](#)

87% del gasto institucional de atención está concentrado en pacientes con enfermedad crónica, pero 8% de pacientes más complejos (multimórbidos con cinco o más enfermedades) genera 41 % del total del gasto institucional.

Modelos de atención a la Enfermedad Crónica No Transmisible y a la multimorbilidad en Uruguay

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

Al evaluar la aplicación del modelo de atención específico en las cinco EC prevalentes seleccionadas en el estudio, se encontró que el puntaje obtenido fue de 9.28 sobre 24, también en estadio básico en la atención, mostrando el amplio abanico de posibilidades de mejora. Es decir, que la implementación de cada uno de los componentes del modelo de atención, avalados por la literatura internacional como necesarios para la atención de la EC, es disímil entre los prestadores, lo que significa alto riesgo de problemas de calidad asistencial y de seguridad del paciente, y problemas de eficiencia productiva en la organización de los servicios.



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

Fortalezas de los modelos de atención

Las fortalezas encontradas fueron las siguientes:

- Existe una importante consideración por parte de las direcciones técnicas de las instituciones de la relevancia de la ECNT y de sus potencialidades tanto para la mejora del nivel de salud de la población, como para el incremento de la eficiencia del sistema sanitario.
- Los sistemas de información de los prestadores permiten identificar a los pacientes con ECNT, sus comorbilidades, interacciones medicamentosas y problemas de vulnerabilidad social y discapacidad que influyen en la evolución de la enfermedad.
- Algunos prestadores realizan actividades relevantes en el manejo de la ECNT como la valoración integral de pacientes, promoción del autocuidado, conciliación de la medicación, pero gran parte de ellas son informales, no sistemáticas, y sin registros en la historia clínica.
- Existe un buen nivel de interacción entre el primer y segundo nivel, facilitándose mutuamente el trabajo y ofreciendo una buena disposición para resolver los problemas del día a día de los pacientes. Sin embargo, estos no están respaldados por acuerdos documentados.
- Existen equipos multidisciplinares para la atención a la ECNT en aproximadamente la mitad de los prestadores. El grado de integración de los diferentes profesionales sanitarios que forman parte de estos es muy variable, pero, en general, forman parte del mismo equipo.
- El despliegue de los cuidados paliativos es amplio y en muchos casos extenso, incorporando a pacientes no oncológicos.
- Existe una coordinación entre el área clínica y social con buen funcionamiento operativo en el día a día, pero se carece de acuerdos documentados y los sistemas de referencia y contra referencia son informales.
- Existe un importante despliegue de la historia clínica electrónica y de la receta electrónica. Estas herramientas representan un elemento facilitador en la agilidad a la atención, y una gran oportunidad de generar entornos colaborativos para la atención.



Áreas de mejora

Las áreas de mejora identificadas fueron las siguientes:

- Generación en las direcciones técnicas de una visión global de la multimorbilidad y de la necesidad de integrar los cuidados en los pacientes complejos para facilitar la continuidad asistencial, y como consecuencia, mejorar los resultados y reducir el consumo de servicios sanitarios.
- Creación de un entorno de trabajo colaborativo entre las direcciones técnicas y los profesionales de la atención a los pacientes, para complementar el conocimiento sobre las estrategias más adecuadas para su abordaje y la efectividad en la implantación.
- Formalización y documentación de acuerdos entre el primer y segundo nivel que definan compromisos en el seguimiento del paciente según nivel de complejidad, criterios de referencia y contra referencia, atención a las comorbilidades y su influencia en la enfermedad de base, y sistemas de relación para la atención para resolver sus problemas en el día a día.
- Gestión de las ECNT de acuerdo con la evidencia científica disponible, documentado las formas de hacer en un protocolo escrito acordado en el equipo multidisciplinar, incorporando las responsabilidades de los dos niveles de atención.
- Sistematización de la evaluación integral con carácter anual de los elementos que, en mayor medida, condicionan la evolución de la enfermedad, incluyendo la valoración social cuando a criterio del clínico esta es necesaria, incorporando su registro específico en la historia clínica electrónica.
- Desarrollo de metodologías para la conciliación de medicación prescritas por diferentes especialistas para reducir en lo posible las interacciones medicamentosas y la polifarmacia.
- Potenciación del autocuidado formando a pacientes y cuidadores sobre los elementos claves de la enfermedad, haciendo énfasis en su aportación a la estabilización de la enfermedad a través de una correcta adherencia al tratamiento y de la práctica de estilos de vida saludable.
- Extensión y uniformidad de cuidados paliativos a través de un mínimo de exigencia a todos los prestadores y a la fiscalización de su grado de cumplimiento.



