ACTA nº2 REUNIÓN GRUPO DE INTERÉS EN BIOÉTICA

Jueves, 22 de julio del 2021
Reunión virtual vía Zoom

Hora de inicio: 18.32 pm.

Asisten:

Dra. Nancy Carvajal
Dra. Lucy Granda
Dr. Joaquín Montero
A.S. Hardy Müller
Dra. Carmen Nadal A.
Dra. Mónica Nivelo

Invitado:

Dr. Álvaro Téllez

Inasistente:

Dr. Andrés Glasinovic

Tabla de reunión:

- Presentar nuevas integrantes y a aquellos inasistentes de la sesión anterior
- Presentación del Programa piloto *Modelo de atención centrado en las personas con multimorbilidad*, dirigido por la Pontificia Universidad Católica de Chile.

1. Cada participante se presenta ante el grupo. Se integran Dra. Mónica Nivelo, docente de la Universidad de Chile y médico del CESFAM Cristo Vive; Sr. Hardy Müller, asistente social, docente y miembro del Comité de Ética SS Araucanía; y Dra. Nancy Carvajal, docente Universidad de O'higgins y médico del CESFAM nº6 de Rancagua. Como invitado se presenta el Dr. Álvaro Téllez, del *Centro de innovación en salud* y docente de Medicina Familiar de la PUC .

2. Dr. Téllez hace su presentación compartiendo un ppt. Comienza describiendo un caso clínico de una mujer que sufre varias enfermedades crónicas ante las cuales, el sistema de

atención sanitario actual, le ofrece varias “puertas”… cada una asociada a un programa de salud; es evaluada por varios profesionales médicos y no médicos; en varios niveles asistenciales (primerio-secundario), y además lleva 18 meses esperando una cirugía vascular. Dr. Téllez ejemplifica este caso, no como uno aislado y excepcional, por el contrario, es la realidad que enfrenta la gran mayoría de enfermos crónicos dentro del sistema de salud chileno.

2. Las estadísticas en Chile muestran que 2.429.605 personas sufren de más de 5 patologías crónicas de forma simultánea, y 9.718.423 personas de más de 2 patologías crónicas. La capacidad del sistema alcanza para 2.300.000. Esto significa que no existe capacidad instalada para tal demanda.

3. Además de la incapacidad del sistema para sostener este problema de salud pública, el enfoque está errado, pues se fracciona por diagnósticos; los distintos niveles no están integrados entre sí, y es un sistema vertical. Esto ha generado menor satisfacción, menor efectividad y menor eficiencia.

4. La propuesta es el cambio tanto del modelo asistencial, como del sistema sanitario. Pasar del enfoque en órganos, al enfoque en las personas. Esto representa un gran desafío, considerando que la formación profesional continúa basada en el modelo antiguo desintegrado. Entonces se requiere un cambio en la estructura, en los roles, en las funciones, en el financiamiento, y en el sistema de control y calidad.

5. El piloto de la implementación del *Modelo de atención centrado en las personas con multimorbilidad*, dirigido por la Pontificia Universidad Católica de Chile, representa la aplicación del modelo de salud familiar integral en la atención de enfermedades crónicas. Es decir, incorpora la responsabilidad compartida, la continuidad asistencial, la estratificación por riesgo, el automanejo y la gestión de casos en la organización de las instituciones sanitarias. El sentido principal es mejorar la calidad de vida de las personas atendidas disminuyendo las hospitalizaciones, las complicaciones secundarias a la enfermedad y las consultas a los niveles secundarios y terciarios.

6. En este piloto fueron incluidos 7 CESFAM y 3 Hospitales de referencia.

7. Como el sistema no tiene capacidad para satisfacer toda la demanda del grupo en control por patologías crónicas, la idea es disminuir los recursos y cambiar hacia un enfoque de automanejo y tele-asistencia para los de bajo riesgo, para ofrecer mayor recursos y asistencia del personal de salud, a los de más riesgo. El enfoque en todos los grupos está basado en factores de riesgo y un plan personalizado, el cual consta de los mismos protocolos actuales, pero acomodados a las necesidades de las personas y delegando en ellas mayor responsabilidad en forma gradual.

8. Por otra parte, para evitar la sub o sobre intervención de los casos, debido a la falta de integración de la red sanitaria, se sugiere un trabajo ampliado con el equipo que debe ser integrado por médicos de familia, médicos generales, farmacéuticos, enfermeras gestoras

de casos para el acompañamiento de los casos más riesgosos, profesionales de enlace entre niveles y TENS. En el caso de los pacientes de riesgo moderado y bajo, se sugiere el apoyo del equipo de cabecera, favoreciendo la tele-asistencia y promoviendo el automanejo.

