

Nutrición Hospitalaria

ISSN: 0212-1611

nutricion@grupoaran.com

Sociedad Española de Nutrición

Parenteral y Enteral

España

Blay Pueyo, Carles

¿Podemos integrar la atención nutricional en los distintos niveles asistenciales?

Reflexiones desde la cronicidad y la complejidad clínica

Nutrición Hospitalaria, vol. 34, núm. 1, 2017, pp. 3-12

Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309251205002>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



Nutrición Hospitalaria



¿Podemos integrar la atención nutricional en los distintos niveles asistenciales?

Reflexiones desde la cronicidad y la complejidad clínica

Is the integration of nutritional care in the different assistance levels possible? Reflections from the perspective of chronicity and clinical complexity

Carles Blay Pueyo

Institut Català de la Salut. Centre d'Estudis Sanitaris i Social. Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya. Vic, Barcelona

Resumen

En los tiempos actuales, en los que la cronicidad es el argumento casi hegemónico de los sistemas de salud, la multimorbilidad y la gestión asistencial de las necesidades complejas aparecen como retos prioritarios de las sociedades del bienestar.

En un 5% de la población la dificultad de los profesionales y de los agentes para identificar y responder a lo que estos pacientes necesitan –en términos de salud– es especialmente significativa. Ello conlleva un impacto muy relevante no solo desde el punto de vista clínico, sino también en cuanto a la resiliencia de los sistemas públicos de atención a las personas.

En este contexto, las condiciones nutricionales tienen un papel destacado como marcador del estado de salud y como vector determinante de la morbilidad y mortalidad. A pesar de ello, los márgenes de mejora en la generación de conocimiento epidemiológico y en la aplicación de modelos de atención centrados en la persona son aún magníficos.

La gestión de la desnutrición relacionada con las condiciones de cronicidad compleja va más allá del simple perfil de las enfermedades que la persona padece. Así, los condicionantes sociales tienen un rol explicativo central y constituyen una palanca prioritaria de la gestión clínica.

Por todas estas consideraciones, los enfoques de atención integral, integrada y centrada en la persona, son los que mejor van a permitir atender a los pacientes más vulnerables de nuestro entorno en los que, con frecuencia, el argumento nutricional tendrá un papel destacado. El trabajo colaborativo parece ser, pues, una de las principales claves del éxito.

Abstract

Nowadays, chronicity is the leitmotiv in all healthcare systems. Consequently, multimorbidity and the management of complex care needs become a critical challenge in modern welfare societies.

Professionals and other agents' difficulties to identify and satisfy healthcare related needs of these patients is especially significant in a 5% of the population. This has an enormous impact not only from a clinical perspective, but also in terms of the resilience of public health care systems.

In this context, nutritional status plays an outstanding role as a health indicator and also as a determinant vector of morbidity and mortality. However, improvement possibilities regarding the evolution of epidemiological knowledge and the implementation of person-centered attention models are still vast.

The management of malnutrition related to complex chronic conditions is not limited to the profile of the patient's conditions, since the explanatory role of social factors, which become key to clinical management, is crucial.

As a result of the above, integrated and person-centered approaches, where nutritional factors often play an important role, are required to provide care to the most vulnerable patients within our settings. Therefore, collaborative work appears as one of the keys to success.

Key words:

Integrated care.
Malnutrition.
Chronicity.
Complexity.

Correspondencia:

Carles Blay Pueyo. Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar. Centre d'Estudis Sanitaris i Social. Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya. Vic, Barcelona.
e-mail: cblay@gencat.cat

LA CRONICIDAD COMO PARADIGMA EPIDEMIOLÓGICO HEGEMÓNICO

Las enfermedades crónicas se han convertido en el perfil nosológico más prevalente en los sistemas sanitarios occidentales (1), haciendo de la cronicidad uno de los principales retos que afectan al conjunto de la ciudadanía por sus efectos sobre las personas, los grupos poblacionales, su entorno, el sistema sanitario y la sociedad en general (2), especialmente si tenemos en cuenta sus expectativas de crecimiento en términos de prevalencia e impacto (3,4).

Este impacto es sustantivo y, a nivel individual, conlleva un aumento del riesgo en cuanto a la probabilidad de morir, al deterioro del estado funcional, al incremento de hospitalizaciones evitables, a la incidencia de eventos por iatrogenia y a la conflictividad en las relaciones entre las personas y los sistemas de salud (5).

En términos colectivos, la cronicidad supone alrededor del 75% del conjunto de la actividad del sector salud, fundamentalmente en términos de gasto (6), de mortalidad (7), de ingresos (8), de actividad en atención primaria (9) o en los servicios de urgencias (10) y de consumo y coste en fármacos (11).

Casi la mitad de las personas de más de 16 años de nuestro país sufren de algún problema crónico de salud, el 22% de la población sufre dos o más (12). En la población de más edad, estas cifras aumentan hasta el hecho de que más del 80% de personas mayores de 80 años tienen algún problema crónico de salud, siendo esta morbilidad la principal causa de discapacidad en los pacientes geriátricos (13).

En gran medida, la preeminencia de la cronicidad como paradigma principal de la epidemiología comunitaria se relaciona con el envejecimiento de la población (14). En este contexto hay que considerar que España será uno de los países con una mayor proporción de personas mayores y donde el envejecimiento futuro será especialmente remarcable. Estas serían algunas de las predicciones relevantes reportadas por el propio Instituto Nacional de Estadística (15):

- España podría perder un 10% de la población de aquí a 40 años.
- A partir de 2018 habrá más defunciones que nacimientos.
- En 2052 al menos un tercio de la población será mayor de 65 años (habiéndose duplicado en 40 años las tasas actuales) y se perderá el 32% del actual número de personas entre 16 y 64 años.
- La esperanza de vida a mediados del siglo XXI podría llegar a 86,9 años en los hombres y casi 91 años en las mujeres, con una elevada esperanza de vida a los 65 años (de 24 años adicionales en hombres y 27 en las mujeres).

Estos datos identifican nuestro contexto como el idóneo para observar la cohabitación entre la transición demográfica y la transición epidemiológica.