- Atención preferencial de los pacientes multimórbidos y los frágiles que permita evitar o adelantarse a sus recaídas para evitar continuas re-internaciones, con sistemas de monitorización o seguimiento a distancia que podrían representar un acercamiento del modelo de atención al domicilio del paciente.
- Implementación de indicadores sencillos y consistentes que permitan conocer la efectividad de las innovaciones en la atención.

[Más información](#)

Propuesta de optimización del modelo de atención

El alto desarrollo del SNIS, la cobertura poblacional universal, el amplio espectro de cobertura prestacional y la alta protección financiera, al tiempo que brindan una excelente plataforma para la atención a la EC, muestran que el problema principal se focaliza en el modelo de atención, que muestra una migración lenta desde la atención por demanda espontánea a la enfermedad hacia una atención centrada en las necesidades de la persona, apoyada por un enfoque sistémico.

Bajo las condiciones actuales, es claro que se requiere trabajar en múltiples áreas. Mientras desde la salud pública se debe dar continuidad a la aplicación de políticas poblacionales de promoción de la salud y de prevención para disminuir los factores de riesgo y la consiguiente carga de enfermedad futura, a nivel institucional es importante comenzar la organización de actividades sistemáticas vinculadas a:

- i) Detección precoz del riesgo.
- ii) Capacitación de pacientes en la minimización de sus riesgos (educación).
- iii) Capacitación en soporte de la autogestión para aquellos enfermos con grados iniciales de enfermedad.
- iv) Montaje de grupos para gestión de la enfermedad.
- v) Desarrollo de estrategias de gestión de caso.

En paralelo, se requiere la existencia de protocolos de actuación específicos para las principales EC prevalentes, para orientar el trabajo profesional hacia prácticas clínicas de alta efectividad y el desarrollo de guías de actuación en la multimorbilidad. Tanto protocolos como guías de actuación pueden ser de nivel ministerial o institucional con aprobación del regulador del SNIS, y pueden ser sancionadas como recomendaciones o como obligación normativa, dependiendo de las decisiones de política al respecto. Ambos instrumentos, así como la existencia y uso de dispositivos específicos de atención a la EC y a la multimorbilidad pueden



ser monitoreados por la autoridad sanitaria regulatoria mediante el requerimiento de información específica a los proveedores de servicios.

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

[Más información](#)

Problemas que el modelo busca resolver

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

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

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

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

El problema principal se focaliza en el modelo de atención, que muestra una migración lenta desde la atención por demanda espontánea a la enfermedad, hacia una atención centrada en las necesidades de la persona, apoyada por un enfoque sistémico.



Objetivos a lograr con el modelo

En la experiencia internacional se recogen aspectos básicos, posibles de implementación en el caso de Uruguay para optimizar la atención del paciente con EC, bajo los principios de atención integral centrada en la persona, con foco en la calidad y la seguridad del paciente y que aplican a las diferentes etapas de cuidado que la EC requiere en el esquema de Kaiser.

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

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

Pilares básicos del modelo

Los pilares básicos de este modelo, tomados de las recomendaciones de la OMS, son:

- Vincular a los profesionales en el nuevo modelo de atención mediante el trabajo en equipo y la delegación de competencias.