9. Los resultados preliminares del piloto han demostrado la disminución de la mortalidad en un 57%, las hospitalizaciones en un 38% y los días camas promedio en 5,6. Las barreras identificadas son: el tiempo ajustado, la rotación del equipo, las múltiples tareas (metas e indicadores), el registro clínico por programa, el espacio físico insuficiente, la incertidumbre de los nuevos roles, entre otros. Dentro de los facilitadores, el Dr. Téllez destaca el compromiso del equipo con este cambio, la auto-motivación, el liderazgo y el acompañamiento del equipo externo. Queda pendiente evaluar variables de calidad de vida, pero Dr. Téllez relata el testimonio de una paciente quien, emocionada llora en un pasillo del CESFAM, ya que se sintió tratada como "persona" al ser consultada de todas sus dolencias en la misma consulta. Conclusión: el sistema no está centrado en las personas, por lo que la tarea es ***"devolver la dignidad" a las personas y a los equipos de salud, a través de personalizar los planes de cuidado.***

10. Este piloto ya se estaría en proceso de implementación en otras regiones a través del MINSAL. Dra. Carvajal está terminando un curso relacionado y financiado por el Servicio de Salud O'higgins.

11. Dra. Nadal agradece la presentación del Dr. Téllez y traduce este modelo en varios principios éticos:

Dignidad: cualquier enfoque centrado en el ser humano, es reconocer su valor en todos los ámbitos, …más aun en el sanitario, donde la enfermedad deja a las personas en un estado de vulnerabilidad, del cual hay que hacerse responsable como sociedad (Ética del cuidado).

Justicia: Este modelo juega al revés de la Ley de cuidados inversos, la cual señala que los recursos se destinan a quienes menos lo necesitan. En este modelo, al estratificar por riesgo y distribuir según riesgo y mayor impacto, con enfoque en los más vulnerables, claramente se realiza un ejercicio de equidad y justicia distributiva, reconociendo la limitación en la capacidad del sistema.

Autonomía: "personalizar" el plan de cuidado, compartir decisiones y responsabilizar a las personas en su automanejo, es empoderarlos y reconocerles en sus proyectos de vida y contextos. Esto no hay que confundirlo con el extremo de "abandonarlos" y que decidan por sí mismos y solos. El acompañamiento es el término intermedio y ético. Alejarse del paternalismo excesivo y del abandono total. El profesional pone su conocimiento al servicio del caso y la persona, se conoce, conoce qué puede asumir y hasta dónde puede decidir (horizontalidad) con o sin la ayuda de su equipo tratante.

12. Hardy Müller refiere que en este modelo se “respira” la bioética por todos lados, está en su esencia, y consulta al invitado el rol de la familia en este modelo. Dr. Téllez señala que el promedio de edad de los casos fluctúa entre 70-72 años, por lo que es esencial contar con red de apoyo familiar para un mejor cuidado. También se proyecta este modelo para ser aplicado a todo el curso de vida. Por ejemplo, considerar la vulnerabilidad de los menores, más allá de un “check list”, sino que ver el trasfondo y sensibilizar al personal.

13. Dra. Nivelo señala que en este modelo se traducen los principios de la Bioética en lo “palpable”, pues el enfoque es en la persona, la familia y la comunidad. Consulta en relación a la cultura paternalista para empoderar a los pacientes, quienes tienden a dejar toda la responsabilidad en sus tratantes. Dr. Téllez reconoce la cultura paternalista arraigada en la sociedad, que sin duda, implicará el trabajo hacia un cambio de paradigma para lograr decisiones compartidas. La autonomía se vive en forma limitada. La idea es que el profesional acuerde metas que el paciente esté dispuesto a asumir e ir monitorizando según las capacidades reales de cumplimiento y por supuesto, acompañarlo, con tele-asistencia y material de apoyo. Ahí también juegan un rol, los pares, para ir formado grupos de ayuda y apoyo, compartiendo conocimientos y experiencias.

14. Dra. Granda reconoce este desafío en todos los sentidos y las barreras por parte de usuarios, equipos y otros niveles de atención. En relación a estos últimos, pregunta cómo ha sido la comunicación. Dr. Téllez señala que las redes están muy desintegradas, pero reconoce dos aciertos: 1) Las enfermeras de enlace para casos de alto riesgo, a tal punto de generar una “alarma” en el sistema para la atención oportuna y 2) la información compartida desde lo informático, para conocer las prestaciones que se brindan entre uno y otro nivel. Es importante que el sistema se ordene en función de las personas.

15. Dr. Montero rescata que este modelo y lo que vió en el lanzamiento del libro: *Bioética Aplicada en la Atención Primaria*, le hicieron pensar en la estrecha relación que existe entre ambas temáticas, las cuales convergen en la recuperación de la dignidad de las personas, pero también de los equipos de salud. Por ello su planteamiento es el enfoque en conjunto, en especial para la formación en las escuelas de medicina.

16. Dra. Nadal cierra la sesión agradeciendo al invitado, a quien le regalará un libro en nombre de los miembros de este grupo de trabajo. Además señala la importancia de no perder el SENTIDO DE LA TAREA, entre tantas metas y números. Aquel compromiso y motivación por parte de los equipos del programa piloto, es volver a darles ese sentido, cual es, ***poner a la persona en el centro de su quehacer.***

Se cierra la sesión a las 19.38 pm.