

Nuevas y necesarias "formas" y herramientas para la atención integral del diabético: de atención primaria a centro de especialidades

Vicente Ibáñez
Esquembre

Especialista
en Angiología
y Cirugía Vascular
Director Médico
de la Liga Europea
de Diabéticos
Almería

Resumen

El objetivo de este artículo, es tratar de evidenciar la problemática del paciente diabético en España y en Europa, su situación actual tras las declaraciones de intenciones de los diversos organismos que velarían y tutelarían sus problemas, así como mostrar las evidencias de una Atención Primaria incapaz estructuralmente de asumir de forma correcta y completa, las competencias de una buena profilaxis, diagnóstico precoz y tratamiento preventivo de la arteriopatía diabética. Se hace una reflexión sobre la situación que las Unidades y/o Servicios de Angiología y Cirugía Vascular están mostrando ante el problema, para terminar aportando algunas posibles soluciones para poder integrar una atención al paciente diabético y a sus complicaciones de una forma más eficaz y preventiva de la que hasta hora existe.

Palabras clave: Diabetes. Atención Primaria. Prevención. Centros de Atención al Diabético.

Summary

The target of this article is to deal with making evident problems of diabetic patients in Spain and Europe, their situation after the statements of purposes of the different institutions who would look after and guide their problems, as well as showing the evidences of a Primary Attention structurally unable of taking on correctly and completely the competence of a good prophylaxis, early diagnosis and preventive treatment of the diabetic arteriopathy. A reflection is made about the situation that the units and / or services of angiology and vascular surgery are showing with regard the problem and finality to contribute with some possible solutions to be able to integrate an attention to diabetic patients and their complications in a more effective and preventive way than existing situation up to now.

Keywords: Diabetes. Primary Attention. Prevention. Diabetic Attention Centers.

Justificación

Las recomendaciones de la Declaración de San Vincent en 1989, bajo la tutela de la Federación

Internacional de Diabetes (IDF) y la Oficina Regional para Europa de la OMS, fue el punto de partida para aunar los intereses de todas las partes implicadas en el cuidado de la diabetes y de sus complicaciones. Desde esa fecha el desarrollo de los programas conjuntos no han cubierto las expectativas que despertaron. Todas las demás resoluciones, las de los Estados miembros de la Región Europea de la OMS en 1991, las del Ministerio de Sanidad y Consumo en España en 1991, asociaciones como la EASD y otras, no han dejado de ser actitudes entusiastas pero sin ninguna consecuencia válida y trascendente para el conocimiento real de la situación del paciente diabético en la UE, ya que enfocan el problema desde un punto de vista parcial y no integral de la enfermedad diabética. La atención dedicada al diabético, centrada en la Atención Primaria, ha sido inequívocamente y por múltiples aspectos criticada en torno al cumplimiento de las recomendaciones del European NIDDM Policy Group, de la IDF y del Grupo de trabajo sobre la diabetes de la OMS y de las posteriores reuniones.

Haría falta recordar, en estos momentos, dos párrafos que pueden refrescar nuestra memoria. Uno está contenido en la introducción de la Declaración de San Vincent y dice de forma crítica: "Ninguno de los objetivos de la Declaración, podrá ser cumplido al menos que se desarrollen programas efectivos a todos los niveles: primaria, secundaria y terciaria". Palabras que advierten que los objetivos que se enuncian no podrán ser nunca una realidad si no van acompañados de programas concretos y efectivos, desarrollados de forma global.

El segundo es expuesto por el Ministerio de Sanidad y Consumo Español (MSC) en febrero de 1996, en las conclusiones iniciales recogidas en la "Ordenación de recursos para la atención sanitaria de las personas con diabetes". Dice en su primera página: "El sistema sanitario debe conseguir que la atención al diabético sea accesible, integral, integrada, de

Correspondencia:
Vicente Ibáñez Esquembre
Fco. J. Cervantes y Sanz
de Andino, 70
04720 Aguadulce. Almería
E-mail:
viesquembre@eurodile.org

buena calidad, eficaz y a un coste razonable. Conseguir este objetivo precisa el aprovechamiento de todos los recursos sanitarios disponibles, su racionalización y una coordinación efectiva y eficiente entre los distintos niveles sanitarios".