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

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

Cinco elementos de éxito del modelo en pacientes estables

El desafío del modelo propuesto se centra en iniciar la intervención no cuando se inicia la exacerbación clínica, sino en los periodos de estabilidad, desarrollando las actuaciones que han demostrado su utilidad en la prevención de las recaídas. Se identifican cinco elementos de éxito, que son comunes en las experiencias internacionales:

1. Identificar y estratificar la población para detectar pacientes complejos y predecir las necesidades de cuidado.
2. Crear grupos multidisciplinarios para atender a pacientes frágiles, que establezcan un proyecto coordinado de atención personalizada según las necesidades, a partir del coordinador de cuidados o gestor del caso, quien actúa como intermediario en todas las necesidades del paciente en sus interacciones con el sistema sanitario, y es el encargado de coordinar el plan personalizado de atención.
3. Involucrar al paciente en el manejo de su enfermedad tomando el rol de agente sanitario activo con capacidad de actuar para estabilizar su enfermedad y prevenir la aparición de complicaciones y recaídas.



4. Establecer el plan de cuidados individualizado, incluyendo las necesidades sociales, orientado a conseguir la estabilidad de la enfermedad; la anticipación ante potenciales problemas; el retraso en el avance de la enfermedad y la aparición de complicaciones y a la prevención de las recaídas.
5. Implementar el uso de tecnologías de la información y comunicación (TIC) para crear redes de interacción por mecanismos no presenciales, compartiendo una misma y única HCE; y realizar un seguimiento a distancia del estado clínico del paciente e intervenir precozmente.

Principales transformaciones del modelo

Se pueden desagregar en tres aspectos que fijan el horizonte de futuro, con foco en el paciente, en el modelo de atención y en el sistema de salud:

Paciente del futuro



Activo experto en el manejo de su enfermedad y practicando vida saludable:

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

Modelo de atención futuro



Equipos colaborativos centrados en la prevención, y anticipación a las necesidades de los pacientes, utilizando nuevas formas de atención no presencial:

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

Sistema sanitario del futuro



Un sistema de salud que evalúa con rigor los resultados en salud e incentiva las mejores prácticas:

- Trabajo colaborativo con base en acuerdos y funcionamiento en redes asistenciales de servicios integrados intra e inter-niveles de atención.
- Pago de prestaciones por cápita de población a cargo que promueva un modelo asistencial centrado en la persona, preventivo y proactivo en el manejo de la enfermedad.
- Sistemas de evaluación en salud con base en indicadores robustos validados por la experiencia internacional.
- Descentralización del compromiso y de la responsabilidad y el liderazgo clínico (Gestión Clínica).

[Más información](#)



Aportaciones de valor del modelo de atención

Las principales aportaciones de valor de este modelo de atención, que con una combinación equilibrada conducen a estabilizar la enfermedad y a reducir las descompensaciones, se pueden resumir en los siguientes puntos:

Figura 6. Aportaciones de valor del modelo de atención en el futuro. Propuesta de optimización del modelo de atención para personas con enfermedades crónicas y multimorbilidad en Uruguay - 2023