La transformación profunda de los pronósticos demográficos contribuye a modificar –aún más y cada vez más– las causas de enfermedad y muerte de la población, promoviendo así la transición epidemiológica (1), donde la cronicidad es el referente nuclear.

Los cambios en nuestro país en cuanto a progresos en el ámbito socioeconómico, los avances tecnológicos, las mejores condiciones políticas, el incremento del nivel cultural y, muy especialmente, la consolidación de un sistema de salud universal, gratuito y competente han contribuido significativamente a que los problemas agudos de salud hayan podido ser mayoritariamente curados –o *cronificados*–, por lo que las condiciones crónicas incrementan enormemente su prevalencia (16). Ello conlleva una doble vertiente, en cierto modo paradójica, que deriva del binomio envejecimiento-cronicidad por la que, por un lado, este se convierte en uno de los más grandes logros de las sociedades occidentales y, a su vez, comporta uno de sus principales retos. Vivir más años es algo que todo el mundo querría alcanzar, por mucho que en la práctica pueda conllevar vivir sufriendo problemas crónicos de salud (17).

LA MULTIMORBILIDAD, UN FENÓMENO CLÍNICO DE ALTA PREVALENCIA

En muchas ocasiones la cronicidad se expresa de manera aditiva (18). La mayoría de personas que sufren problemas crónicos de salud, dado que estos se relacionan con la longevidad y con una mejor capacidad de control clínico y de mantenimiento de los recursos de cuidado, tienden a acumularlos, lo que conlleva un elemento adicional de complejidad en la gestión clínica, en tanto que incrementan el número y tipo de respuesta asistencial, a menudo mostrando perfiles de necesidades y respuestas intrínsecamente contradictorias (19).

El cúmulo en una misma persona de dos o más problemas de salud, a menudo crónicos, se corresponde con el término multimorbiidad (20).

La multimorbiidad es un fenómeno clínico de interés creciente en los últimos años, por lo que ha supuesto un tópico central del debate relacionado con la cronicidad en España y en los países de nuestro entorno, ya que impone una carga creciente y costosa que exige, como primer reto, de la disposición de datos fiables, apropiados y comparables que puedan guiar adecuadamente las políticas en salud (21).

De hecho, algunos autores afirman que la cantidad de retos que genera la multimorbiidad como constructo médico novedoso y emergente puede llegar a ser abrumador (22). En primer lugar lo es en términos de prevalencia: como se ha comentado antes, el 22% de la población sufre más de una condición crónica de salud. Además, las personas con multimorbiidad realizan más de un tercio de las consultas que se llevan a cabo en la atención primaria (23). Los problemas que más habitualmente experimentan estas personas son los siguientes (22,24):

- Fragmentación y baja coordinación de los cuidados, derivadas del hecho de ser atendidas por varios profesionales, de diferentes ámbitos, a menudo por problemas clínicos comunes.
- Polifarmacia, incrementando el riesgo de problemas relacionados con los medicamentos en forma de una mayor exposición a sus efectos adversos, a criterios de prescripción

- eróneos o a conflictos en la conciliación de pautas terapéuticas de los diferentes profesionales.
- Sobrecarga terapéutica, debido a la aplicación concomitante de las diferentes guías o recomendaciones de buenas prácticas para cada uno de los problemas que se sufren.
 - Distrés psicoemocional, producido por la frecuente comorbilidad mental sobre la base orgánica o por el estrés fruto del enfrentamiento de la persona al cúmulo de problemas de salud, que puede condicionar su capacidad de autocuidado. Adicionalmente, la multimorbilidad, especialmente en personas de edad avanzada, se asocia a menudo a deterioro cognitivo.
 - Condiciones sociales adversas. La multimorbilidad es más prevalente en situaciones de riesgo o problemática sociales.
 - Hándicaps funcionales, especialmente en pacientes geriátricos, donde la multimorbilidad se asocia directamente a déficits en el estado funcional y la autonomía.
 - Pérdida de la calidad de vida. Igualmente, hay una correlación directa entre el número de procesos crónicos que se sufren y la pérdida perceptiva de calidad de vida.
 - Incremento del consumo de recursos. Todos los parámetros de uso de dispositivos sanitarios (especialmente los referidos a hospitalizaciones y consultas a los servicios de urgencias) muestran un relación directa y proporcional con el número de enfermedades crónicas que los pacientes sufren.
 - Complejidad en la gestión de la morbilidad, que obligaría a la disposición de modelos prácticos basados en una evidencia originada desde la pluripatología, que deberían combinar los riesgos desde ópticas asistenciales compartidas.
 - Ausencia de enfoques basada en la atención centrada en la persona, con baja presencia de la toma de decisiones compartidas, la planificación de decisiones anticipadas o la promoción del autocuidado.
 - Ineficacia en la adaptación de las agendas de los profesionales a los contextos de complejidad clínica y al trabajo en contextos de multi e interdisciplinariedad.

Este cúmulo de problemas y retos muestra una realidad que, a pesar de parecer obvia, encuentra muchas dificultades para imponerse en la manera de proceder de los clínicos, y de planificar y comprar servicios por parte de la administración. Las personas con multimorbilidad son algo más –sobre todo, algo diferente– que lo que devendría por la simple suma de las diferentes patologías que presentan (25).

En este estado de cosas, emerge una limitación poderosa provocada por la falta de evidencia clínica y de conocimiento específico para la condición de multimorbilidad (26,27). A pesar de ello, comienzan a disponerse de datos que deberían alertar a los sistemas sanitarios dado que la multimorbilidad, como condición de salud, ha demostrado crecer en prevalencia a medida que la población envejece (23), aumentar el riesgo de morir (28), limitar la autonomía de las personas (29) e incrementar el uso de recursos comunitarios y hospitalarios (30).

Por estos motivos, la multimorbilidad se convertiría en una condición central de las estrategias de cronicidad, especialmente si consideramos que los enfoques convencionales centrados en

las enfermedades crónicas –abordadas individualmente– no son suficientemente congruentes con esta condición emergente (31), sobre todo en el ámbito de la provisión pública de servicios a la salud y el bienestar, teniendo en cuenta también que la precariedad social se asocia claramente a la cronicidad compleja (32).

