

La transformación necesaria del modelo de atención

La juventud envejece, la inmadurez se supera, la ignorancia puede educarse y la borrachera despejarse. Pero la estupidez dura para siempre.

Aristóteles



Por Carlos Alberto Díaz

Médico (UBA)

**Especialista en Nefrología
y Medio Interno (UBA)**

**Especialista en Terapia Intensiva
(Colegio Médico)**

Médico Sanitarista ANM

Gerente Médico Sanatorio Sagrado Corazón

**Director de la Especialización en Economía
y Gestión de los Servicios de Salud
(Universidad ISALUD)**

Macrotendencias demográficas y epidemiológicas

Las macrotendencias demográficas y epidemiológicas nos obligan a replantear la forma de gestionar los sistemas y las organizaciones sanitarias. Las transiciones tecnológicas, económicas, políticas y sociales son también vectores de esta transformación que exige renovar el modelo de atención, desde uno que atiende pacientes agudos o las descompensaciones de los pacientes crónicos –totalmente fragmentado–, por otro longitudinal y continuo que mitigue o evite las complicaciones de los crónicos de todas las edades. Esas modificaciones implican innovaciones copernicanas en los dispositivos asistenciales, en la organización de los hospitales, en las formas de contratación, en los incentivos de la relación de agencia, en la provisión de medicamentos, y en la contención social de los ciudadanos. Son transformaciones que tienen relación con los cambios observados en la demanda. Son lógicas y de sentido común, pero enfrentan intereses creados que se benefician con el modelo actual.

Por esto, el sistema de prestación sanitaria debe estar integrado y ser integral. El concepto de estar integrado tiene primero tres dimensiones vinculares: a) desde lo financiero y social con lo sanitario; b) desde lo educativo y lo político con lo sanitario, en su expresión más cabal: la salud debe estar en todas las políticas; c) entre el financiamiento y la prestación.

Las personas que no gozan de un estado de salud adecuado no tienen plena libertad. El proceso de enfermar hace que las

personas se sientan más vulnerables. No tienen capacidad de trabajo. No pueden desarrollar sus proyectos de vida. Una salud para todos abarca también y fundamentalmente integrar los determinantes sociales: la pobreza, la desigualdad económica, la soledad, la educación, la vivienda, el ambiente, el acceso a los sistemas de atención, un trabajo digno bien remunerado. Debe estar integrado entre lo social y lo sanitario, en la complementación de la atención que requiere el paciente.

El sistema será integral si involucra —además de la atención— la curación, la promoción, la prevención y la rehabilitación. Un segundo nivel de integración es conocido como vertical u horizontal desde el neoinstitucionalismo (Báscolo, 2015). El vertical debe ser bidireccional, desde arriba hacia abajo y viceversa (Nuño Solinis, 2016). Puede ser desde la función de rectoría o macrogestión hasta la atención. Lo denominaré *top down*. Luego está el que —desde el sector operativo, de la atención de los pacientes— pretende integrar la información para que mejore el sistema político de toma de decisiones, conocido como *bottom up* o desde abajo hacia arriba. Es conveniente que el sistema se nutra de información confiable y tome las mejores decisiones. La otra forma de integración importante es la horizontal: entre centros o proveedores de un mismo nivel asistencial.

Desde un abordaje organizativo, la integración se puede generar por el mercado, por jerarquía o complementación de redes. Últimamente, en determinadas patologías se optó por la conformación de corredores sanitarios, con servicios 7/24 para atender dolor precordial, accidentes cerebrovasculares, trauma severo y quemados (Díaz, 2016).

Un nivel de integración ya interno, en los hospitales, se puede dar por procesos en una producción matricial: procesos bien reglados, casi de producción industrial, o bien mediante la atención personalizada de los pacientes complejos, con evaluaciones clínicas, cognitivas, sociales y funcionales, para determinar la capacidad de contención del paciente en el medio y su fragilidad, dependencia o discapacidad (Junta de Andalucía, 2014).

Epistémicamente, la integración involucra entender que la salud debe apelar a la recursividad en su estrategia, asumiendo que las empresas de salud son sistemas adaptativos complejos, donde el producto, el *output*, tiene que ser un productor de salud, y también fundamentalmente un *outcome*, un resultado, un desempeño esperado (Díaz, 2012 y 2014). Estos productores de salud recursivos son los mismos pacientes en autocuidado, sus familiares, los padres y los abuelos recibiendo consejos, signos de alarmas e indicaciones para adherir al tratamiento. También los médicos y las enfermeras referentes, para que colaboren en la atención de los pacientes reintegrados a la comunidad. Y los

niños, con la prevención y promoción impartida en los colegios como contenido educativo (Riss, 2016). Técnicamente se denomina prestación integral a integrar la promoción con los hábitos saludables, la prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria, la curación, el cuidado, la rehabilitación, los cuidados paliativos, la atención domiciliaria y los cuidados especiales.