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

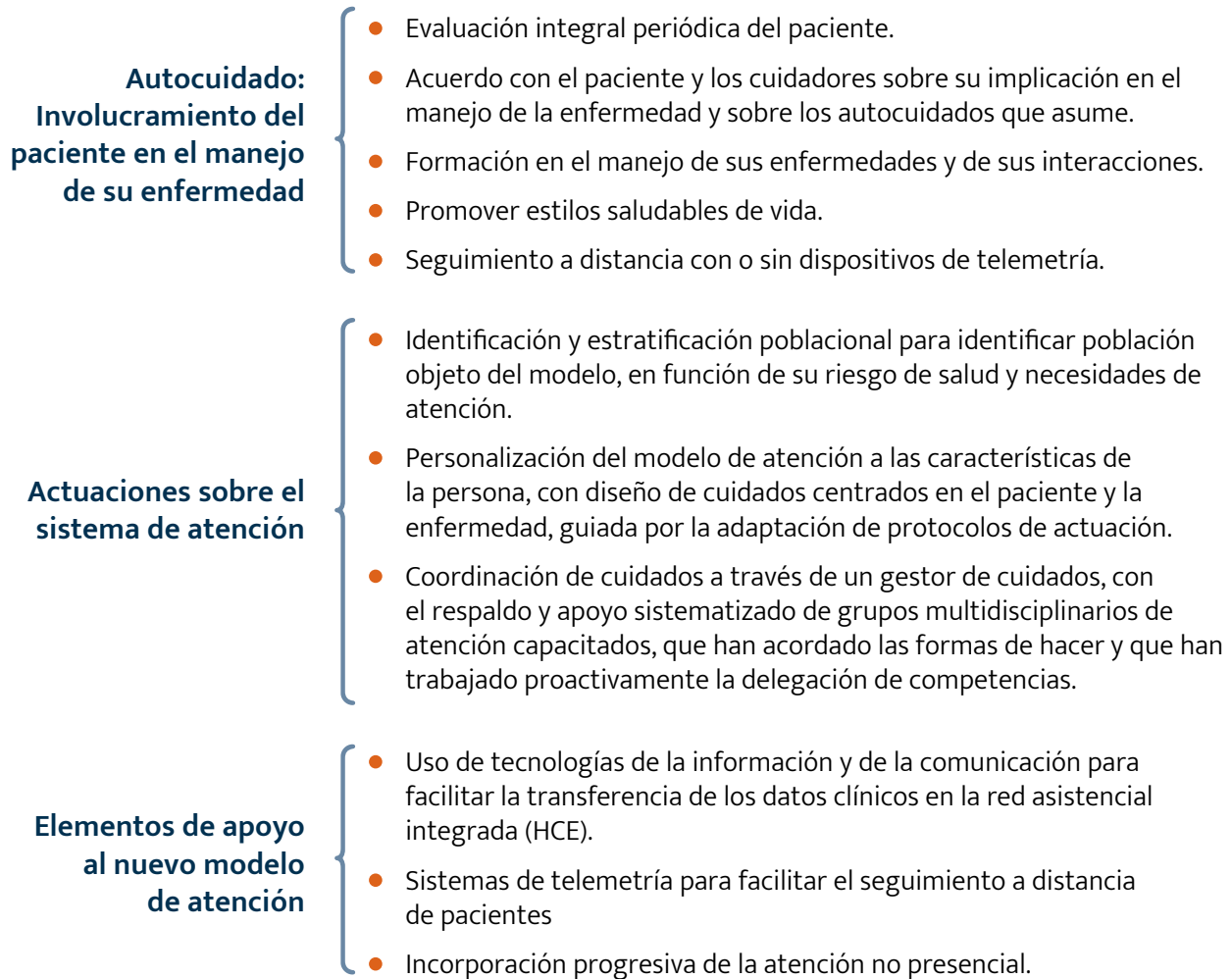
Fuente: Los autores



Innovaciones en el sistema sanitario del futuro

Para el alcance de los objetivos del sistema sanitario del futuro se identifican las siguientes innovaciones principales, agrupadas en acciones sobre el paciente, el sistema de atención y de apoyo (Ver Figura 7).

Figura 7. Innovaciones del sistema sanitario del futuro. Propuesta de optimización del modelo de atención para personas con enfermedades crónicas y multimorbilidad. Uruguay 2023