Por todo ello, la cronicidad y, de manera preeminente, las condiciones de multimorbilidad, debieran ser parte sustancial de las políticas públicas. Y no tanto en cuanto constituyen una amenaza inequívoca a la sostenibilidad del sistema (33), sino porque su manejo representa la manera óptima de responder con efectividad, eficiencia y satisfacción a las necesidades de la población (34). Un reciente consenso a nivel de la Unión Europea (35) identifica como principales claves de éxito en la gestión de la multimorbilidad las siguientes:

- Adaptar el sistema a las personas, y no al revés.
- Basarse en los modelos referentes de atención a la cronicidad como punto de partida.
- Aplicar modelos de estratificación de base poblacional.
- Introducir planes personalizados de atención.
- Formar a los profesionales para el trabajo multidisciplinario.
- Redefinir las responsabilidades de los equipos y los perfiles profesionales.
- Promover la implicación activa y permanente de pacientes y familias.
- Establecer los profesionales de referencia y los gestores de casos que mejoren la accesibilidad al sistema.

No obstante, la certeza de las apreciaciones realizadas en cuanto a la influencia de la cronicidad y la multimorbilidad en los sistemas de salud del presente y del futuro, las nuevas evidencias y las aproximaciones conceptuales emergentes en este ámbito definen que los abordajes únicamente basados en la morbilidad –como argumento sobre el que comprender y transformar la realidad asistencial– resultan incompletos. El reto de la cronicidad no puede afrontarse con éxito si no se proyecta dentro de un marco conceptual y operativo que vaya más allá y alcance una dimensión efectivamente centrada en la persona, que permita comprender y gestionar las necesidades desde una mirada precisa y acertada de los contextos de complejidad clínica. El reto del sistema, por lo tanto, no surge tanto de los perfiles de morbilidad, sino de la complejidad que conlleva su manejo (36).

LA COMPLEJIDAD CLÍNICA MÁS ALLÁ DE LA MULTIMORBILIDAD

La complejidad no es un constructo privativo del ámbito de la atención a las personas (37). La tabla I muestra los elementos diferenciales entre los paradigmas mecanicistas que caracterizan las actuaciones del pasado y los paradigmas de complejidad que imponen los tiempos actuales. De ello se deduce que, en los entornos complejos, las cosas no siempre son lo que parecen, la evidencia científica se aplica con muchas limitaciones y es difícil predecir el curso evolutivo de los acontecimientos (38).

En la literatura biomédica no existe un consenso suficientemente amplio –ni desde el punto de vista denominativo, ni del

Tabla I. Mecanicismo vs. sistemas complejos

Enfoque desde el mecanicismo (s. XX)	Enfoque desde la complejidad (s. XXI)
<ul style="list-style-type: none"> – Todos los eventos físicos y organizativos pueden ser comprendidos: al conocimiento de estos eventos se accede conociendo el comportamiento de sus elementos (el todo es la suma de las partes) – De cada evento se pueden establecer las causas y, por tanto, se puede predecir el evento – Las relaciones entre las causas y los eventos son lineales (proporcionales) y unidireccionales (la causa produce el evento y no al revés) – Los sistemas tienden hacia la estabilidad – La estabilidad, por tanto, es algo previsible 	<ul style="list-style-type: none"> – No linealidad: la causa no conlleva el efecto que sería previsible – Emergencia: las cosas aparecen cuando menos lo esperas – No equilibrio: la inestabilidad es el estado natural del contexto – Incertidumbre: es difícil predecir qué pasará y qué es lo mejor que se puede hacer en cada momento. El azar es especialmente presente – Caoticidad: pequeños cambios producen gran modificaciones del contexto – Fractalidad: el comportamiento y las interrelaciones tienden a repetirse en todos los niveles – Borrosidad: es difícil diferenciar dos fenómenos que deberían ser disímiles, y resulta demasiado fácil confundir dos fenómenos que deberían ser diferentes – Cambios catastróficos: las modificaciones del contexto se manifiestan de manera dramática, y las disrupturas del sistema crean nuevos entornos de estabilidad

Fuente: adaptada de Pla Director sociosanitari. Departament de Salut, 2010.

conceptual— sobre la complejidad clínica (39,40). Tradicionalmente y considerando que este debate ha sido una prolongación —temporal y dialéctica— de los planteamientos evolutivos en cronicidad, la complejidad ha estado íntimamente vinculada a la multimorbilidad. Así, a menudo se ha entendido que *un paciente complejo es aquel que padece muchas enfermedades, habitualmente crónicas* (41).

Siguiendo esta inspiración, durante los últimos años diferentes organizaciones han desarrollado y aplicado —a menudo, con éxito— modelos matemáticos de predicción de riesgos de salud, basados fundamentalmente en agrupaciones de morbilidad. Son lo que se conoce como sistemas de estratificación poblacional (42). Actualmente, los sistemas estratificadores de uso más habitual en nuestro entorno son los Clinical Risk Groups (CRG) (43) y los Grupo de Morbilidad Ajustada (GMA) (44).

La comprensión de la complejidad desde la multimorbilidad (y, en consecuencia, desde los modelos de estratificación) todavía está presente en el ámbito de las políticas de salud, nacionales e internacionales, a pesar de la progresiva evidencia —y controversia— que se va generando. Esta evidencia no es tanto que se muestre contraria a la visión tradicional (la multimorbilidad sigue siendo un argumento importante de la complejidad) sino que la matiza claramente, al tiempo que propone nuevos enfoques (45-47) que se resumirían diciendo que *no basta con sufrir muchas enfermedades para ser considerado un paciente complejo*.

La tabla II sintetiza los elementos que, según la bibliografía (48-51), contribuirían a la complejidad clínica de un paciente. De entre todos los factores mencionados, los tres que probablemente sean más determinantes son la multimorbilidad, el perfil de uso de los recursos sanitarios y los factores psicosociales (48).

Se puede concluir, pues, que la complejidad clínica a menudo tiene una base relacionada con el perfil de morbilidad pero que, quizás aún más a menudo, otros factores influyen en la generación de un constructo que, al parecer, tiene mucho experiencial, tanto en cuanto a la persona (la complejidad no es una condición inequívoca, genérica, definible grupalmente sino algo inherente a

la singularidad de cada paciente), como con respecto al profesional (la complejidad es percibida por el profesional en gran medida mediante el bagaje relacional previamente establecido) (52).