La integración debe ser asimismo con la persona, el paciente que al estar informado genera decisiones compartidas (Montori, 2016), conocimientos de su enfermedad que se aplicarán sobre las conductas saludables, sobre los elementos de autocuidado, sobre los determinantes sociales que están influenciando, las características de su familia o los proyectos de vida. Mostrando las opciones de tratamiento aumenta la adherencia en cuanto a vías de administración, posología, costos y accesibilidad (Perestelo Pérez, 2014). La integración de la atención de pacientes crónicos involucra diferencias en su atención, relacionadas con las necesidades reales, la diferente gravedad de su enfermedad o estadios evolutivos, la organización de la oferta y nuevas formas de contratación y pagos (Maceira, 2010).

Este abordaje genera propuestas acerca de cómo segmentar la población en función de las necesidades. Estos requerimientos obligan a las instituciones para que desplieguen modalidades de atención más integradas, de cuidado continuo, con longitudinalidad de los cuidados, nuevos dispositivos de atención centrada en la persona, organizativos, competencias diferenciales, en función del cambio en los requerimientos de la transición epidemiológica, siguiendo fundamentalmente el *Chronic Care Model* (CCM) de Wagner (1999), que aplicó con éxito la Kaiser Permanente. Este modelo tiene como elementos esenciales de una buena atención de pacientes crónicos: un paciente activo, informado, con conocimiento de su enfermedad y cuidado, pautas de alarma, y realizando interacciones productivas con un equipo preparado en la atención de los pacientes crónicos (Barr, 2003). Los modelos de gestión de pacientes con enfermedades crónicas están relativamente en sus inicios. El CCM de Wagner, el primer sistema ampliamente divulgado y base para posteriores enfoques, lleva en uso apenas 20 años. Modelos más recientes, tales como el Modelo de Cuidado Crónico Extendido, empleado y planteado por el Gobierno de la Columbia Británica de Canadá, y el Marco de Cuidado Innovador para Enfermedades Crónicas de la OMS son, en general, variantes de ese modelo original que enfatizan la importancia del compromiso de la comunidad, de las actividades de prevención, de promoción de salud y de la necesidad de optimizar el uso de recursos y la formulación de políticas sanitarias. La estratificación basada en la pirámide de Kaiser Permanente podría facilitar la clasificación de pacientes

en tres niveles de intervención, de acuerdo con su nivel de complejidad: el primero de autocuidado, el segundo de gestión de la enfermedad y en el tercero están los pacientes que están en la parte superior de la pirámide y representan sólo entre el 3% y el 5% de los casos, pero son los más complejos y consumen la porción más elevada de recursos.

Modificar el modelo de atención

El modelo actual es episódico y fragmentado. Atiende las complicaciones agudas de los pacientes sin tener diseñadas transiciones o sistemas proactivos de atención, ni tampoco acciones para asegurar la referencia de los pacientes a otros sectores del sistema.

El paciente supone entonces que debe acudir a especialistas, quienes no entenderán por qué son consultados. Existe así un abismo entre lo sanitario y lo social.

El sistema sigue enfocando todos sus esfuerzos en un modelo asistencial centrado en pacientes agudos, pero no atiende de manera adecuada a los pacientes crónicos, con multimorbilidad y polipatología, con necesidades asistenciales diferentes a las patologías agudas. Existe una fuerte fragmentación entre niveles asistenciales y entre estructuras, con compartimientos estancos: hospitales, atención primaria, servicios sociales. Esta fragmentación merma la calidad e impide ofrecer continuidad de cuidados y la eficiencia de los servicios prestados. En muchos casos no se consigue estabilizar a los pacientes, lo que se traduce posteriormente en un elevado volumen de re-ingresos y urgencias evitables. Los esfuerzos se consumen en atender pacientes descompensados que podrían haber sido reevaluados antes (Ballesteros, 2014).