Sin duda la lectura de estas frases, tan "aclarativas" de todo lo que se debe hacer en la atención al paciente diabético, contrasta para los que nos dedicamos a la atención diaria de estos pacientes con la realidad que vivimos y sobre todo que viven los diabéticos, que en líneas generales y salvo aportaciones e iniciativas puntuales (desgraciadamente de carácter reducido), nos evidencia el escaso cumplimiento del MSC, y de las recomendaciones de la Declaración de San Vincent en el ámbito europeo y mundial.

Pero lo que los diabéticos si que observan y padecen, es que sus índices de mortalidad son importantes, que la morbilidad es creciente porque así lo está facilitando la dinámica asistencial actual, las características y el ascenso demográfico de esta sociedad, y en conclusión nos transmiten que no ven mejoras sustanciales en su atención y que están hartos y saturados de discursos vacíos.

La realidad es que sigue habiendo cada vez más diabetes en el mundo, con prevalencias que están alcanzando el 6-8%, y las consecuencias de una mala gestión sanitaria en los pacientes diabéticos es lógicamente un aumento de las complicaciones. Los últimos estudios de la Liga Europea de Diabéticos coinciden, en general, claramente con los expuestos por la OMS. Así, es lamentable tener que exponer algunos de esos datos:

1. En España mueren anualmente casi 9.000 diabéticos y 95.000 en la UE (¿la unión de los países más desarrollados?)
2. Se producen cerca de 10.000 amputaciones al año en nuestro país sólo en diabéticos (cifra optimizada a expensas de la terminación de un estudio al respecto).
3. Cerca de 4 millones de personas, diabéticas, mayores de 29 años, y según la metodología empleada, son portadores de una Enfermedad Vasculat Periférica en la UE.
4. Cerca de 3 millones de diabéticos son portadores de Cardiopatía en la UE...

Las primeras preguntas que nos deberíamos hacer es: ¿qué ocurre, por qué pasa todo esto? A estas dos preguntas deberíamos responder con dos premisas importantes y que es difícil encontrar últimamente en cualquier análisis: objetividad y humildad. La respuesta para mí está muy clara: no lo estamos haciendo bien.

Ni por parte de las administraciones sanitarias que deben velar por los intereses de los diabéticos y generar vías de gestión y claro cumplimiento para evitar en la medida de lo posible fatales complicaciones, hasta la actuación de los médicos que desde atención primaria incapacitados, por la demanda asistencial general y la presión administrativa, a poder ver, valorar, tipificar y seguir la evolución de la patología incipiente o manifiesta en los diabéticos y que provoca que a los hospitales acudan los pacientes diabéticos, en general, cuando las lesiones ya están establecidas y se intenta mediante técnicas quirúrgicas o de otro tipo, salvar lo que a veces ya es imposible.

La atención sanitaria en nuestro país al paciente diabético, actualmente está diversificada en: la atención primaria (AP), centros de especialidades, compañías de seguros, medicina privada.

Respecto a la AP, independientemente de su importancia histórica, en la atención a los diabéticos, se deberían tener en cuenta unos requisitos mínimos para que fuesen medianamente operativas en lo referente al PD (paciente diabético). Sin que sea referencia de crítica, la realidad es que estos requisitos, en la mayoría de las ocasiones y centros no pueden ser cubiertos por diversas causas:

- a. Debería haber una *formación específica*, continuada y actualizada en diabetología de todos los miembros de esos equipos, del personal de enfermería, con inclusión de atención dietética, psicológica, podológica... y técnicas diversas educativas para estos pacientes. Para ellos se debería contar con el sustento de la infraestructura necesaria.
- b. Debería existir un *consenso* para el diagnóstico temprano y tratamiento correcto de la diabetes y de sus posibles complicaciones. Para ello haría falta la *existencia de un protocolo* seriamente elaborado, que sea asumido y llevado a cabo, por todo el equipo de atención primaria. Haciendo hincapié, en el mismo, en un estudio para la recaptación de estos pacientes.
- c. La *estrecha relación entre médicos y enfermería*, debe ser indiscutible, lo que implicaría tanto una *actitud* determinada por ambas partes, para que se plasme la posibilidad de interacción de datos del enfermo de forma periódica, para su valoración y discusión, aspectos a veces inaccesibles.
- d. La *existencia de registros informáticos* con la codificación internacional más conveniente, de todos aquellos aspectos diagnósticos y terapéuticos que se realicen en un diabético, es im-

prescindible para poder “cuajar” todos los pasos esbozados. El acceso continuado por todo el equipo de atención primaria a estos datos en cualquier momento, facilitarían la gestión en la atención a estos enfermos.