Los datos preliminares que se disponen en nuestro contexto sobre la prevalencia de la condición de complejidad en los sistemas de salud bordean el 5% (53) y, oficialmente, se estima que los costes que esta condición conlleva equivaldrían a alrededor del 40% del presupuesto sanitario (54).

No se trata, por tanto, de un tema menor y, en este sentido, las organizaciones más innovadoras en la evolución de los modelos sanitarios están haciendo de la complejidad un tópico de interés central (55), especialmente en el entorno actual de crisis y de carencias económicas (56) y, subsecuentemente, de contención del gasto público (57).

EL MODELO DE ATENCIÓN A LA COMPLEJIDAD EN CATALUÑA: LECCIONES APRENDIDAS

Los consensos de expertos llevados a cabo en Cataluña (3,20) definieron la complejidad como aquella situación que refleja la dificultad de gestión de la atención de un paciente y la necesidad de aplicarle planes individuales específicos debido a la presencia o la concurrencia de enfermedades, o de su manera de utilizar los servicios o de su entorno.

Así, ante una serie de necesidades de gestión difícil que tiene la persona —necesidades complejas—, la complejidad depende tanto del perfil propio de estas necesidades, como de la dificultad para darle una respuesta adecuada. La complejidad no es, pues, algo estructural o inherente al individuo. Sobre todo, es un fenómeno coyuntural vinculado a la dificultad de ofrecer a la persona una respuesta adecuada a su perfil de necesidades (49).

Esto tendría una doble implicación: en primer lugar, la dificultad —la complejidad— es algo tan perceptivo como objetivo; algo que es vivido como complejo para aquellos que deben garantizar

Tabla II. Elementos explicativos de las condiciones de complejidad

Relacionados con la salud de la persona atendida
<ul style="list-style-type: none"> – Multimorbilidad – Patología crónica única grave o progresiva (incluyendo enfermedad neurológica o trastorno mental grave, adicciones y uso inadecuados de sustancias, demencia, enfermedades minoritarias y las discapacidades intelectuales, físicas o sensoriales) – Pronóstico de vida limitado – Alta probabilidad de sufrir descompensaciones con mucha sintomatología y mal control – Presencia de síntomas persistentes, intensos y refractarios – Evolución dinámica, variable y que precisa monitorización continua – Alta utilización de servicios (urgencias, visitas a atención primaria, hospitalizaciones) – Utilización de servicios de alto costo – Polifarmacia, riesgo de problemas relacionados con los medicamentos – Condiciones de severidad o progresión en cuanto a la fragilidad, funcionalidad o deterioro cognitivo – Aparición de síndromes geriátricos – Edades extremas (complejidad en pediatría o en mayores de 85 años) – Determinados tramos en los registros de estratificación. Por ejemplo, en contextos CRG, los grupos que concentran mayor gravedad son: CRG 5 severidad 6; CRG 6 severidades 5-7; CRG 7 severidades 2-6; CRG 8 severidades 3-6; CRG 9 severidades 2-6
Relacionados con los profesionales que atienden al paciente
<ul style="list-style-type: none"> – Necesidad de manejo multidisciplinario – Exposición a discrepancias entre diferentes profesionales o equipos en cuanto a los criterios de gestión clínica – Prioridad para activar y gestionar el acceso a diferentes dispositivos y recursos (a menudo por vías preferentes) – Entorno de especial incertidumbre en las decisiones, y de dudas de manejo o de dificultad en la aplicación de las guías de práctica clínica o de las rutas asistenciales – Gestión del paciente que se beneficiaría de estrategias de atención integrada
Relacionados con la esfera social y comunitaria
<ul style="list-style-type: none"> – Necesidades instrumentales y materiales: económicas (necesidades económicas básicas), residenciales y de vivienda (disposición, adecuación, accesibilidad), laborales o educacionales (bajo nivel formativo) – Necesidades relacionales: familiares (protección, atención y cuidado, apoyo, relación), sociales (roles, integración, vínculo comunitario), jurídico-legales o condiciones adversas por discriminación (de género o raza) – Necesidades en el ámbito de la autonomía: habilidades sociales, de información, dependencia psíquica o física, discapacidad o adicciones
Criterios de carácter sistemático
<ul style="list-style-type: none"> – Deficiencias en la accesibilidad a los servicios – Fragmentación de los sistemas de salud y de servicios sociales – No disponibilidad de recursos – No disposición de profesionales referentes o de gestores de caso – Resultados inapropiados en la consecución de experiencias de cuidado adecuadas

Fuente: adaptada de *Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Departament de la Presidència. Generalitat de Catalunya, 2016.*

zar la respuesta asistencial (lo que, en gran medida, dependerá de la capacidad de los profesionales y del sistema). Por otra parte, la complejidad emerge cuando la propia persona –o su entorno– no puede manejar las necesidades por sí misma: si a igual perfil de necesidades la persona y su entorno pueden responder apropiadamente, el sistema no percibiría la complejidad, ni la concebiría como tal.

Esta conceptualización, sobre todo cuando es adoptada desde la planificación estratégica de un sistema público de salud, supone un salto casi disruptivo en los planteamientos que, sobre la complejidad clínica, se han venido proponiendo en otros contextos, haciendo una apuesta a favor de un constructo que supera la multimorbilidad como *patrón oro* de las necesidades complejas (58).

Teniendo presente este marco, y poniendo en valor el compromiso de los profesionales y su competencia para detectar situaciones de especial dificultad, la propuesta del *Modelo catalán de atención a la complejidad* (49) sugiere una estrategia en tres pasos para la identificación de personas susceptibles de ser atendidas bajo el nuevo paradigma, que se resume en la figura 1.

