
BOLETÍN INFORMATIVO / Semana No. 36 – 2024

GESTIÓN DE LA CRONICIDAD Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El efecto de las enfermedades no transmisibles (ENT) y el concepto de *enfermo crónico* se ha venido modificando aceleradamente. Muchos, lamentablemente, aun no se dan cuenta. Hasta hace poco se entendía por *enfermo crónico* aquel afectado por una de las llamadas ENT, lo que es cada vez más infrecuente o breve en la práctica.

La vida real nos muestra el incremento acelerado de pacientes en *situación de cronicidad*; es decir, con varias patologías crónicas a la vez, discapacidades consecuentes, merma en su autonomía y fragilidad clínica. La enfermedad de base ha dejado de ser lo relevante para ganar en importancia la polimorbilidad clínica y la limitación de las funciones básicas en la vida diaria del paciente.

La condición de *enfermo crónico* supone un reto muy significativo para la persona, la familia y el sistema de atención médica y social. Hay una relación directa entre *cronicidad* y dependencia y, además, la *cronicidad* se asocia al consumo creciente de recursos sanitarios, ejerciendo cada vez más presión sobre los sistemas de prestación de servicios de salud.

Un referente especial a considerar es el de la triada que integran la edad, la comorbilidad y la polimedicación. Representa mejor lo que supone la *cronicidad* y sus repercusiones para la persona, la familia y los servicios de salud. Hay que destacar también la utilización intensiva de servicios sanitarios de alto costo como la hospitalización urgente o no programada como un rasgo relevante de este perfil.

Las enfermedades crónicas comparten características comunes pese a que tradicionalmente han sido estudiadas académicamente de forma aislada y han sido abordadas por los servicios asistenciales hospitalarios de forma fragmentada.

Se agregan unas a otras, potenciando el deterioro orgánico y la afectación funcional de los pacientes. Su etiología es múltiple y compleja. Su aparición es gradual y silente y su pico de prevalencia aparece en edades avanzadas. Son permanentes y producen un deterioro gradual y progresivo. Requieren tratamiento médico y cuidados de forma continuada. Son susceptibles de prevención, retraso en su aparición o, al menos, atenuación en su progresión.

La respuesta a este tipo de enfermos en *situación de cronicidad* requiere una reorientación, un cambio, del modelo de atención caracterizado por los contactos episódicos y centrados en procesos agudos o descompensaciones, hacia un modelo de prestación de servicios de salud que tenga siempre al paciente en su radar, concediendo más importancia a cuidar que a curar. No hay nada mejor para alcanzarlo que el proceso de *dispensarización* en que se basa nuestra Medicina Familiar, pero lejos está aun hoy de ser una práctica real y eficaz.

La estrategia de atención al paciente en *situación de cronicidad* ha de pasar por un perfeccionamiento del modelo de prestación de servicios que incluye actuaciones como:

- Evaluación individualizada del nivel de complejidad y riesgo a partir de un diagnóstico integral del paciente que, además de describir los procesos clínicos, incluya su situación social, psicológica, su contexto familiar con especial interés al cuidador principal, situación nutricional y grado funcional. Para todos estos aspectos existen herramientas validadas que han demostrado su utilidad. Una actuación más centrada en intervenciones preventivas y rehabilitadoras para evitar la progresión de las enfermedades crónicas, que en inútiles esfuerzos curativos.
- Un plan de manejo integral, con medidas no farmacológicas y farmacológicas, con una valoración de la adecuación, la adherencia y conciliación terapéutica en los diferentes entornos asistenciales.
- Una implicación activa del paciente y su entorno familiar en la adherencia al tratamiento y aplicación de cuidados con programas educativos y apoyo al autocuidado.
- Una integración real de los cuidados, de los profesionales y los servicios.
- Una coordinación eficaz, tanto entre niveles y flujos asistenciales como entre la red social y sanitaria.

Solamente bajo estos supuestos es posible dar una respuesta de calidad, satisfactoria para los pacientes en *situación de cronicidad*. La complejidad de éstos exige pasar de la gestión de la enfermedad a la gestión del caso; preferiría decir: a la gestión de la persona, con un plan de manejo individualizado basado en la mejor evidencia de práctica clínica, coordinación de los recursos asistenciales y refuerzo y seguimiento del plan terapéutico.