El sistema de salud argentino está fatalmente fragmentado en derechos, en accesibilidad, en instituciones, en proveedores públicos y privados, presupuestariamente, en procesos y en continuidad de atención (Díaz, 2019; Varela, 2015). Los pacientes con patologías crónicas son atendidos de forma episódica, quedando a menudo “fuera del radar” del sistema de salud, de manera que una vez se van de la consulta o son dados de alta desaparecen y no reciben ningún tipo de atención de forma proactiva ni preventiva, ni se plantea ningún tipo de monitorización remota ni apoyo para la gestión de su enfermedad. Vuelven con episodios que requieren ingresos a las unidades de críticos, siendo más de la mitad de ellas internaciones potencialmente evitables (González, 2014).

El modelo de atención debe dejar de ser un modelo imprevisor de atención de las complicaciones agudas, totalmente segmentado

y fragmentado, y que impide la atención longitudinal y continua, para orientarse a la segmentación del riesgo a la atención de pacientes crónicos con mejora en el autocuidado, o bien introduciéndose en la historia natural de su enfermedad para impedir la evolución natural, postergando las complicaciones y el deterioro de la salud.

Luego están los pacientes más complejos, que son los que tienen más de una patología y multimorbilidad, y que se convierten en pacientes complicados, con déficits clínicos, funcionales, cognitivos, mentales y sociales. Estos exigen una visión más extensa que la encarada por el especialista: deben ser atendidos por equipos de gestores de casos; luego la organización de servicios hospitalarios con internistas o generalistas, fundamentalmente equipos multidisciplinarios que puedan seleccionar un esquema de tratamiento individualizado y personalizado del paciente; y por último un sistema de atención de procesos, tipo *Factory*, para procesos con menor variabilidad y cuasi industrializados (Varela, 2019).

Componentes y variables de integración

Para la integración propongo una serie de acciones nucleares (Vilaca Mendes, 2013):

- Identificación de los pacientes, nominalización, georreferenciación e historia social.
- Luego de identificarlos se deben asignar y estadificar, para medir el impacto que haya ocasionado la enfermedad.
- Ello debe complementarse con una evaluación global, funcional, cognitiva, social y clínica.
- La comunicación de los pacientes con el equipo de atención y de especializada con la atención primaria.
- La planificación asistencial de los casos, la organización y vinculación con los servicios y su monitorización.
- Seguimiento de los pacientes.
- Referenciación ante situaciones emergentes.
- Pautas de alarma.
- Medicación: provisión, continuidad y control de ingesta, botiquín.
- Puntos de provisión y controles periódicos.
- Reevaluación.
- Intersección por prestaciones especiales que requieran los pacientes.
- Prestación individualizada de consejos.
- Orientación hacia la asistencia y la emergencia de pacientes que están dentro del sistema.

- Acciones para contactar pacientes con cuidados crónicos y frágiles.
- Comunicación e interacción entre la atención primaria y los servicios de diagnóstico, entre la atención primaria y los servicios especializados, y entre éstos y los cuidados de media estancia y los de post alta.

Los servicios de “post venta” deben estar fortalecidos: es un área en la que debemos innovar para que le ofrezca el sistema continuidad de los cuidados y así evitar reinternaciones. La telemedicina y la comunicación por WhatsApp o mail juegan un papel fundamental (Krynski, 2018), así como las recitaciones programadas; los llamados post alta; la educación para colaborar en el reemplazo de la pérdida de autonomía del paciente; la kinesioterapia domiciliaria; o la asignación de pacientes complejos a gestores de casos (Díaz, 2017). Deben desarrollar vínculos precisos entre el sistema de salud y sus pacientes, por los cuidados que necesitan, la comunicación, los servicios de apoyo, las instituciones que constituyen la red y lo que se espera de ellas, así como una historia clínica en registro electrónico que se comparta, contratos que privilegien el tiempo con el paciente y los cuidados integrados del proceso, para que no tenga que realizar visitas innecesarias, ni esperas improductivas, ni copagos limitantes de acceso a personas frágiles, proveyendo los servicios sociales complementarios.

La organización debe estar orientada a promover la integración entre proveedores a través de mecanismos jerárquicos, contractuales o de red. Luego estos participantes deben ser asignados a organizaciones sanitarias integradas, generando redes virtuales de integración, inter e intraorganizativas basadas en acuerdos, contratos o alianzas entre proveedores y aseguradores, los grados de integración de la propiedad y las gestiones, siendo lo más importante la integración organizativa.