- e. Por último, tendría que existir una *cooperación ágil, continua y estrecha*, con los equipos de las diferentes especialidades implicadas en la atención a los diabéticos. Para ello, aparte de que sea viable, debe estar protocolizada y asumida.

Creo que todas estas condiciones son difíciles de que se puedan abordar, en estos momentos desde la atención primaria. Y que toda la infraestructura creada debe ser en ella, totalmente aprovechada, y que el deseo de los médicos de atención primaria de poder cumplir sus responsabilidades con absoluta y completa cobertura debe, también, ser motivo de reflexión presupuestaria así como de estructuración y concepto en los gestores responsables. Es por todo esto, por lo que pensamos que quizás sería necesario valorar la creación de un “escalón intermedio” que de respuestas claras a esa lógicas demandas y a tan claras necesidades.

“Si valoramos la evolución de la AP desde hace aproximadamente 17 años hasta ahora, independientemente de los logros obtenidos que han sido importantes, veremos como sus iniciales intenciones se han ido viendo degradadas por falta de recursos económicos en relación a los destinados a la especializada, por el aumento de la longevidad que ha hecho que procesos crónicos frecuentes incrementen la demanda asistencial en dichos centros y porque la coordinación interna entre médicos, especialidades y enfermería se ha conflictivizado. Si a ello se suma el escaso cumplimiento de protocolos, unos existentes y otros por crear, y la falta de criterios y registros informáticos veremos que actualmente la AP precisa de una reconversión ansiadamente demandada y teóricamente difícil de llevar a cabo”

Respecto a los *centros hospitalarios de especialidades*, la asunción de estos pacientes desde la niñez (aproximadamente entre el 15 y el 20% de todos los diabéticos) pasaría por un enfoque global no solo de su trastorno metabólico, sino así mismo de su pluripatología. Todo ello debería realizarse con una metodología específicamente estudiada, creada y protocolizada por un equipo multidisciplinario, con especial dedicación e interés por este tipo de enfermos, que en caso de existir ni se cumple, ni creo que dadas las características jerárquicas de los hospitales se pueda cumplir.

La inclusión de los mismos, en la dinámica propia de los hospitales, disgregaría la atención al mismo, sobre todo teniendo en cuenta que la problemática diagnóstica actual en España (listas de espera diagnósticas), es importante y supone, en ocasiones una larga espera, en donde la patología que ha motivado la consulta: retinopatía, lesión de un pie, problemas renales,... suele ser atendida tardíamente, con las nocivas consecuencias económicas sanitarias que ello conlleva para la administración y la repercusión personal que para el paciente diabético representa; en donde muchas veces la prontitud en el diagnóstico y por tanto una terapéutica inmediata puede corregir de forma considerable el pronóstico del órgano dañado y por tanto minimizar el gravamen económico para la administración sanitaria, personal para el paciente y social para nuestra comunidad.

Pienso por todo ello, que la dinámica hospitalaria, su saturación, la atención prioritaria a casos urgentes de todo tipo y el alto nivel de urgencias, disgregaría y haría inoperativa esta atención al diabético. Pero no podemos olvidar, como especialistas, nuestro mandato fundacional respecto a la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular, y nuestra evidente coresponsabilidad en ésta situación, en el cual uno de los puntos que debe centrar nuestra actuación es en de la prevención de las enfermedades vasculares. Aspecto este que con la configuración, estructuración, dinámica y sobre todo por la concepción de la especialidad por una gran parte de los especialistas en Angiología y Cirugía Vascular, hace bastante improbable que se puedan generar vías de integración franca en otros niveles, por el momento, que haga que nuestros objetivos como especialistas *clínico-quirúrgicos*, no se basen, simplemente, en ser amanuenses del bisturí.