Según datos actualizados por CatSalut, en julio de 2016 se habían identificado casi 165.000 pacientes complejos en los sistemas compartidos de información de la sanidad pública catalana, que representarían más del 40% del *target* poblacional total. Los análisis aplicados a esta cohorte (59,60) sugieren que:

- La implementación de un proceso de identificación de la complejidad basado en el juicio clínico y los tres pasos antes mencionados posibilita un proceso de cribado razo-

**Figura 1.**

Los tres pasos para la identificación de las personas con condiciones de complejidad (font: adaptada de Blay C. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Departament de Salut, 2016).

nablemente amplio, aceptable y fiable (reproducible). Así, a pesar de las diferencias interprofesionales en la prevalencia alcanzada, la identificación de pacientes se lleva a cabo de manera que corresponde a perfiles clínicos superponibles.

- Por otra parte, las personas identificadas corresponden a los grupos de pacientes con mayor probabilidad de ingreso, reingreso, consumo de fármacos, uso de servicios de urgencias o de consultas en los centros de salud. Esta mayor *gravedad* del comportamiento clínico de las personas identificadas se mantiene incluso al ser comparadas con personas de igual edad, sexo y perfil de morbilidad, pero que no han sido identificadas. Esto tendería a confirmar la validez de constructo de la propuesta (en tanto que identifica lo que pretende y detecta las personas con mayor riesgo).
- El segundo paso, la percepción de dificultad por parte de los profesionales referentes, exige un ejercicio de visión sistémica y de conocimiento y compromiso con los pacientes que, como norma general, los profesionales de atención primaria son capaces de satisfacer.
- La prevalencia de pacientes con necesidades complejas en la comunidad es aproximadamente del 5%, mostrando una cierta diferenciación –*especialización*– en la identificación en función del perfil profesional de quien la lleva a cabo, por ejemplo: médicos vs. enfermeras.
- Las personas con enfermedades mentales tienen una probabilidad menor de ser identificadas como pacientes complejos, lo que sugeriría un vínculo potente de estos pacientes con la red asistencial de salud mental que limitaría la visión de la comorbilidad orgánica como factor de complejidad adicional.
- La multimorbilidad es el rasgo más prevalente en la población compleja: el 55-60% de la complejidad se produce en personas con cronicidad grave o acumulada.
- Sin embargo, el 40%-45% de la complejidad no se relaciona aparentemente con la gravedad clínica o con la multimorbilidad.

- Esta complejidad no vinculada a la gravedad o la multimorbilidad parecería derivar de estados de fragilidad o edad avanzada, enfermedades singulares (minoritarias, discapacitados, etc.) o, sobre todo, de factores de riesgo social.
- La identificación de pacientes complejos aportaría mejoras en la manera en que son atendidos.
- De acuerdo con la bibliografía, el factor territorial cobra una especial importancia, de manera que los territorios que consolidan estrategias de trabajo integrado para atender la complejidad tienden a tener mejores tasas de identificación.

TRES ÁMBITOS DE MEJORA PARA LAS PERSONAS CON CONDICIONES DE COMPLEJIDAD

El contexto cronicidad/multimorbilidad/complejidad transforma muchos de los paradigmas tradicionales del ejercicio de las profesiones sanitarias (61), especialmente el principio de individualidad de la práctica clínica. Así, la adecuada respuesta a las necesidades de las personas con complejidad clínica exige ir más allá de la excelencia práctica del clínico de manera que, tal como refleja la figura 2, la mejora en la atención deriva de los cambios producidos en tres niveles de actuación: la práctica individual, la organización del equipo asistencial y la ordenación del territorio, desde un enfoque integral e integrado de la atención, en una cultura colaborativa e interdisciplinaria (62).

A nivel individual, las buenas prácticas hacen hincapié en los enfoques de atención integral, por los que a partir de un proceso de evaluación multidimensional, los profesionales pueden identificar las necesidades del paciente, detectar sus preferencias y valores, y generar, conjuntamente con la propia persona y con otros profesionales implicados, un plan de atención proactivo.

A nivel de los equipos asistenciales se plantean procesos de rediseño que permita redefinir los procedimientos y los circuitos

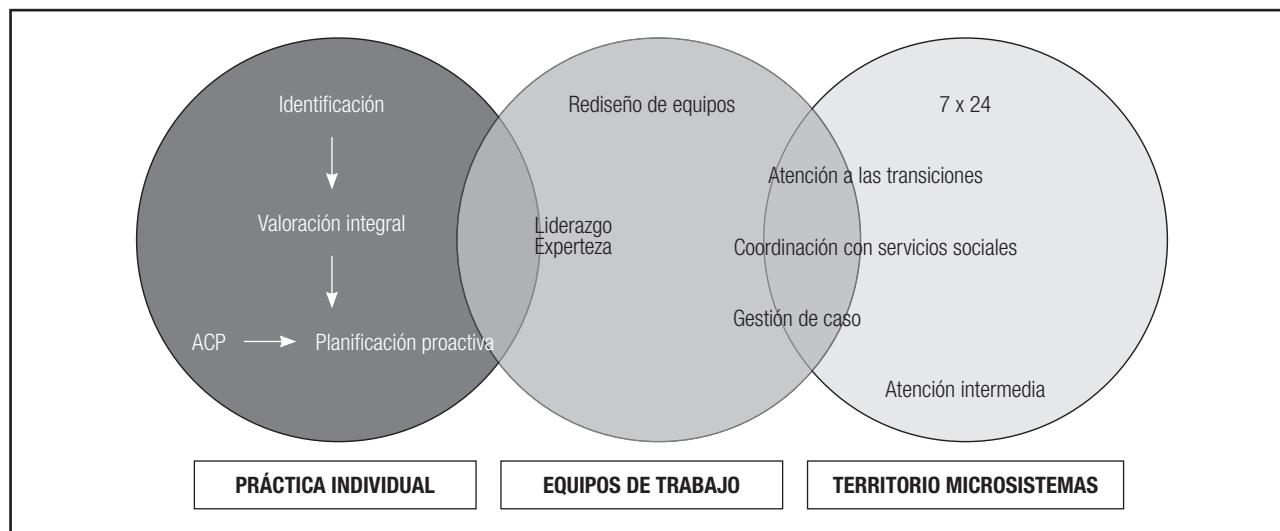


Figura 2.