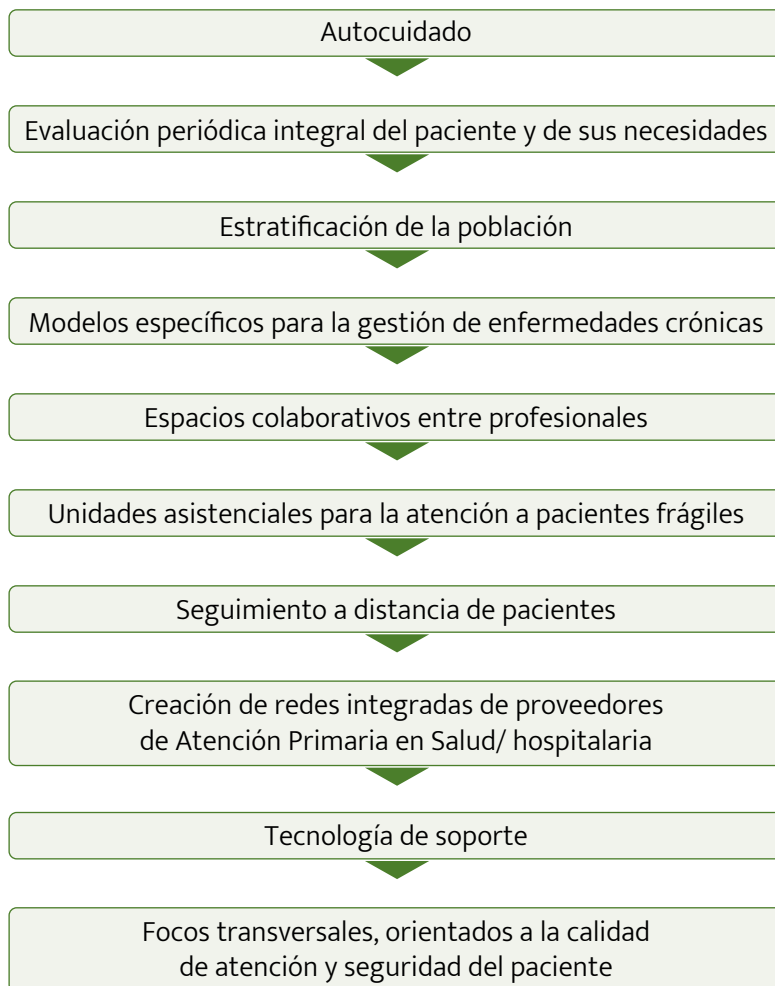
Fuente: Los autores

Elementos básicos de la propuesta

Las principales iniciativas propuestas, de acuerdo con la experiencia internacional, para optimizar el modelo de atención al EC y avanzar hacia un modelo integral, centrado en el paciente, de atención de la multimorbilidad, se detallan a continuación (ver Figura 8).



Figura 8. Elementos básicos de la propuesta. Propuesta de optimización del modelo de atención para personas con enfermedades crónicas y multimorbilidad. Uruguay 2023



Fuente: Los autores

Autocuidado

El involucramiento del ciudadano con su salud y del paciente con su enfermedad es probablemente el factor que tiene una mayor potencialidad en la mejora de los resultados del sistema de salud, y en conseguir una sociedad más sana y con menor carga de enfermedad, con efecto en la sustentabilidad económica. La promoción de estilos saludables de vida y el compromiso de la ciudadanía con su práctica es el elemento nuclear de los planes de salud. Es esperable que un ciudadano activo e involucrado con su salud aporte elementos esenciales a su cuidado, y como consecuencia: más años de vida en buena salud y mejora de los macro indicadores de evaluación del nivel de salud de la sociedad.



El paciente activo tiene mayores garantías de cuidado y de adhesión al tratamiento permitiendo, al mismo tiempo, oportunidades de actuar sobre los condicionantes que desestabilizan su enfermedad y de intensificar el tratamiento en los inicios de los ciclos de desestabilización clínica. Como resultado se pueden mejorar los parámetros de control de la enfermedad, mayor estabilidad de la enfermedad y menor frecuencia e intensidad de ciclos de empeoramiento y reducción de la utilización de servicios sanitarios.

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

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

Evaluación periódica integral del paciente y de sus necesidades

Siempre que sea posible, se debe realizar una evaluación integral periódica utilizando herramientas de evaluación estandarizadas, y una entrevista clínica. La evaluación debe tener en cuenta preferiblemente toda la información actual y anterior de otros recursos, como registros clínicos y otras evaluaciones médicas. Se debe evaluar la complejidad de las condiciones, incluida la carga del tratamiento, las interacciones farmacológicas y los patrones de enfermedad.

La promoción de estilos saludables de vida y el compromiso de la ciudadanía con su práctica es el elemento nuclear de los planes de salud. Es esperable que un ciudadano activo e involucrado con su salud aporte elementos esenciales a su cuidado.