Sin desatender la gestión de los procesos y enfermedades agudas y otras prioridades sanitarias, la adecuación de los servicios a la nueva realidad de la *cronicidad* debe suponer un importante proceso de cambio que ha de pasar por un adecuado direccionamiento estratégico por parte de los niveles administrativos, fundamentalmente el nivel municipal y de Área de Salud, así como por una implicación consciente y responsable de todos los profesionales de la salud.

Se imponen entonces potenciar el rol de la Atención Primaria (APS) como estrategia reguladora de los flujos de pacientes generados en el sistema y como coordinadora de los recursos sanitarios y sociales, para garantizar la continuidad y la atención longitudinal a las personas en *situación de cronicidad*.

Es preciso reforzar el papel del equipo básico de salud (médico y enfermera de familia) como agente principal del paciente y puerta de entrada al sistema, mejorando su capacidad clínica y sus herramientas (vías clínicas) para la gestión integrada del paciente en *situación de cronicidad*.

Ha de imponerse una firme voluntad de mejorar las relaciones e interrelaciones entre los entornos asistenciales (consultorio, policlínico, hospital) y reconfigurar los flujos, de tal manera que el paciente se mueva sin barreras en diferentes ámbitos asistenciales o dentro de un mismo nivel asistencial.

Se requiere de una reingeniería de procesos y la acentuar la gestión por procesos clínicos integrados, que son instrumentos que deben contribuir a encontrar formas de reordenar los servicios para generen un marco de atención compartida entre los diferentes ámbitos asistenciales. Un ejemplo serían las consultas y servicios multitransdisciplinarias en los policlínicos para encauzar la gestión de los casos de mayor complejidad por perfiles de prioridad, sin demeritar la gestión cotidiana de los especialistas de los Grupos Básicos de Trabajo y como uno de los modos de optimizar la proyección comunitaria de los especialistas de los hospitales.

La estratificación de la población, según su nivel de riesgo, ha de permitir identificar y agrupar convenientemente a los pacientes que requieren el desarrollo de programas específicos de atención continuada o gestión de casos.

Es necesario reforzar el papel de los profesionales con mayor capacidad integradora: enfermeras, médicos de familia, pediatras, internistas, geriatras, fisiatras. Cuando mencionamos a los pediatras esperamos que no haya asombro, pues algunas situaciones de perfil epidémico como la obesidad están rompiendo los esquemas de la edad en las *situaciones de cronicidad* y complejidad de los pacientes niños y adolescentes.

La Atención Primaria ha de ejercer un papel de eje coordinador de los servicios sanitarios y sociales a través del cual la población tenga un acceso ordenado a cuidados sanitarios y sociales. Las actuaciones de los profesionales de la Atención Primaria no han de ser solamente clínicas ni tener una posición periférica en la atención de los problemas sociales vinculados a la dependencia generada por la cronicidad.

Es necesario impulsar el liderazgo de los profesionales de la salud en la gestión de la cronicidad, especialmente de los profesionales de la Atención Primaria. Para lograr un mayor compromiso en este sentido es preciso generalizar los nuevos conceptos de gestión clínica ligados a la cronicidad y en eso las Universidades Médicas tienen una tarea de presente y de futuro. // (STM).