Nuestras aspiraciones son sencillas pero ambiciosas en sus contenidos y en las conquistas que esperamos lograr. De esta forma llevamos mas muchos años trabajando en la elaboración de un proyecto de atención al paciente diabético, ya terminado globalmente, y que hemos llamado los CADs (Centros de Atención al Diabético).

Este proyecto surge de la concepción, nada original por otra parte, de que la diabetes, al diabético hay que “mirarlo” de otra forma, hay que tratarlo y abordar su problemática desde un punto de vista multidisciplinario, conjuntando voluntades médicas motivadas y preocupadas por este padecimiento, técnicos que faciliten una asistencia dinámica y eficaz, una gestión de los datos protocolizados para su uso y análisis veraz, que permitan detectar la situación

clínica de un diabético concreto, del colectivo de afectados y de esta forma poder llegar, de una vez, a conocer la realidad de la diabetes en nuestro país.

Pero también se necesita que los pacientes diabéticos estén comprometidos en el control de su enfermedad mediante una educación personalizada y continuada, así como con una presencia activa en el desarrollo de cualquier proyecto que afecte a su enfermedad. Y ello sólo se conseguirá cuando el afectado vea que este proyecto deja de ser uno más y toma cuerpo y forma real en la sociedad de forma garantizada, así como que se vincule seriamente a su padecimiento.

Los CADs serán Centros de Atención al paciente Diabético, que nacen con la intención, inevitable, de ser un complemento entre Atención Primaria y Especializada, englobados en su dinámica con las Consejerías de las diversas Autonomías, y en ellos la integración directa o indirecta del especialista en Angiología y Cirugía Vasculosa es importante.

Creemos que deben estar estrechamente vinculados con dichos niveles asistenciales pero que, así mismo, tengan un carácter jurídico-sanitario que les permita poner en marcha todos los mecanismos necesarios para protocolizar el estado del paciente y las actuaciones sobre ellos, desde su filiación hasta sus características, situación clínica, complicaciones y actitudes terapéuticas. Es fundamental que esta andadura nazca sin que los problemas y/o las presiones asistenciales externas la puedan interferir.

Tanto el carácter educativo, preventivo, diagnóstico y terapéutico médico estarán vinculados a los CADs, y su personal tanto médico como no, estarán adscritos nominalmente a los mismos y dedicados solamente a dicha labor asistencial. Ello supone la centralización de la atención a los diabéticos, contando con la unión y el esperado apoyo de los niveles asistenciales anteriormente señalados.

Para la consecución de lo expuesto se precisa tan sólo de dos cosas: *voluntad y coraje político*. No deseamos que nos digan qué hay que hacer, lo sabemos. Deseamos que se ponga definitivamente en marcha, y que responda a las necesidades y a la voluntad de los diabéticos y de las asociaciones que los representan. Todo lo demás (incluso parte de sus contenidos) podrá ser discutible, pactable..., pero dejémonos de eufemismos y hagamos que la política sea más real y la sanidad coherente con ella.

Económicamente supondrá un reto que redundará positivamente en poco tiempo sobre las arcas sanitarias, así como en la gestión sanitaria de los gastos

en estos pacientes que actualmente están disgregados, las mas de las veces duplicados cuando no mal orientados y que ya suponen del 6 al 9% del Presupuesto Sanitario Nacional.

Bajo el punto de vista científico-sanitario supone:

- Un logro sanitario novedoso y audaz para cualquier país.
- La posibilidad de lograr un conocimiento global clínico del diabético.
- Posibilidad de poner en marcha, con los datos obtenidos, líneas de actuación sanitaria a todos los niveles más eficaces que las actuales.
- La homogeneización y protocolización de la población diabética, que permitirá la identificación de los problemas que existen, tanto sanitarios como económicos.

Todo lo expuesto refleja en conjunto, el papel importante que la prevención y el tratamiento multidisciplinario y coherente, debe jugar en este tipo de pacientes donde el pronóstico, tanto funcional como de su propia vida, suele estar en la mayoría de las veces, mas hipotecado de lo que se piensa. La acción debe estar dirigida hacia varias vertientes y la coordinación entre las diversas especialidades y los diversos estamentos sanitarios que la competen es de vital importancia.