Aspectos positivos y negativos de las distintas formas de integración

- Las relaciones de mercado se realizan a través de contratos de corta duración o intercambios concretos entre organizaciones independientes, diferenciándose por el poder de coordinación y el riesgo financiero. En el mercado cada prestador goza de poder de decisión independiente y riesgo económico. En las integraciones por jerarquía, el poder y el riesgo se concentran en las unidades organizativas directivas. En las redes se comparte entre unidades organizativas. En la práctica, muchas veces vemos modos de organización integradas mixtas.

- En el sector sanitario, la presencia de alto grado de incertidumbre en cuando a la efectividad de las prestaciones elegidas, los resultados y las asimetrías de información, tradicionalmente han dificultado la operación eficiente de mecanismos de coordinación jerárquicos y de mercado, los que seguramente explican el surgimiento de redes autogestionadas de profesionales como mecanismos de coordinación informal.
- Las jerarquías imponen más departamentalización. Esto produce tensiones entre autoridades que tienden a la centralización y quienes están en las unidades de atención, que quieren más poder de decisión. Uno de los riesgos principales de esa tensión es la desmoralización de los intervinientes en las organizaciones.
- La diversificación en la oferta prestadora quita capacidad de lograr mejores respuestas locales.
- Las redes permiten organizar más en base a las necesidades de los pacientes, pero eso lleva a incrementar la capacidad de los efectores. Estos tienen más participación ciudadana, que es una ventaja. En los modelos jerárquicos las decisiones se toman a nivel del gobierno clínico.
- La regionalización permite gestionar mejor a los pacientes dentro del sistema, dándoles un orden para su derivación, atención y orientación hacia lugares donde obtener una mejor respuesta.

Cuando los modelos de integración ponen el foco en el valor que aportan las prestaciones de salud, interesan los resultados clínicos y el sacrificio para lograrlos. Los costos se reducen entre 20% y 30% y lo hacen empujados por el rechazo que los internistas responsables hacen de las prácticas innecesarias.

Uno de los principales problemas que afectan al modelo actual es la fragmentación de los cuidados. Esto implica que las atenciones no se organizan en forma de cuidados continuos, sino como prestaciones aisladas que a veces se duplican y otras no se conectan en forma oportuna. Las personas reciben cuidados diferentes para iguales problemas de salud (Tobar, 2011).

En general, los incentivos a la eficiencia son escasos. La inducción para prescribir también puede estar impulsada por la medicina defensiva. Los médicos pueden tener incentivos para tratar de atraer hacia sus tratamientos a pacientes de riesgo bajo, que les resultan fáciles o que les insumen poco tiempo y riesgo.

La accesibilidad a los sistemas de salud se ha convertido en un valor magnificado de la asistencia sanitaria. Esto genera una tendencia a incrementar la oferta, recordando que la misma en cierta medida es generadora de su propia demanda, la sobreprestación, internaciones innecesarias o su prolongación.

Organizaciones sanitarias integradas

Las organizaciones sanitarias integradas pueden requerir distintos grados de integración vertical y horizontal. La integración vertical puede operarse desde el financiador, pagador, hospitales, ambulatorios y emergencias, e incluye la diversificación de otras líneas de productos, como los cuidados de larga duración, salud odontológica o centros de oftalmología.

Las organizaciones sanitarias integradas se centran en poblaciones afiliadas, definidas. Potencialmente la coordinación permitiría economías de escala y de alcance, donde las alianzas permiten la asistencia integrada. Tiene elementos para conseguir el enlace entre prestadores, proveedores, financiadores y pacientes; emplea incentivos financieros para alinear las partes; es capaz de mejorar la continuidad de la asistencia que provee; la alineación entre financiación e incentivos de pago; la colaboración entre medicina y gestión; y la rendición de cuentas.

Las integraciones pueden darse en el marco de las redes, las jerarquías y los mercados; por integración en propiedad de la firma o contractuales.

Atención basada en el valor

Los servicios de salud en la actualidad muy frecuentemente están basados en el volumen y la productividad, en medio de sistemas de salud muy fragmentados. En este contexto, el análisis y la generación de valor en las organizaciones sanitarias son fundamentales para la transformación de los servicios de salud. Valor es el cociente entre resultados de salud y el costo para llegar a esos resultados, considerando el impacto en la salud individual y global que generan las actuaciones y el costo de la tecnología como valor incremental y el costo de oportunidad (Lakdawalla, 2018).

