

Atención primaria, estratificación de la población y redes integradas de servicios de salud

47. FORTALECER LOS SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA Y ORGANIZADOS EN REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS, PRESTANDO ESPECIAL ATENCIÓN A LAS TRES FUNCIONES BÁSICAS DEL PRIMER NIVEL EN RELACIÓN CON LAS ECV: SERVIR DE PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA, GARANTIZAR LA COORDINACIÓN Y LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN E INTEGRAR LA INFORMACIÓN DEL USUARIO.

La prevención y el control de las ECV mejorarán si los sistemas de salud se orientan a la completa implantación de la estrategia de atención primaria y si los cuidados se articulan en torno a redes integradas de servicios de salud.

El acceso a la prevención clínica prestada en servicios integrales de salud redundará en ganancias económicas, sociales y de salud importantes porque las ECV comparten factores de riesgo con otras enfermedades crónicas.

La fragmentación de la atención desemboca en una falta de adherencia a los estándares internacionales que explica el tratamiento subóptimo, el aumento de las recurrencias y las complicaciones.

48. IDENTIFICAR LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN SANITARIA DE LOS PACIENTES CON ECV Y OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN GENERAL Y, DE ELLOS, LOS MÁS FRÁGILES O COMPLEJOS EN PARTICULAR, ESTRATIFICANDO A ESTOS PACIENTES EN FUNCIÓN DE SU RIESGO Y SU PERFIL DE MORBILIDAD CRÓNICA, DE HOSPITALIZACIÓN Y DE CONSUMO DE RECURSOS A FIN DE ADECUAR LOS RECURSOS Y LOS CIRCUITOS ASISTENCIALES A ELLOS.

La estratificación de la población de pacientes crónicos puede realizarse sobre la base de diferentes tipos de riesgo, como el de muerte, complicaciones graves, admisiones y readmisiones hospitalarias, disminución del estado funcional, utilización de recursos y costo de la atención sanitaria. La carga de morbilidad ha demostrado congruentemente ser un factor clave para estratificar la población.

El costo es una variable útil para determinar la complejidad de los pacientes crónicos e identificar aquellos cuyo riesgo de consumir recursos sanitarios es alto.

Existe una alta concentración y persistencia del costo sanitario en un subgrupo pequeño de pacientes con ECV y otras enfermedades crónicas.

49. AUMENTAR LA EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA DEL SISTEMA DE SALUD ADECUANDO LAS INTERVENCIONES SANITARIAS Y SUS RECURSOS A LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD DE LA MORBILIDAD ATENDIDA Y DEL RIESGO DE CONSUMO DE RECURSOS EN QUE SE ESTRATIFICA LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ECV Y OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Hay diferentes modelos que predicen la utilización de recursos sanitarios a partir de la morbilidad crónica atendida y el uso previo de recursos asistenciales generales (hospitalización, gasto en farmacia, prescripción ambulatoria de dispensación ambulatoria) o de determinados servicios (reingresos hospitalarios urgentes). Algunos ejemplos son el desarrollado por Kaiser Permanente o el modelo PARR (Patients at Risk of Re-hospitalization) de la King´s Fund.

Unos modelos son útiles para el proveedor de servicios (modelos predictivos), pues con ellos se predicen los pacientes de alto riesgo de morbilidad y de muy elevado consumo de recursos sanitarios (frecuentación, hospitalización, readmisiones, medicamentos). Otros son útiles para el financiador (modelos de ajuste de riesgo), ya que con ellos se ajustan por riesgo la estimación de la calidad y eficiencia de los servicios y los pagos a los proveedores.

Modelos de predicción más avanzados y complejos, como el Arquímedes, predicen con alta validez el riesgo de morbilidad y el consumo de recursos sanitarios a partir de variables fisiológicas y biológicas, factores de riesgo, signos y síntomas, pruebas diagnósticas, tratamientos, complicaciones, muerte, procesos de atención médica, y tipo y volumen de recursos del sistema sanitario.

50. GARANTIZAR QUE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DISPONEN DE LAS TECNOLOGÍAS, HERRAMIENTAS Y PRESTACIONES NECESARIAS PARA EVALUAR Y CONTROLAR CON EFICIENCIA EL RIESGO CARDIOVASCULAR.

La correcta integración de servicios en red y la eficiencia y calidad globales del sistema son en parte tributarias de que se dote a la atención primaria con las tecnologías más costo-efectivas y con mayor capacidad resolutive para ese nivel de la atención.

Entre éstas destacan normas y protocolos, criterios de referencia y derivación, tablas de predicción de riesgo, pruebas de laboratorio básicas, medicamentos esenciales, registros o historias clínicas simplificadas, y programas de apoyo al paciente en el autocuidado y de educación de las familias y la comunidad.

51. IMPLANTAR CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE PACIENTES DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A OTROS ÁMBITOS DE ATENCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD, QUE RESPONDAN A LOS PROBLEMAS DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES Y SE BASEN EN LA EFECTIVIDAD DE LAS PRESTACIONES DE CADA NIVEL Y EN LA EFICIENCIA GLOBAL DEL SISTEMA.

La atención de las personas con factores de riesgo y con ECV en el nivel de atención adecuado es requisito de calidad del sistema, reduce demoras de diagnósticos y tratamientos, duplicación y realización de pruebas diagnósticas inadecuadas, la prescripción inducida y maximiza, en suma, la capacidad resolutive y la eficiencia de cada nivel.