Teniendo en cuenta, que el enfermo diabético lo es de por vida, también lo es y así debe ser visto el riesgo de padecer complicaciones por su enfermedad. Pensamos que las manifestaciones clínicas en los diabéticos, son por su trascendencia una de las facetas que más deben ser tenidas en cuenta y que hasta el momento sólo se las tiene, muchas veces, cuando ya el destino de las lesiones es irreversible o letal para una pierna, el riñón..., o la propia vida del enfermo.

El programa de actividad de la Liga Europea de Diabéticos, intenta situarse pues, en la realidad de la enfermedad diabética y del diabético, en su conocimiento básico y al mismo tiempo global, en la necesidad de su tipificación lesional homogénea, su diagnóstico temprano, con un plan terapéutico consensuado y controlado en el tiempo, para conseguir evitar los grados de confusión y de protagonismo actuales sobre la enfermedad, impidiendo la idea ya obsoleta, del "glucocentrismo" (¿sólo es importante el control metabólico?), que tanto ha perjudicado a los proyectos emprendidos, y abogando por un sistema multidisciplinario, codificado e integrado que intente aglutinar conceptos, actitudes y resultados finales.

Bases

Dado el grave problema de la diabetes, y sobre sus trascendentes consecuencias para la mayoría de los países, es necesario de forma prioritaria medir y conocer la realidad sanitaria y planificar su atención para:

1. *Mejorar y mantener la salud del diabético*, mediante un conocimiento real de su trastorno, lo más completo y práctico posibles, homogéneo y que sea transferible para el entorno de todos los países.
2. *Conceptualmente*, para alcanzar las metas de esta propuesta es imprescindible "mirar" al paciente diabético desde otra óptica y planificar su atención desde el mismo momento de su consideración clínica como diabético, y por tanto como señalador de daño arterial, hasta el fin de sus días.
3. *Reducir la morbi-mortalidad e incidencia de la diabetes*, y de sus complicaciones; desarrollando las medidas de prevención primaria para disminuir o retrasar su aparición, elevando al mismo tiempo el conocimiento de los diabéticos sobre su enfermedad, y el de los profesionales de la salud referente a este problema.
4. *Prevenir*, conocer de forma multidisciplinaria y tratar las posibles complicaciones a través de una metodología que incida sobre el diagnóstico precoz de las lesiones en el diabético a cualquier nivel, que tendrá como objetivo clave introducir medidas profilácticas tales como evitar o tratar los factores de riesgo asociados, antes que aparezcan síntomas y/o lesiones graves o irreversibles; mediante un esfuerzo asistencial, de investigación conjunta y permanente. Sumar voluntades con aquellas organizaciones que deseen cooperar sobre una línea de trabajo concreta y protocolizada.
5. *Evitar*, como consecuencia, no sólo una duplicación de datos sin ninguna finalidad conceptual o terapéutica, o proyectos sin sustento metodológico crítico, sino así mismo, costos innecesarios nacionales y Europeos, para poder finalmente gestionar de forma coherente y eficaz los recursos que se asignen.
6. *Investigar*, acceder a TODAS las vías actualmente en marcha en España y Europa sobre el origen de la enfermedad y su posible curación, sin dejar que personas o instituciones monopolicen dichas investigaciones, unas veces por prestigios personales mal enfocados y en otras ocasiones por fines especulativos muy evidentes. De tal forma, la investigación deberá ser plural, pública y accesible a todos los diabéticos, sin que

infundadas y precoces alarmas de éxito, despierten frustrantes expectativas en dicho colectivo, lo que implica una vigilancia y control necesarios por parte de las instituciones sanitarias existentes.

7. *Valoración analítica final* de los resultados para la consecución de un Plan de Gestión de Calidad en la Atención a los Diabéticos en la Unión Europea y que sea homologable y extrapolable a cualquier país.