Porter y Teisberg (2004) proponen que el valor en salud se crea mediante una competencia basada en grupos poblacionales por riesgos, enfermedades específicas y una adecuada respuesta a las evaluaciones de los usuarios, favoreciendo que cada uno de los pacientes pueda seleccionar a sus aseguradores y sus prestadores con base en el valor que generan, y constituyendo un nuevo ambiente de “suma positiva” de valor. Es decir, si una organización en salud empieza a generar valor a través de la prestación o el aseguramiento, el sector de la salud en conjunto iniciará el viraje hacia el valor. El pago basado en el valor fomenta e incentiva la integración de los servicios asistenciales, acentuando el compromiso de los profesionales por impulsar innovación costo-efectiva y la obtención de mejores resultados

clínicos. Solo utilizan lo que aporte valor a la clínica (Porter, 2014; Coleman y otros, 2009).

Pero los profesionales están inmersos en la falta de tiempo, en la sobrecarga de trabajo, en la presión consumista del complejo industrial médico y de los pacientes, en la petición excesiva de pruebas diagnósticas por múltiples razones, que también son circulares o redundantes a la falta de tiempo y a la medicina defensiva, a la ensoñación tecnológica, a compensar la espera de los pacientes, el racionamiento médico y la incertidumbre diagnóstica.

Atención centrada en la persona

El máximo valor que le asignamos a las prestaciones debe estar basado en la atención centrada en las personas, segura, de calidad y eficiente, que promueva la interacción entre profesionales y entre instituciones; la continuidad de cuidado dentro de las instituciones; durante la noche y los fines de semana, y en la ampliación de lo asistencial a lo sanitario cuando se requiera; estudios de costo efectividad para sostener las decisiones; organización de las transiciones entre los niveles asistenciales, y especialmente cuando el paciente es dado de alta de una hospitalización.

Es indispensable contar con una historia clínica informatizada uniforme que sea compartida, para que se pueda establecer una buena referencia y contrarreferencia de los pacientes (Nundy, 2014).

El Picker Institute (2015) refirió en 1998 la atención centrada en el paciente:

- Respeto por los valores, preferencias y necesidades de los pacientes. Esto implica fundamentalmente conocerlos, indagarlos, dar el espacio de libertad para que ellos los expongan adecuadamente.
- Deben recibir los servicios y las prestaciones en forma coordinada e integrada entre niveles y entre lo médico y lo social.
- El paciente debe disponer de información relevante, clara y que la entienda y la interprete en la medida de sus conocimientos. Para ello el médico o el equipo profesional deben tomarse el tiempo para explicar y para la repregunta, no ofenderse por lo que leyó en Internet con el Dr. Google, sino darle las páginas mediante las cuales pueda aumentar sus conocimientos. Saber más de su enfermedad lo ayudará.
- Conseguir la máxima calidad de vida posible en ese momento, con especial atención al alivio del dolor.
- Disponer para los pacientes y sus familias el apoyo emocional para afrontar el miedo y la ansiedad.

- Debe implicar al núcleo cercano y los afectos del paciente, familiares y amigos, o compañeros de trabajo, en la medida que el paciente autorice. Siempre será un beneficio si estos están en consonancia con las expectativas y lo que se espera de los tratamientos.
 - Debe recibir atención continuada, independientemente del punto de atención donde se esté llevando a cabo.
 - Debe obtener la máxima accesibilidad posible a los servicios prescritos.
- Esto es lo que Jordi Varela significa como principios “pickeriaños”, que hacen a la atención centrada en las personas.
- Como consecuencia de la impericia de un modelo hegemónico médico –que yo llamo “de la ilustración”– surgen algunas cuestiones que debemos corregir desde la gestión:
- Los médicos prefieren escribir recetas y estudios antes que explicar, dar explicaciones y escuchar.
 - El tiempo de los profesionales es valioso, pero siempre es más económico el tiempo que emplean en dar esas explicaciones para no pedir estudios innecesarios.
 - El tiempo que los médicos dedican a hablar con sus pacientes acerca a los objetivos de eficiencia, por ello es indispensable que se organice correctamente la gestión de los pacientes, su puerta de entrada, la organización de las listas y las esperas.
 - Los pedidos innecesarios producen alarmas y consecuencias indeseadas, generando un universo de incomprendiones y verdades a medias.
 - Parecería que siempre es más fácil gestionar un falso positivo que un falso negativo.
 - Debe abandonarse la “*cookbook medicine*”, la dictadura de las guías, los algoritmos, códigos, protocolos y propuestas de cambio, una medicina excesivamente centrada en la garantía de los procedimientos. Los médicos de hoy podrían estar amparándose demasiado por las guías de práctica clínica, para ejercer una medicina de manual (Knaapen, 2014).