Ámbitos y principales elementos de la mejora de la actuación en la atención a la complejidad (font: Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Departament de Salut, 2016).

internos, e identificar ámbitos de liderazgo, referencia y experiencia para poder atender las necesidades de las personas. Buenos ejemplos en este sentido serían las iniciativas de nuevos modelos organizativos en el seno de los EAP, las reconfiguraciones de servicios hospitalarios y de urgencias, o los replanteamientos funcionales de los servicios de emergencias.

Finalmente y en cuanto a las actuaciones en el ámbito territorial, los elementos principales de progreso son (63):

- El pacto territorial sobre estrategias compartidas de identificación, valoración y planificación proactiva de la atención aplicados a pacientes con complejidad.
- El consenso en cuanto a criterios y métodos de comunicación interprofesional, sincrónica y asincrónica, presencial y no presencial.
- La atención excelente a las transiciones asistenciales.
- Las garantías de *continuum* asistencial, con respuesta personalizada a crisis y descompensaciones, con visión 7 x 24.
- El despliegue de recursos de atención intermedia como alternativa a la hospitalización.
- Los planes de atención colaborativa e integrada con los servicios sociales.
- La atención a las trayectorias de final de vida.
- La atención en el domicilio y en los contextos residenciales.
- La resolución de conflictos en las dinámicas territoriales.
- El marco de evaluación que se implementará para valorar el impacto real de las propuestas de atención.

LA IMPORTANCIA DE LA NUTRICIÓN EN LOS CONTEXTOS DE COMPLEJIDAD CLÍNICA

A pesar de que el concepto de desnutrición relacionada con la enfermedad parece ampliamente consolidado y, por tanto, se

tiene constancia de su prevalencia, su etiología y de sus implicaciones clínicas (64), parece que su identificación y manejo no está normalizado fuera de determinados ámbitos especializados y del contexto hospitalario (65).

Así, llama la atención que en el entorno asistencial donde se atiende la mayor carga de cronicidad poblacional, la atención primaria, no parece tenerse en suficiente consideración este tópico ni se reflexiona sobre el potencial impacto que tiene en la salud y la evolución de los pacientes atendidos en este nivel asistencial.

Por otro lado, a pesar de la solvencia de la evidencia científica de los problemas nutricionales relacionados con enfermedades crónicas específicas (66), no disponemos de suficiente información que correlacione la prevalencia y las características singulares de la desnutrición en contextos de multimorbilidad y cronicidad compleja (67,68).

Un reciente estudio, aún no publicado, llevado a cabo en una cohorte representativa de pacientes con criterios de complejidad (aplicados desde la visión explicada en apartados anteriores de este artículo), sugiere la gran trascendencia potencial de la desnutrición en términos de prevalencia, de correlación con el perfil de morbilidad, de interacción con las condiciones sociales de las personas y de impacto en cuanto a consumo de recursos sanitarios (69).

A partir de estos datos, parece lógico pensar que la desnutrición relacionada con las condiciones de complejidad sea un ámbito especialmente relevante para la gestión clínica de los pacientes sanitariamente más vulnerables.

Si, además, fueran extrapolables las conclusiones de una reciente revisión interna llevada a cabo por el Institut Català de la Salut que calculaba que el test MNA era aplicado en menos del 15% de personas identificadas como pacientes crónicos complejos, la magnitud de las opciones de mejora se muestra de manera totalmente clara.

Los datos preliminares que se disponen sobre las condiciones nutricionales en los contextos de complejidad enfatizan que la dimensión –la óptica– geriátrica y social de los modelos de atención a aplicar son especialmente relevantes.

Por ello, el manejo del estado nutricional de los pacientes complejos tiene tanto o más que ver con las conclusiones de una valoración integral de la persona y con la comprensión de su contexto familiar, social y comunitario, que con los parámetros de control que ofrece la mirada clínica convencional.

En este contexto, la aplicación de modelos de atención integrales e integrados y centrados en la persona aparecen como los enfoques más oportunos para abordar las necesidades de los pacientes y, de manera singular, las de tipo nutricional (70).

¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE ATENCIÓN INTEGRADA?

Recientemente, un consenso de expertos ha definido la atención integrada como el modelo de atención basado en las actuaciones conjuntas y solidarias de los profesionales y las organizaciones de los servicios sociales y de los servicios sanitarios, con el objetivo de obtener unos resultados positivos en salud y bienestar, una utilización óptima de los recursos y una buena experiencia de atención, que permitan garantizar la atención integral y centrada en la persona (71).

Ello supone que, más allá de un marco de comprensión centrado en la mirada gestora, atender de manera integrada tiene que ver, fundamentalmente, con la capacidad de profesionales y agentes de trabajar colaborativamente para responder al conjunto de necesidades y preferencias de los pacientes (72).

Esta definición generaría dos reflexiones mayores en cuanto a la gestión de las condiciones nutricionales en los contextos de complejidad. En primer lugar, que el estado nutricional se integra como una dimensión más –y especialmente relevante– de la valoración multidimensional de las personas. Como segunda consideración, debe tenerse en cuenta que la consecución de los niveles óptimos de nutrición no es patrimonio de determinados colectivos profesionales, sino que deviene una garantía que debe asegurar el conjunto de agentes asistenciales implicados en la atención de un determinada persona, en un contexto territorial concreto, y desde la doble actuación sanitaria y social.

INTEGRACIÓN DE LA DIMENSIÓN NUTRICIONAL EN LOS NUEVOS CONTEXTOS DE ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA

Desde esta aproximación, se propone que los elementos de actuación más adecuados para el abordaje adecuado del reto nutricional en los pacientes complejos debieran ser, posiblemente, los siguientes:

1. La generación de conocimiento epidemiológico certero sobre las condiciones y riesgos de la desnutrición en los

colectivos afectados de condiciones complejas de salud y sociales, así como aquellos afectados de fragilidad evolutiva.

2. La inserción de políticas de abordaje de la desnutrición relacionada con la enfermedad y con la complejidad clínica en la planificación estratégica, de salud y de bienestar social.
3. El desarrollo de pactos territoriales de buenas prácticas colaborativas para dar respuesta a las exigencias derivadas de los dos puntos anteriores.
4. La implementación de estrategias formales y evaluadas de formación en manejo de la desnutrición para los profesionales, sanitarios y sociales, del ámbito comunitario.
5. La consolidación del rol referente de los profesionales expertos en nutrición desde una óptica comunitaria y con una marcada sensibilidad social.
6. La potenciación de los entornos hospitalarios como contextos idóneos para la identificación de casos especialmente significativos.