Resultados previstos

Los resultados previstos de la actividad propuesta tiene como objetivos a corto plazo según los indicadores sanitarios elegidos:

1. El conocimiento virtual y real del entorno del paciente diabético, de sus datos, de sus características epidemiológicas, sus carencias, sus lagunas diagnósticas..., para sobre las mismas aplicar la metodología diagnóstica y terapéutica deseables, con alto grado de codificación informática (CIE-10) y posterior análisis de resultados que perfilen dichas conclusiones.
2. Ello conllevará a la disminución de la morbilidad asociada a este tipo de enfermos. Así se prevé disminuciones significativas en la prevalencia de la retinopatía, nefropatía, amputaciones y neuropatía al cabo de los 5 años de desarrollo del programa.
3. Una exacta y precoz tipificación lesional del diabético, respecto a su lecho vascular: retina, piernas, cerebro y corazón..., que permitirá poner en marcha los mecanismos para su seguimiento, control y estabilización del grado lesional, impidiendo así, su progresión y complicación.
4. Una disminución de los estados de descompensación metabólica, origen de múltiples ingresos hospitalarios y costos importantes, mediante un plan terapéutico y de información personalizados y homogéneos para todos los estados miembros que los evite o minimice.
5. Una mayor formación diabetológica de los pacientes y de su entorno que revertirá positivamente en un autocontrol más cuidadoso del enfermo, y en una actitud sanitaria más coherente y concienciada que la actual.
6. Como consecuencia de todo ello, una disminución progresiva del índice de mortalidad por patologías crónicas: infartos, gangrenas, insuficiencia renal..., así como del índice de muerte fetal y complicaciones gestacionales.

7. En conclusión, un "control" de la realidad diabética en la UE, de su evolución..., así como de las carencias específicas de la misma, de sus costos y de las necesidades presupuestarias.

Desarrollo del programa

La constitución de un equipo médico-técnico, "especial", formado por parte de los integrantes de los estados miembros implicados, y responsables de la realización del programa, de su seguimiento y cumplimiento, desarrollará un calendario de reuniones en el cual, semestralmente, evaluarán los resultados conseguidos, sus posibles defectos, desviaciones y crearán los coeficientes de corrección necesarios y las líneas a seguir. La evaluación de la actividad programada se realizará por el grado de cumplimiento del programa de Atención Integral al Paciente Diabético, en los aspectos de la recogida de datos, de las aplicaciones epidemiológicas que se deriven de ello, del grado de cumplimiento en la realización de las pruebas diagnósticas y terapéuticas, según los calendarios previstos. Asimismo las visitas -actos médicos designados- deberán evaluarse periódicamente según los Indicadores Sanitarios que deberán ser cubiertos conforme al protocolo informático ya establecido.

La actividad no sólo será seguida y evaluada respecto al paciente, a su cumplimiento y aceptación, sino de igual forma, hacia los responsables médicos y paramédicos integrados en este proyecto. El programa-aplicación informática diseñada a tal efecto, cuenta con los recursos de aviso y alarma que mantendrá una permanente atención sobre las posibles desviaciones y su normalización.

Análisis de resultados

Los resultados obtenidos, serán analizados estadísticamente según las variables designadas al efecto y que se estimen de más interés para el diabético y para la propia UE. La posibilidad de la interacción de los datos en los estados miembros, dada su homogeneización, estandarización y por tanto su realidad estadística, permitirá la extrapolación de los resultados a los diabéticos de Europa y su presentación y análisis en los foros científicos más adecuados. Se prevé la creación de un boletín o informe anual, el cual irá mostrando a la UE y a los socios comunitarios los avances en el tiempo respecto al programa desarrollado y a las conclusiones a las que se lleguen. La utilización de los resultados debe con-

cebirse como una línea de compromiso y de estudio sobre qué es lo prioritario y cuáles las necesidades y los resultantes sobre los que hay que incidir e investigar. La aplicación de los recursos sobre esas realidades y la discusión científica sobre los mismos, hará que la riqueza del programa se vea completada. En el plazo de 2-3 años, se estima la conveniencia de la organización de un Congreso Internacional que recoja todo lo conseguido y lo expuesto en este apartado, y abra las puertas a la comunidad internacional para el análisis de los resultados de forma crítica, su validación y consolidación para que opciones de diverso origen se sumen y apoyen la continuación de este programa.

La publicación en medios de comunicación públicos en los diversos países comunitarios, dará cuenta de los avances conquistados y del papel que la UE viene demostrando en los temas de interés sanitario europeos. Su difusión hacia la población, globalizará los resultados conquistados para su conocimiento y análisis social.