Existen acciones simples, desde el actual modelo de atención, que son cambios de mejora continua. Algunos aspectos prácticos para humanizar la atención:

- Pensar que no es necesario extraer sangre todos los días a los pacientes internados.
- Respetar el sueño de los pacientes y no realizar controles innecesarios.
- No hacer ruido dentro de la sala. No movilizar cosas, ni utilizar elementos de limpieza muy ruidosos en las plantas técnicas.
- Conservar adecuadamente las pertenencias de los pacientes.
- Tener protegidas las cosas.
- Tener siempre limpia y ordenada la habitación.

- Guardar los estudios complementarios que el paciente se hizo con anterioridad.
- Llamar a la puerta de la habitación antes de entrar.
- Respetar la intimidad, el pudor y la manera de ser.
- El paciente debe saber el nombre de quien lo atiende.
- El paciente debe conocer qué estudios se le van a realizar y por qué.
- Debe estar informado si hay cambios en las condiciones clínicas.
- Escuchar e implicar al paciente en las decisiones científicas.
- Generar una solución razonable que contemple la inclusión de la evidencia científica y los valores y las preferencias de los pacientes.
- Mantener alto nivel de profesionalidad.
- Mantener siempre las formas.
- Explicar las normas básicas del establecimiento.

Siete intensidades de cuidado

Luego de la población sana, que se debe incorporar al sistema de salud, existe aproximadamente un 45% de la población que tiene afecciones crónicas, y un 5% con polipatología y multimorbilidad. Dentro de los estadios iniciales de las enfermedades crónicas, en sistemas bien segmentados podríamos generar una categoría inicial o controlada de la enfermedad crónica, a definir no solo nosológicamente, sino introduciendo los criterios sociales, los determinantes de la salud y el acceso al sistema sanitario. Un 30% del total de la población, en lugar de tener un médico de cabecera generalista o internista, podría tener un diabetólogo, neumonólogo, cardiólogo, oncólogo o neurólogo. Un 15% de la población general debería tener un equipo de cuidado multidisciplinario. Para ellos los principios prioritarios del *disease management* serán la continuidad, la longitudinalidad de los cuidados, la estadificación, los registros electrónicos disponibles, la accesibilidad, y la coordinación entre los profesionales de la atención, de acuerdo con su contexto familiar y social. Deben también tener asegurada la medicación, porque la interrupción del tratamiento puede llevar a la descompensación. Estos pacientes tienen que tener medios telefónicos de comunicación con sus médicos.

La mayoría de las enfermedades crónicas tienen una evolución definida donde se incrementa la intensidad de necesidades y requerimientos. 25% de las personas mayores viven solas. Y la soledad y la pobreza agravan el pronóstico.

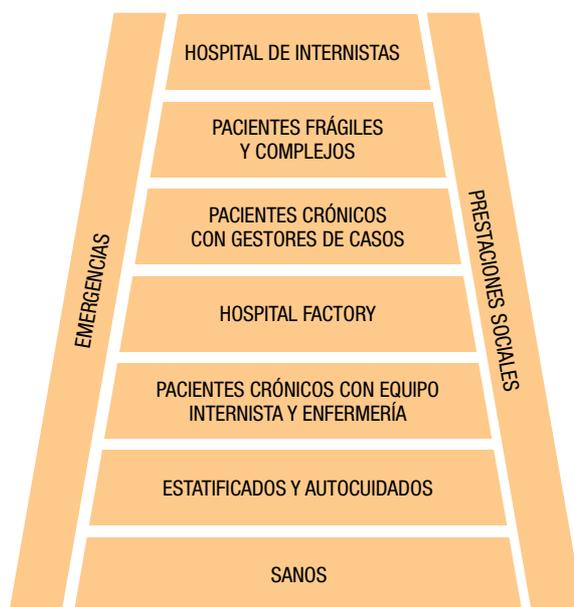
En el *hospital de la demanda programada*, el hospital de los procesos u *hospital Factory* se realizan procesos divididos en partes:

preparación, quirúrgico, recuperación precoz, internación, alta y cuidados continuos. En el *hospital de la emergencia* se despliega la atención de la unidad geriátrica aguda y el sector de atención de pacientes complejos con descompensaciones, que intentará equilibrar a los pacientes y no internarlos, sosteniéndolos con cuidados en domicilio. El *hospital de los internistas* corresponde a los enfermos complejos que requieren un plan de cuidados adecuado, específico, personalizado, que jerarquice la estabilización, la mejor calidad de vida a la que el paciente puede aspirar. Es el hospital de los casos complejos.

