"Casi toda realidad, aunque tiene sus leyes inmutables, casi siempre es increíble e inverosímil. Y a veces cuanto más real es un hecho tanto más inverosímil parece".
El Idiota. Dostoyevski.

Identificar el problema:

A nivel global, el aumento de la esperanza de vida junto con la mejora de las condiciones de vida y de los sistemas sanitarios, ha condicionado que en la actualidad el patrón epidemiológico dominante esté condicionado por las enfermedades crónicas. Según las cifras que se recogen en el informe de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS (2012)(1):

- El crecimiento de la población española se hará negativo desde 2020 y la población mayor de 64 años se duplicará en 40 años.
- En España el promedio de problemas crónicos entre los 65 y 74 años es 2,8, a partir de los 75, 3,23.
- Las enfermedades crónicas son la causa del 80% de las consultas de Atención Primaria.

En este contexto surgen iniciativas que pretenden mejorar la calidad asistencial y abordar la problemática de los pacientes crónicos. De ahí que, en la década de los 90, nazca en Estados Unidos el ***Chronic Care Model (2),*** *(CCM en adelante)*. A modo de resumen, éste trata de introducir en al atención ambulatoria programas de calidad que mejoren el proceso asistencial en 6 áreas:

- **Autoayuda y autocuidados** (participación del paciente y su familia).
- Soporte a la **decisión profesional con fundamento científico**, por medio de guías de práctica clínica y otras herramientas.
- Mejoras en la atención clínica con reparto de tareas y trabajo en **equipos multiprofesionales**.
- **Sistemas de información electrónica** para la gestión de procesos.
- **Cambios en la organización** y las estructuras.
- **Participación comunitaria** que movilice otros recursos no sanitarios.

Este modelo ha sido implantado en EE.UU. y en la actualidad se trata de una de las estrategias más ampliamente aceptada en Europa como modelo de mejora y reestructuración de los servicios sanitarios.

Análisis de los hechos:

- **Los CCM no han demostrado claramente su efectividad** y han sido diseñados en EE.UU., con el consiguiente problema de validez externa (3,4).

-Por regla general, este tipo de modelos, **considera sólo algunas enfermedades crónicas** como diabetes, insuficiencia cardíaca, asma, depresión, insuficiencia renal y EPOC. Así pues, resulta necesario comprender que dentro de la gnoseología médica, el **etiquetaje** del paciente ha sido la manera clásica de abordaje (5). Sin embargo, no resulta difícil entender que, por ejemplo, una persona fumadora desarrolle una EPOC y, de forma secundaria, una hipertensión pulmonar que, unido a su obesidad, desemboque en insuficiencia cardíaca. Las enfermedades crónicas son **categorías inconsistentes**. Se trata más bien un conjunto de situaciones de salud que aumentan la probabilidad de desembocar en una determinada condición.

-De hecho no existe diferencia en el consumo de recursos entre enfermedades agudas, crónicas de bajo o alto impacto, cuando estratificamos el análisis en función de la **multimorbilidad** (6). Concepto clave para entender el estado de salud.

Tutor: Sergio Minué. Médico de familia. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada
Ponente: Enrique Molina. Residente MFyC. CS Vistalegre-La Flota. Murcia

-Intervenir sobre **factores de riesgo**, no sólo no garantiza resultados en salud favorables, sino que a veces puede resultar dañino (7). Resulta imprescindible recordar que este concepto no es inocentemente ambiguo (8). El factor de riesgo no implica una relación causal necesaria ni es exclusivo de una determinada patología.

-La disminución continua de los **umbrales** a partir de los cuáles recibir tratamiento es perjudicial. Por poner un ejemplo, si siguiéramos las recomendaciones de la ACC/AHA llevarían tratamiento con estatinas en prevención primaria más de 900 millones de personas en todo el mundo (9). Tratar innecesariamente a poblaciones potencialmente sanas conlleva un riesgo de efectos adversos y relacionados con la polifarmacia difícilmente asumible (10).

-Del mismo modo, los factores de riesgo más empleados en los CCM son resultados biomédicos intermedios. Sistemáticamente, **se ignoran determinantes sociales de la salud e inequidades** que, junto con la multimorbilidad, son elementos clave para entender modelos más complejos y aprenhensibles sobre la génesis y atención de la enfermedad (11, 12, 13). Retomando el ejemplo de la EPOC, a igualdad de grado de obstrucción, un paciente con renta baja tiene siete veces más probabilidades de morir que otro con renta alta (14).

-**El discurso y el poder** son herramientas inherentes a la genealogía del conocimiento (15). El establecimiento de definiciones desde cualquier campo profesional, y particularmente en medicina, está sujeto a grandes conflictos de interés (16, 17). La NCD Alliance, institución que da cobertura mediática e institucional a las enfermedades crónicas desde la OMS, se encuentra formada por los principales representantes de la industria farmacéutica a nivel global (18).

-**La atención primaria** es el servicio que proporciona un mayor beneficio a la población que soporta una mayor carga de morbilidad (6). Sin embargo, y de forma sistemática, su financiación disminuye a favor de la atención hospitalaria; de modo que entre el periodo 2009-2011 el gasto en AP disminuyó un 22% frente a un crecimiento del 1% en el ámbito hospitalario (19).

Deducir lecciones:

1- La evidencia científica y estructura epistemológica que sustenta el modelo de enfermedad es inconsistente e incompleta en multitud de aspectos.