Metodología informática

La metodología se basará en:

- La elaboración de hojas de registro informático que recogerán todos los datos relativos a los indicadores sanitarios y que serán de aplicación informática según el CIE 10
- Una base de datos en donde se introducirán los ítems más importantes para el cálculo de los indicadores de proceso y de resultados.
- Atendiendo a las necesidades de disponer de toda la información, con objeto de poder analizarla de forma rápida, sencilla y racional se dispondrá de un Centro Servidor interconectado con los 4-5 centros de cada uno de los países miembros iniciales en la actividad, en los que existirá una red de área local compuesta por 3 PC's. El Centro Servidor dispondrá de un Gestor de Bases de Datos Documentales, con capacidad para almacenar texto, gráficos, ficheros, vídeo y sonido..., Dicho Servidor será el encargado de compilar y gestionar la información de todos los centros. En cada centro existirá a su vez, bases de datos documentales compartida por todos los PC's de la misma, con la información particular de ese centro. Periódicamente y de forma automática, se replicarán las bases de datos de los centros al Centro Servidor, con objeto de consolidar toda la información del sistema. Este proceso consistirá en enviar solamente los registros creados o

modificados con posterioridad a la última actualización, evitando así la necesidad de tener circuitos dedicados permanentemente de gran caudal para la interconexión de las delegaciones. La información del Centro Servidor y todos sus datos estarán encriptados y accesibles mediante Códigos de Accesos de Seguridad, y firma electrónica digital, a disposición de los responsables de los centros, mediante navegadores Web instalados en todas las estaciones de trabajo.

El uso de esta tecnología permitirá el rápido acceso a la información sin necesidad de disponer, de nuevo, de canales de comunicación de gran caudal. El resultado final consistirá en una INTRANET, interconectada mediante líneas RDSI, ADSL, Cable o Frame Relay. Esta plataforma permitirá, el uso de correo electrónico interno y externo, videoconferencias y accesos compartidos a Internet con caudales mínimos de comunicación garantizados.

La Telemedicina, la unión virtual con el paciente y sus problemas (de forma global), es ya una realidad pendiente de su puesta en marcha de forma más eficaz y práctica que los esbozos hasta ahora efectuados, y que evidentemente son seguidos con gran interés. La acreditación del paciente para toda la UE, sería mediante una tarjeta chip con ó sin contacto, con firma electrónica digital para su identificación, ya que el resto de la información estará almacenada en el centro local o Servidor y será fácilmente recuperable.

Objetivos

El programa de Atención al Paciente Diabético(CADs), cuenta dentro de sus objetivos a corto-medio plazo,

con su aplicación y desarrollo inicialmente en tres países miembros de la CE y posteriormente, según resultados, en toda la Unión Europea, sirviendo como catalizador para las políticas sanitarias nacionales correspondientes, sobre la diabetes. Sus actividades y resultados, una vez homogeneizados y validados, serán instauradas en los países miembros que se decidan de forma gradual. De fácil acceso y comprensión, dicha actividad, evitará duplicaciones, solapamientos y equívocas interpretaciones. Su desarrollo metodológico permitirá no solo la comprensión de los datos, la integración dentro de la actuación sanitaria comunitaria y su seguimiento, evaluación y validación, sino una incidencia real en la calidad de vida del diabético en toda la UE, dado su carácter universal, innovador, homogéneo y estadísticamente analizable, así como la disponibilidad interterritorial de los datos obtenidos por los países que vayan sumándose a esta iniciativa. Sus objetivos son fundamentalmente conseguir un conocimiento virtual de la enfermedad diabética en el entorno de la UE y de cada país que así lo desee, logrando con este programa una mejora real en la asistencia a los diabéticos y cohesionando, definitivamente, un sistema de actuación integral sanitario sobre los mismos.

Creo por todo lo expuesto, que los CADs, serán un medio muy útil para el control multidisciplinario del diabético, de forma más eficaz que lo ha sido hasta ahora. Es responsabilidad de las Asociaciones de Diabéticos, de los Ministerios de Sanidad de los diversos Países, de la Liga Europea de Diabéticos, de los Ministerios de Asuntos Sociales... de las empresas privadas y de todos los médicos y profesionales de la sanidad que en ello estamos inmersos, el conseguir que sea una realidad en Europa y en el resto de los países.