Nos esperan tiempos difíciles, donde la encrucijada formada por las condiciones demográficas, epidemiológicas, sociales y económicas pondrán en tensión la capacidad de las sociedades del bienestar para dar respuestas a las necesidades de las personas, especialmente cuando dichas necesidades son de gestión compleja, y aún más cuando apuntan a un elemento clave para la dignidad y la salud como es la nutrición. Desatender, pues, este ámbito resultaría una negligencia que, como ciudadanía responsable y como colectivo de profesionales comprometidos, no debiéramos permitirnos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: MSSSI; 2012.
2. World Health Organization. Noncommunicable Diseases. Country Profiles 2014. Geneva: WHO; 2014.
3. Blay C, Vendrell C, Julià MA, Sabater M, Ledesma A. La terminología de la cronicitat. Denominacions, conceptes i estratègies assistencials. Annals de Medicina 2014;97:98-9.
4. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases: 2011. Geneva: WHO; 2011.
5. U.S. Department of Health and Human Services. Multiple Chronic Conditions — A Strategic Framework: Optimum Health and Quality of Life for Individuals with Multiple Chronic Conditions. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2010.
6. Anderson G. Chronic Care: Making the Case for Ongoing Care. Princeton: Robert Johnson Foundation; 2010.
7. McNamara B, Rosenwax LK, Holman CDJ. A method for defining and estimating the palliative care population. J Pain Symptom Manage 2006;32:5-12.
8. Vogeli C, Shields AE, Lee TA, Gibson TB, Marder WD, Weiss KB, et al. Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences and implications for quality, care management and costs. J Gen Intern Med 2007;22 (Suppl 3):391-5.
9. Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria [Internet]. Madrid: SEDAP [acceso el 18 de gener de 2017]. Estrategia de gestión de crónicos. Disponible a: http://www.sedap.es/documentos/NdP_SEDAP_Presentacion_Estrategia_de_Gestion_de_Cronicos.pdf
10. Tudela P, Mòdol JM. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. Emergencias 2015;27:113-20.
11. Garjón FJ. Prescripción de medicamentos a pacientes ambulatorios An Sist Sanit Navar 2009;32:11-21.
12. Eurostat [Internet]. Luxembourg: Eurostat [acceso el 18 de gener de 2017]. European Health Interview Survey; 2009. Disponible a: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>

13. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Madrid: SEGG; 2005.
14. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015.
15. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE [acceso el 18 de febrero de 2017]. Proyección de la Población de España 2014–2064. Nota de prensa del 28 de octubre del 2014. Disponible a: <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
16. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO [acceso el 18 de gener de 2017]. Global health risks; 2009. Disponible a: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_part2.pdf
17. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Health reform: Meeting the challenge of ageing and multiple morbidities. Paris: OCDE; 2011.
18. Contel JC, Ledesma A, Blay C. Abordaje de la cronicidad. Dins: Marin Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badía J, editors. Compendio de Atención Primaria. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2016. pp. 71-83.
19. Piette J, Richardson C, Valenstein M. Addressing the needs of patients with multiple chronic illnesses: the case of diabetes and depression. *Am J Manage Care* 2004;10:152-62.
20. TERMCAT [Internet]. Barcelona: TERMCAT, Centre de Terminologia [acceso el 18 de gener de 2017]. Terminología de la Cronicitat. Disponible a: http://www.termcat.cat/es/Diccionaris_En_Linia/160/
21. Pomerleau J, Knai C, Nolte E. The burden of chronic disease in Europe. Dins: Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions: a Health System perspective. London: The Open University Press; 2008 pp. 15-42.
22. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ* 2015;350:h176. DOI: 10.1136/bmj.h176
23. Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract* 2011;61:12-21.
24. Sinnott C, McHugh S, Browne J, Bradley C. GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open* 2013;3:e003610.
25. Committee on quality of Healthcare in America. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington: National Academies Press; 2001.
26. Valderas JM, Mercer SW, Fortin M. Research on patients with multiple health conditions: different constructs, different views, one voice. *Journal of Comorbidity* 2011;1:1-3.
27. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A. Multimorbidity is common to family practice. Is it commonly researched? *Can Fam Physician* 2005;51:244-5.
28. Gijsen R, Hoeymans N, Schellevis F, Ruwaard D, Satariano WA, Van der Bos GA. Causes and consequences of comorbidity: a review. *J Clin Epidemiol* 2001;54:661-74.
29. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and the quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2:51.
30. Wolff J, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med* 2002;162:2269-76.
31. Barnett K, Mercer SW, Norbury M. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380:37-43.
32. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;365:1099-104.
33. Puig-Junoy J. Proyecciones del gasto público en sanidad y dependencia: no sólo de demografía se alimenta el crecimiento del gasto. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2006;8(4).
34. Bengoa R. Empantanados. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada* 2008;1:1-7.
35. Directorate General for Health and Food Safety. Witch priorities for a European policy on multimorbidity? Highlights and conclusions from the conference. Brussels: European Commission; 2015.
36. National Institute for Health and Care Excellence. The NICE guidelines. Older people with social care needs and multiple long-term conditions. London: NICE; 2015.
37. Wikipedia [Internet]. Sistema complejo. Wikipedia [acceso el 18 de gener de 2018]. Disponible a: https://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_complejo
38. Pla Director Sociosanitari. Descripció i consens dels criteris de complexitat assistencial i nivells d'intervenció en l'atenció al final de la vida. Barcelona: Departament de Salut; 2010.
39. Schaink AK, Kuluski K, Lyons RF, Fortin M, Jadad AR, Upshur R, et al. A scoping review of patient complexity: offering a unifying framework. *Journal of Comorbidity* 2012;2:1-9.
40. Valderas JM, Starfield, B, Sibbald, B, Salisbury C, Roland, M. Defining comorbidity: Implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med* 2009;7:357-63.
41. Pefoyo AJ, Bronskill SE, Gruneir A, Calzavara A, Thavorn K, Petrosyan Y, et al. The increasing burden and complexity of multimorbidity. *BMC Public Health* 2015;15:415. DOI: 10.1186/s12889-015-1733-2.
42. Oretueta JF, Mateos M, Barrio I, Nuño R, Cuadrado M, Sola C. Estratificación de la población en el País Vasco: resultados en el primer año de implantación. *Aten Primaria* 2013;45:54-60.
43. Hughes JS, Averill RF, Eisenhandler J, Goldfield NI, Muldoon J, Neff JM, et al. Clinical Risk Groups (CRGs): a classification system for risk-adjusted capitation-based payment and health care management. *Med Care* 2004;42:81-90.
44. Monterde D, Vela E, Cleries M. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. *Aten Primaria* 2016;48:674-82.
45. Nardi R, Scanelli G, Corrao S, Iori I, Mathieu G, Cataldi-Amatrian R. Co-morbidity does not reflect complexity in internal medicine. *Eur J Intern Med* 2007;18:359-68.
46. Noël PH, Parchman ML, Williams JW, Cornell JE, Shuko L, Zeber JE, et al. The challenges of multimorbidity from the patient perspective. *J Gen Intern Med* 2007;22(Suppl 3):419-24.
47. Upshur RE, Tracy S. Chronicity and complexity: is what's good for diseases good for the patients? *Can Fam Physician* 2008;54:1655-8.
48. Safford M, Allison JJ, Kiefe C. Patient complexity: more than comorbidity. The Vector Model of Complexity. *J Gen Intern Med* 2007;22(Suppl 3):382-90.
49. Blay C, Limón E, coordinadors. Bases para un modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas: conceptualización e introducción a los elementos operativos. Barcelona: Departament de Salut; 2016.
50. Pla Director de Salut Mental. Atenció les persones amb trastorns mentals i addiccions i complexitat: una proposta sistèmica d'atenció integrada en la comunitat. Barcelona: Departament de Salut; 2015.
51. Hilarion P, Ballester M, Suñol R. Informe sobre la identificació de persones en situacions de necessitats socials complexes (PNASC). Institut Universitari Avedes Donabedian -Universitat Autònoma de Barcelona, REDISSEC-. Document intern no publicat. Barcelona: Diputació de Barcelona; 2016.
52. Grant RW, Ashburner JM, Hong CS, Chang Y, Barry MJ, Atlas SJ. Defining patient complexity from the primary care physician's perspective: a cohort study. *Ann Intern Med* 2011;155:797-804.
53. Hernansanz F, Berbel C, Martínez-Muñoz M, Alavedra C, Albí N, Palau L, et al. Complex needs care from people with chronic diseases: population prevalence and characterization in primary care. Dins: 16th International Conference for Integrated Care. Barcelona: International Foundation for Integrated Care; 2016.
54. Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Proposta de document de bases conceptuais del model català d'atenció integrada social i sanitària. Barcelona: Departament de la Presidència; 2016.
55. European Union. Reflection process: innovative approaches for chronic diseases in public Health and Health care systems. Brussels: UE; 2013.
56. Instituto Nacional de Estadística. Estimaciones de población, censos y cifras oficiales de población. Madrid: INE; 2015.
57. Thomson S, Figueras J, Evtovits T, Jowett M, Mladovsky P, Mareoso A, et al. Economic crisis. Health Systems and Health in Europe: impact and implications for policy. WHO policy summary 12. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2014.
58. Constante C, Martínez-Muñoz M, Blay C. Complexity beyond multimorbidity: a population-based cross-sectional study. Document intern no publicat. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Departament de Salut; 2016.
59. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Resultats de l'avaluació del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. PPAC. 3 anys de funcionament (2011-2014). Document intern no publicat. Barcelona: Departament de Salut; 2015.
60. Blay C. Característiques i consum de recursos sanitaris de persones amb malalties cròniques avançades: un estudi de cohort [tesis doctoral]. Vic: Universitat de Vic/Central de Catalunya; 2017.
61. Blay C, García F, Limón E. Noves realitats, nou professionalisme. Dins: Llibre de ponències. Tercer Congrés de la Professió Mèdica. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Girona; 2016.
62. Fried LP, Storer DJ, King DE, Lodder F. Diagnosis of illness presentation in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:117-23.

63. Ham C, Alderwick H. Place-based systems of care. A way forward for the NHS in England. London: The King's Fund; 2015.
64. Alianza Más Nutridos [Internet]. Madrid: Alianza Más Nutridos [acceso el 10 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.alianzamasnutridos.es/desnutricion-enfermedad/>
65. McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. BMJ 1994;308:945-8.
66. Stratton R, Green C, Elia M. Disease-related malnutrition: an evidence based approach to treatment. Wallingford: CABI Publishing; 2003.
67. Benraad C, Kamerman F, Munster B, Spijker J, Rikkert MO, Voshaar RO. Are disability, multimorbidity, undernutrition, cognitive dysfunction and frailty taken into account in RCT's on anti-depressant drug treatment of depression in older adults: a systematic review. PROSPERO 2014:CRD42014007300 Available from: http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42014007300
68. Wallace RB, Salive ME. The dimensions of multiple chronic conditions: Where do we go from here? A Commentary on the Special Collection of Preventing Chronic Disease. Rev Chronic Dis 2013;10:130104. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.130104>
69. Burgos R. Estudi de prevalència de la desnutrició relacionada amb la malaltia en el pacient crònic complex a la comarca d'Osona. Document intern no publicat; 2016.
70. Blay C, Limón E, Burdoy E. Abordatge del pacient amb fragilitat i cronicitat complexa. Monografies CAAPS. Barcelona: CAMFIC; 2015.
71. TERMCAT [Internet]. Barcelona: TERMCAT, Centre de Terminologia [acceso el 10 de marzo de 2017]. Terminología de l'atenció integrada. Disponible a: http://www.termcat.cat/ca/Diccionaris_En_Linia/230/Presentacio/
72. Goodwin N, Smith J, Davis A, Perry C, Rosen R, Dixon A, et al. Integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together. London: The King's Fund & The Nuffield Trust; 2012.