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

Estratificación de la población

Los sistemas de estratificación permiten identificar pacientes en los que se pronostica que puedan necesitar muchos cuidados de cara a iniciar actividades preventivas que atrasen un curso clínico desfavorable. La catalogación de la población atendida en grupos homogéneos de pacientes, en relación con su multimorbilidad y la intensidad de cuidados que precisan, y el refinamiento con la aplicación de filtros sucesivos, permiten la identificación de características comunes en grupos de pacientes, las cuales son de utilidad para adaptar los servicios sanitarios a esos grupos.

Así, por ejemplo, la caracterización de pacientes cercanos o distantes de un establecimiento permite definir mejores frecuencias de contacto directo o de contactos de tipo telemático para control; la caracterización de determinadas situaciones de riesgo de vulnerabilidad, como vivir, solo permite programar preventivamente contactos más frecuentes; y la identificación de vulnerabilidades socioeconómicas permite ajustar el trabajo de apoyo con la asistencia social. La mayor capacidad predictiva de necesidades permite mejorar el planeamiento de su atención, incluyendo la capacitación del equipo sanitario, con impacto en la calidad de atención, tanto técnica como percibida por el paciente y su entorno familiar y social.

Pese a estos beneficios potenciales, la tarea de implementar la estratificación de riesgos y utilizar sus conclusiones en la atención es compleja y requiere no solo la decisión institucional sino también el involucramiento temprano y participativo de los equipos sanitarios, en especial los médicos, para lograr la adopción del cambio de modelo hacia una concepción de salud poblacional y al mismo tiempo una atención centrada en las necesidades de la persona.¹¹

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



Modelos específicos para la gestión de enfermedades crónicas

La gestión de enfermedades es un proceso de optimización de la provisión de cuidados mediante la coordinación de recursos a lo largo de todo el sistema de salud, durante todo el ciclo de vida de la enfermedad, basado en la evidencia científica, y orientado a mejorar la calidad y los resultados al menor costo posible. Está orientada hacia la enfermedad, desde una perspectiva integral y global, incorpora actuaciones preventivas y curativas, e implica a todos los actores del sistema sanitario.

Sus objetivos son la prevención, la efectividad clínica y la eficiencia. Incorporan elementos de evaluación mediante indicadores de buen resultado, elaborados con la creación de grupos de expertos que diseñan el protocolo de atención para las ECNT más prevalentes y con mayor impacto en la población, considerando la interacción con otras enfermedades y sus tratamientos, para encauzar las mejores prácticas para pacientes con multimorbilidad. Su desarrollo puede ser impulsado por la autoridad regulatoria o por el nivel institucional, con supervisión, guía o aprobación por la autoridad sanitaria.

Espacios colaborativos entre profesionales

La creación de equipos multidisciplinares está presente en todos los modelos de atención a la EC y pretende integrar la asistencia sanitaria y facilitar la continuidad de cuidados entre los diferentes profesionales que coparticipan en la atención. Están constituidos por lo general, por médicos de atención primaria, médicos especialistas, enfermería, farmacéuticos y trabajadores sociales, apoyados eventualmente por fisioterapeutas, nutricionistas y personal administrativo capacitado. La mayoría de las experiencias internacionales ceden el liderazgo de estos grupos al médico de atención primaria. En el caso de Uruguay, probablemente este rol lo asumirían los médicos de cabecera, capacitados para este rol.

Existen diferentes instrumentos que facilitan la compenetración entre la diversidad de profesionales; entre ellos:

- Registros médicos del paciente compartidos, previa autorización del paciente, por la que surge el concepto de la HCE poblacional.
- Desarrollo de competencias de una forma colaborativa: sesiones clínicas y actividades formativas presenciales y no presenciales.
- Acuerdos sobre la forma de hacer de cada uno en el grupo mediante el consenso.



- Uso de la comunicación directa por mecanismos presenciales y no presenciales.
- Implementación de estrategias específicas para el manejo de diversos problemas clínicos para la mejor gestión de las enfermedades.