Cambios prácticos para lograr un sistema de atención integrado

- Todos los beneficiarios de un sistema de cobertura deberían tener un médico que registre su historia clínica y la guarde en soporte electrónico dentro de los primeros dos meses de incorporarse al sistema: “queremos darle la bienvenida que usted merece”. Que no sea un factor limitante, sino facilitador de la atención.
- Los pacientes con enfermedades crónicas detectadas deben tener una consulta con el especialista y determinar junto con el internista un plan de cuidados individualizado. El internista debe empoderar al paciente para que colabore con su autocuidado. El especialista, de acuerdo con los protocolos, podrá convertirse en su médico de cabecera, mejorando la comunicación con el paciente y el sistema.
- Los pacientes deben tener acceso a los medicamentos y dispositivos para el autocontrol de su enfermedad.
- Las prestaciones clínicas deberán complementarse con las de farmacia comunitaria o una oficina de farmacia que tenga actualizada las prescripciones del paciente, las recetas electrónicas y su tratamiento crónico, su validación, y la cantidad de fármacos adquiridos para evitar que el paciente forme un *stock* que no necesita. El acceso a los medicamentos tiene que estar asegurado.
- Las prestaciones sociales deben complementar a las clínicas, especialmente aquellas que sirvan para contener al paciente en su domicilio.
- Los pacientes más complejos deberían tener dispositivos para comunicarse con los equipos de atención de enfermos complejos en todo momento y con llamados automatizados con la emergencia.
- Los hospitales deberían disponer de procesos de atención específicos de estos pacientes y unidades geriátricas de agudos, para evitar internaciones innecesarias, las complicaciones que

Siete niveles de segmentación de necesidades en el prestación



Fuente: elaboración propia

- éstas generan, el deterioro de la salud y acortar las estancias.
- Se deben incorporar enfermeros y trabajadores sociales a los equipos de atención, que contribuyan al dispositivo de vinculación o transición en los cuidados.
- Se debe llevar un registro sobre los gastos que estas acciones implican y los esfuerzos de inversión de las coberturas, para que los pacientes y sus familiares lo valoren y cuiden.
- Se debe incentivar, fortalecer y desarrollar la atención primaria de la salud, para que el paciente consuma más recursos en ella y menos en la guardia de los hospitales y en emergencias domiciliarias.
- Se deben establecer corredores sanitarios para aquellas patologías que el tiempo en el acceso es decisivo como factor de pronóstico, para evitar que generen incapacidad y con ello mejorar la calidad de vida posible, como así también disminuir los costos evitando internaciones necesarias. Esto incluye el alerta de infarto y de ACV.
- Se deben impulsar acciones preventivas, de cambios de hábitos, de conductas saludables.
- También se debe mejorar el acceso a las inmunizaciones.

Resumen

Nuestro sistema de salud es universal en el acceso, pero no asegura prestaciones en tiempo, forma y calidad. Sobre esa base debemos abandonar la planificación de recursos históricos, las

rigideces corporativas o académicas y los privilegios políticos, para hacer realidad la atención centrada en la persona, promoviendo el trabajo en equipos multidisciplinarios, circular, flexible y de respuestas dinámicas, que ofrezca la segmentación en función de necesidades, ampliando su visión psicosocial y contextual hacia los determinantes sociales de salud.

Se debe repensar el modelo prestador desde el curar y cuidar; segmentar las necesidades; dar respuestas en siete niveles de intensidad; brindar continuidad y longitudinalidad una vez que se incluyen los pacientes mediante la integración del sistema; modificar progresivamente el sistema fragmentado actual con la firme decisión de dar continuidad asistencial a los pacientes y atenderlos con diferentes dispositivos en relación con el estadio evolutivo de sus afecciones.

Los hospitales deben tener ejes de funcionamiento: el *hospital factory* de producción industrial; procesos programados; el hospital generalista de procesos complejos para pacientes con polipatología y multimorbilidad; y el hospital de las emergencias y de la unidad geriátrica de agudos. Con soluciones distintas, con extensión de sus acciones a la comunidad y a los pacientes que más requieren del sistema. Las especialidades y los internistas deben estar comunicados para intercambiar conceptos sobre lo mejor para los pacientes, sus familias y el sistema de salud. Debe fortalecerse la continuidad, asignando un médico y un enfermero responsable, separando áreas de conocimiento estructuradas en la atención de pacientes complejos y unidades geriátricas de agudos, gestionando los procesos desde las necesidades reales.