PRINCIPALES EVENTOS DE LA SEMANA 36

- Lunes 2: Inicio del Curso Escolar en Cuba // Aniversario de la Primera Declaración de La Habana // Reunión de Coordinación Semanal de la Viceministra de Salud Pública, Dra. Carilda Peña García (1.30 PM, MINSAP) // Reunión de Trabajo para Valorar el Progreso del Proyecto de Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cerebrovascular (4.30 PM, MINSAP – Oficina de ENT).
- Martes 3: Reunión Técnica y de Coordinación Semanal de la Dirección Nacional de Epidemiología (9.00 AM, MINSAP) // Visita de Trabajo del Departamento de ENT del MINSAP al Policlínico “Abelardo Ramírez Márquez” de La Habana para evaluar el proceso de implementación y pilotaje del Programa de Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en Adultos (1.30 PM) // Reunión de Trabajo para Valorar el Progreso del Proyecto de Programa de Prevención y Control de la Obesidad – Diabetes Mellitus (4.30 PM, MINSAP; Oficina de ENT).
- Miércoles 4: Día Mundial de la Salud Sexual // Día Mundial del Síndrome PFAPA // Encuentro Virtual con Consultoras Regionales OPS sobre la Encuesta STEPS en Cienfuegos (9.00 AM, Sede OPS La Habana) // Visita de Trabajo del Departamento de ENT del MINSAP al Municipio Playa para Valorar e Impulsar la Marcha de la Estrategia de Prevención y Control de las ENT (1.30 PM).
- Jueves 5: Aniversario del Levantamiento Popular de Cienfuegos contra la Tiranía de Batista en 1957 // Día Internacional de la Mujer Indígena // Día Internacional de la Beneficencia // Día Mundial del Mieloma Múltiple // Día Mundial del Hermano // Visita de Trabajo del Coordinador Nacional de ENT del MINSAP al INHEM para coordinar tareas relacionadas con la Estrategia de Prevención y Control de las ENT (9.30 AM) // Visita de Trabajo del Coordinador Nacional de ENT del MINSAP al ICCCV para coordinar tareas relacionadas con la Estrategia de Prevención y Control de las ENT (1.30 PM) // Videoconferencia con las provincias para la gestión de las ENT (4.00 PM, desde el MINSAP) // Reunión de Trabajo para Valorar el Progreso del Proyecto de Programa de Prevención y Control de la EPOC – Asma Bronquial (5.00 PM, MINSAP – Oficina de ENT).
- Viernes 6: Día del Trabajador de Estadísticas en Cuba (relacionado con el Censo de 1970) // Sesión del Ateneo de las ENT “Dr. Ignacio Macías Castro”. Tema Central “Prevención del Suicidio” (2.00 PM, Sede del Consejo Nacional de Sociedades Científicas de la Salud – Calle 2, entre 15 y 17, Vedado, Plaza de la Revolución, La Habana).
- Sábado 7: Día de la Epidemiología de Campo // Día del Aire Limpio como un Cielo Azul // Visita de Trabajo del Departamento de ENT del MINSAP a Artemisa para valorar la marcha de la implementación y monitoreo del Programa de Control de la DM2 en Adultos (AM).
- Domingo 8: Día de la Patrona de Cuba, la Virgen Mambisa de la Caridad del Cobre // Día Internacional de la Alfabetización.

SUGERENCIA DEL DOMINGO (PARA LA SEMANA 36) – LEER PARA CRECER

Ayer domingo, 1º de septiembre, sugerimos desde el Grupo de WhatsApp de ENT y a propósito de inicio del nuevo curso escolar en nuestro país la lectura de “*Apología de las 7 de la mañana*”, de la autoría del destacado **Profesor Dr. Elías Entralgo Vallina**.

Más que la lección inaugural del año académico 1950 – 1951 en la Cátedra de Historia de Cuba de la Escuela de Filosofía de la Universidad de La Habana, en este pequeño libro encontramos cómo el formidable maestro trasladó a sus alumnos de aquella época los valores esenciales que todo ser humano debe poseer, como puntualidad, disciplina, honestidad, respeto, y amor a la familia y al trabajo, los cuales a 74 años de pronunciadas llegan a nuestros días con rotunda vigencia. Búsquelo, léalo y compártalo. / (STM).

ATENEO DE LAS ENT “Dr. Ignacio Macías Castro”

La sesión correspondiente al mes de septiembre se efectuará el viernes 6, a partir de las 2.00 PM, en la sede el Consejo Nacional de Sociedades Científicas de la Salud (CNSCS), sito en Calle 2, entre 15 y 17 en el Vedado, municipio Plaza de la Revolución, La Habana.

Tema Central: “Prevención del Suicidio”

¡PARTICIPA!

1era JORNADA NACIONAL DE ENT Y SUS FACTORES DE RIESGO

DESAFÍOS Y ESTRATEGIAS GLOBALES. CUBA 2024

“Por menos morbilidad, discapacidad y mortalidad por ENT y trastornos de la salud mental”

Hospital “Hermanos Ameijeiras” – 14 y 15 de noviembre de 2024

Contactos: Dr. C. Luis Ochoa Montes (+53) 58033805 /
ochoam@infomed.sld.cu, muertesubita@infomed.sld.cu.

Inscripciones: hasta el 30 de septiembre de 2024.

AQUÍ SE ACEPTAN COLABORACIONES: ¡HAGA LA SUYA!

Coordinador: Dr. Salvador Tamayo Muñiz – MINSA, La Habana, 2 de septiembre de 2024.

salvador.tamayo@infomed.sld.cu