Unidades asistenciales para la atención a pacientes frágiles

Son unidades hospitalarias centradas en la atención del paciente crónico frágil, especialmente, aquel con alto riesgo de internamiento hospitalario y alta multimorbilidad. Estas unidades incluyen un equipo integrado por médicos (por lo general, geriatras o internistas), enfermería, farmacéuticos y trabajadores sociales que actúan estrechamente en entornos colaborativos con especialistas y con una cercana interrelación con la atención primaria. Un rol crítico es el enlace con la atención primaria de la salud, usualmente asignado a una enfermera capacitada para desarrollar la articulación con los gestores de caso (enfermera de enlace).

Estos equipos analizan y gestionan todas las necesidades de los pacientes y entre ellas: i) formación del paciente en el manejo de su enfermedad; ii) conciliación de la medicación; iii) seguimiento a distancia – teleasistencia; y iv) apoyo social. Alcanzan un equilibrio en las diferentes modalidades de atender al paciente combinando la hospitalización, la asistencia ambulatoria presencial, la actuación no presencial y el seguimiento a distancia en el domicilio del paciente con sistemas de telemetría.

Seguimiento a distancia de pacientes

Estos modelos asistenciales se utilizan para condiciones clínicas cambiantes en las que son necesarios frecuentes ajustes en el tratamiento. Las condiciones clínicas necesarias para la obtención de beneficios son: i) enfermedad con ciclos de exacerbación en los que la movilidad tenga un efecto determinante; ii) con tratamientos que eviten o reduzcan la intensidad de los ciclos de inestabilidad clínica; y iii) enfermedades en las que un ajuste periódico, a veces diario, de la medicación pueda tener un beneficio en la estabilización de la enfermedad.

La creación de equipos multidisciplinares está presente en todos los modelos de atención a la EC y pretende integrar la asistencia sanitaria y facilitar la continuidad de cuidados entre los diferentes profesionales que coparticipan en la atención.



Existen experiencias para el manejo de ECNT. En todas ellas, el paciente responde diaria o periódicamente a un cuestionario, además de medir diversas variables como pulsioximetría, glucemia, tensión arterial o peso. Existen algoritmos que predicen precozmente las situaciones de inestabilidad, y así, los profesionales contactan al paciente. Estas experiencias potencian la implicación del paciente en el manejo de su enfermedad y aprovechan las potencialidades de la rehabilitación para estabilizar y mejorar la situación de base de la enfermedad.

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

Estas experiencias se sustentan en la creación de redes integradas de proveedores que despliegan todos los servicios sanitarios y sociales que precisan los pacientes. Integran en una única red asistencial a todos los profesionales con potencialidad de aportar valor al paciente y entre ellos, al menos: médico de atención primaria, médicos especialistas, enfermería, farmacéuticos, trabajadores sociales, nutricionistas y fisioterapeutas. Estas redes están muy orientadas a actuaciones preventivas y a estabilizar el curso clínico de la enfermedad en el convencimiento de que es la mejor estrategia para evitar hospitalizaciones, que representan la modalidad asistencial más desfavorable para el paciente y más costosa.

La principal experiencia de redes integradas de servicio es Kaiser Permanente, un consorcio de atención integrada que opera como un subsistema sanitario, encargado de aseguramiento y aprovisionamiento. Es un modelo de integración vertical basada en redes integradas de servicios de salud. Sus principios de actuación son: enfoque de salud poblacional, liderazgo clínico, atención integrada, disminución al mínimo de la hospitalización, y optimización del tiempo médico. Kaiser Permanente ha sido reconocida como una organización con múltiples iniciativas en la prevención de la enfermedad, y la más valorada en el mundo en esta materia. También ha recibido diferentes reconocimientos al liderazgo en salud digital y en la creación de redes de interacción no presencial, formando al paciente como parte activa de dichas redes.

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



Tecnología de soporte

Estas experiencias tienen un soporte tecnológico de relevancia y facilitan de una forma determinante la comunicación entre todos los agentes implicados. Se destacan: i) HCE unificada que integre informaciones de todos los niveles de atención; ii) sistemas de teleasistencia y telemonitorización de pacientes; iii) receta electrónica; y iv) sistemas de interacción que faciliten el funcionamiento en red.