Referencias

- Ballesteros M (2014). Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana. Biblioteca Clacso, 41.
- Barr VJ, S Robinson, B Marin-Link, L Underhill, A Dotts, D Ravensdale, S Salivaras (2003). The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hospital Quarterly*. 7(1): 73-82.
- Báscolo E (2015). Economía de la salud y neoinstitucionalismo. *Cuadernos médicos sociales*, 82: 5-28.
- Coleman K, BT Austin, C Brach, EH Wagner (2009). Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Affairs*, 28: 75-85.
- Díaz CA (2012). La empresa sanitaria moderna 2. Buenos Aires: ISALUD.
- Díaz CA (2014). Gestión Clínica: no es el remedio de todos los males, pero bien utilizada soluciona muchos problemas. En <http://www.isalud.edu.ar/novedades.php?ID=214>.
- Díaz CA (2016). Tenemos que pensar el hospital Argentino. *Temas Hospitalarios Buenos Aires*. 31 y 32.
- Díaz CA (2017). Asignación de pacientes a gestores de casos. AES España. *Temas libres*. Presentación oral.
- Díaz CA (2019). Sostenibilidad del sistema de salud argentino. *Maestría en Gestión de Servicios de Salud*. 2019.
- Gonzalez G y colaboradores (2014). Abordaje integral de personas con enfermedades no transmisibles. <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento147.pdf>.
- Junta de Andalucía (2014). Protocolo de clasificación avanzada del paciente frágil.
- Knaapen L (2014). Evidence based medicine of cookbook medicine? Addressing concerns over the Standardization of care. 8-6: 823-836.
- Krynski L y G Goldfarb (2018). La comunicación con los pacientes mediada por tecnología: WhatsApp, email, portales. El desafío de la pediatría en la era digital. *Arch Argent Pediat*, 116.(4): 554-559
- Lakdawalla DN, JA Doshi, LP Garrison, ChE Phelps, A Basu, PM Danzon (2018). Defining elements of value in health care. A health economic approach: an ISPOR special task force report. *Value in Health*. 21.131-139.
- Maceira D, C Cejas y S Olaviaga (2010). Coordinación e integración: el desafío del sistema de salud argentino.
- Montori V (2016). Ayudas para tomar decisiones compartidas permiten a los pacientes elegir el tratamiento más correcto. <https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/ayudas-para-tomar-decisiones-compartidas-permiten-a-los-pacientes-elegir-el-tratamiento-correcto>.
- Nundy Sh y J Oswald (2014). Relationship-centered care: A new paradigm for population health management. *Healthcare*, 2. 216-219.
- Nuño Solinis R (2016). Desarrollo e implementación de la Estrategia de cronicidad del país vasco: lecciones aprendidas. *Gac Sanit* 30. (s1): 106-110.
- Perestelo Pérez L (2014). Manual con criterios de evaluación y validación de las herramientas de ayuda para la toma de Decisiones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Picker Institute (2015). The eight principles of patient centered care. <https://www.oneviewhealthcare.com/the-eight-principles-of-patient-centered-care>.
- Porter M (2014). Value Based Health Care Delivery. Harvard Business School.
- Porter ME y E Teisberg (2004). Redefining competition in Health Care. *Harvard Business Review*, 82 (6): 64-76, 136.
- Rissalud (2016). Redes integradas de servicios de salud. [http://www.rissalud.net/images/documentospdf/Concept_Note\(2018\)JF%20CER%202.pdf](http://www.rissalud.net/images/documentospdf/Concept_Note(2018)JF%20CER%202.pdf).
- Tobar F (2011). ¿Qué aprendimos de las Reformas de Salud? Evidencias de la experiencia internacional y propuestas para Argentina. Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes.
- Varela J (2015). ¿Qué quieren los pacientes crónicos? <https://lovexair.com/que-quieren-los-pacientes-cronicos-jordi-varela>.
- Varela J (2019). Cinco intensidades de provisión para una sanidad más valiosa. Ebook.
- Vilaca Mendes E (2013). Las redes de atención de Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/las-redes-de-atencion-de-salud-2013.pdf>.
- Wagner EH, C Davis, J Schaefer, M Von Korff, B Austin (1999). A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Managed Care Quart*. 7(3): 56-66.