2- El problema de aumento de demanda y sobrecarga asistencial al que intenta responder el CCM es una realidad que obedece, por un lado, a la distribución de un patrón epidemiológico con condiciones de salud complejas, dominadas por el binomio inequidad-multimorbilidad y, por otro, a las autoexigencias de un sistema en exceso hospitalocéntrico.

3- Los conflictos de interés (económicos y científicos) que condicionan la estructura y desarrollo de los CCM son difíciles de superar, ya que implican a actores muy diversos (pacientes, instituciones, grupos de investigación e industria farmacéutica, tecnológica y alimentaria).

4-La atención primaria en España durante los últimos años no ha sabido/podido reivindicar su papel como verdadero eje del sistema, por lo que se enfrenta a una serie de amenazas externas difíciles de salvar a medio-largo plazo.

5- La labor del médico general/de familia en este entorno ha de basarse en un diagnóstico integral descriptivo de la situación del paciente, atendiendo especialmente a su situación social, familiar y funcional, teniendo en cuenta sus expectativas y valiéndose de una coordinación eficaz entre niveles.

Tutor: Sergio Minué. Médico de familia. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada
Ponente: Enrique Molina. Residente MFyC. CS Vistalegre-La Flota. Murcia

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- Intervención de Sergio Minué en la Mesa Debate sobre Modelos Atención a Crónicos. VI Congreso Nacional de Atención al Paciente. Disponible en: http://gerentedemediado.blogspot.com.es/2014/05/unidades-estandarizadas-de-enfermedad.html
- Modelo de Atención a Crónicos (Chronic Care Model) y otras iniciativas de mejora de la calidad de la atención a los pacientes crónicos. Gérvas, J., Pérez Fernández, M. AMF. 2009; 5: 3 56-64
- Wagner EH. Chronic Illness and Primary Care: Medical Care [Internet]. 2011 Oct [cited 2015 Jan 28];1. Available from: http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Citation/2011/11000/Counterpoint__Chronic_Illness_and_Primary_Care.2.aspx
- Starfield B. Point: the changing nature of disease: implications for health services. Med Care. 2011 Nov;49(11):971–2.

BIBLIOGRAFÍA PARA SABER MÁS

(1) Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. 2012. [cited 2015 Jan 28]. Available from: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

(2) Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q. 1996;74:511-44.

(3) Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. Health Affairs. 2009;28:75-85.

(4) Oxman AD, Bjørndal A, Flottorp SA, Lewin S, Lindahl AK. Integrated health care for people with chronic conditions. A policy brief. [Internet]. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services; 2008 Dec [cited 2015 Jan 28]. Available from: http://hera.helsebiblioteket.no/hera/handle/10143/48477

(5) Rosenberg CE. The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. Milbank Q [Internet]. 2002 Jun [cited 2015 Jan 28];80(2):237–60. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690110/

(6)2. Starfield B, Chronic illness and primary care (http://www.cahs-acss.ca/ e/pdfs/cdm%20final%20Appendices.pdf, accessed January 24, 2011). In: Nasmith L, Ballem P, Baxter R, et al., ed. Transforming Care for Canadians with Chronic Health Conditions: Put People First, Expect the Best, Manage for Results—Appendices. Ottawa, Ontario, Canada: Canadian Academy of Health Sciences; 2010.

(7) Miguel F. Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. Aten Primaria 1998; 22:585-95.

(8) : Robles NR. Es peligroso reducir excesivamente la presión arterial?: la curva J. Med Clin (Barc). 2012. http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.05.031

(9) Ioannidis JPA, More than a billion people taking statins? Potential implications of the new cardiovascular guidelines. JAMA 2013. doi:10.1991/jama.2013.2844657

(10) Gervas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? Lancet. 2008;372:1997–1999

(11) WHO | Commission on Social Determinants of Health - final report [Internet]. WHO. [cited 2015 Jan 28]. Available from: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/

(12) Starfield B. The hidden inequity in health care. International Journal for Equity in Health [Internet]. 2011 Apr 20 [cited 2015 Jan 28];10(1):15. Available from: http://www.equityhealthj.com/content/10/1/15/abstract

(13) Avanzando hacia la Equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Mayo 2010. Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Ministerio de Sanidad y Política Social

(14) Prescott E, Vestbo J. Socioeconomic status and chronic obstructive pulmonary disease. Thorax [Internet]. 1999;54:737-41. Disponible en: http://thorax.bmj.com/content/54/8/737.full

(15) Michel Foucault. El orden del discurso. Tusquets Editores, 2013.

(16) Godlee F. Who should define disease? BMJ [Internet]. 2011 May 11 [cited 2015 Jan 28];342(may11 2):d2974–d2974. Available from: http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.d2974

(17) Moynihan R. A new deal on disease definition. BMJ [Internet]. 2011 May 3 [cited 2015 Jan 28];342(may03 1):d2548–d2548. Available from: http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.d2548

(18) Heath I. Seeming virtuous on chronic diseases. BMJ [Internet]. 2011 Jul 8 [cited 2015 Jan 28];343(jul06 2):d4239–d4239. Available from: http://www.bmj.com/content/343/bmj.d4239

(19) Segura Benedicto A. Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2014 Jun [cited 2015 Jan 28];28:7–11. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911114000508

Tutor: Sergio Minué. Médico de familia. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada
Ponente: Enrique Molina. Residente MFyC. CS Vistalegre-La Flota. Murcia