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

Focos transversales, orientados a la calidad de atención y seguridad del paciente

Mientras todos los puntos mencionados contribuyen a un enfoque de mayor calidad de la atención, los aspectos de calidad más relacionados con la seguridad del paciente pueden requerir abordajes específicos. Estos ejes transversales de trabajo complementan los ejes anteriores para lograr una atención centrada en el paciente de alta efectividad.

Como se ha reiterado, el paciente con EC, y en especial, los multimórbidos, son pacientes altamente frecuentadores de los distintos niveles de la asistencia. Por esas características, no son infrecuentes los errores en la atención y se sugiere minimizar los riesgos con abordajes específicos de algunas áreas de calidad que hacen a la seguridad del paciente. Entre ellas, sin agotar las posibilidades, se destacan las siguientes: i) identificación de pacientes; ii) mejoras en la comunicación efectiva; iii) seguridad de medicamentos de alerta alta, en especial en las instancias de transición de atención; iv) prevención de caídas; y v) manejo de incidentes, bajo el enfoque de involucramiento del personal en el reporte de incidentes, como estrategia de transformación del error en progreso.

Más información





Imagen de DCStudio en Freepik



Proyección

Las posibilidades futuras de implementación de la propuesta de optimización del modelo de atención para personas con EC y multimorbilidad en Uruguay, se vislumbran en el corto y mediano plazo, partiendo de la línea de base levantada por este estudio.

El estudio permitió identificar fortalezas y puntos de mejora para cada uno de los modelos de atención vigentes y la necesidad de avanzar en el desarrollo de un modelo integral, centrado en la persona, para el abordaje de la multimorbilidad.

Se propone realizar el diseño de indicadores de seguimiento y monitoreo enfocados en la calidad y seguridad de la atención y en resultados e impacto sobre la población y el sistema para alcanzar ajustes en tiempo real y aportar mayor eficiencia al sistema de salud.

Frente a las proyecciones en el largo plazo, se observan posibilidades de evaluación de la implementación del modelo de atención, y un trabajo colaborativo regional en pro de la atención de las personas con multimorbilidad, relacionado con compartir las experiencias exitosas y las lecciones aprendidas para lograr mejores resultados en salud, calidad de vida de esta población y eficiencia en el uso de recursos de los sistemas de salud.





La importancia de la Enfermedad Crónica (EC) en Uruguay ha sido reportada y analizada desde hace muchos años y en múltiples estudios. Su impacto en la mortalidad y su alto costo asistencial fue determinante en la generación de diversas estrategias de promoción de la salud, prevención primaria y secundaria, cuyo efecto ha comenzado a percibirse en el cambio de tendencia en algunas áreas específicas, como la enfermedad cardiovascular.

Sin embargo, más allá de medidas de inclusión de programas y prestaciones específicas para la atención de la EC y las pautas de organización general de los servicios de salud para la satisfacción de la demanda espontánea que genera la EC, no ha habido muchas iniciativas de revisión de los modelos de atención a la EC y en especial, al problema de la multimorbilidad, como existe en otros países frente a una situación epidemiológica similar. Excepción importante es la “Guía de fragilidad en personas adultas mayores: criterios prácticos e instrumentos de pesquisas en el primer nivel de atención”, desarrollada por el Ministerio de Salud Pública de Uruguay (MSP) y puesta a disposición de los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud.

La Asistencia Técnica acompañada por el Banco Mundial y desarrollada bajo la guía y apoyo de la Dirección General de la Salud y del Programa de Enfermedad Crónica del MSP, está enfocada en comenzar a llenar ese espacio. En la primera fase, entregó un análisis de los modelos de atención a las enfermedades crónicas más prevalentes y a la multimorbilidad. En la segunda, recogió las estrategias específicas para la estratificación de las poblaciones a cargo de los prestadores integrales con diversos parámetros de análisis de la EC, entre ellos, la multimorbilidad y su impacto económico en términos de proporción del gasto institucional que su atención genera. En la tercera fase, se avanza en la propuesta de desarrollo paulatino de un modelo integral de atención a la multimorbilidad, usando también como insumo esencial, experiencias internacionales vigentes en la atención a esta problemática.