

Clasificar la población según su riesgo

El País Vasco es pionero en la reforma de la atención a los crónicos. Uno de los primeros pasos ha sido la estratificación poblacional, que clasifica a los ciudadanos según su riesgo. Actualmente todas las personas con derecho a recibir atención sanitaria son valoradas en función de una serie de parámetros, y se les asigna un grado. Los clínicos han detectado áreas de mejora en un herramienta que debe servir como base para realizar intervenciones adaptadas a cada paciente. Echan en falta, por ejemplo, un diseño ergonómico y la identificación con nombre y apellidos del enfermo.

De E-Plan, uniendo lazos en diabetes

DE-Plan es un proyecto europeo compartido por Cataluña y País Vasco que persigue identificar personas con alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 a través de un cuestionario y una prueba de tolerancia oral a la glucosa. La población de riesgo se repartió entre dos grupos, uno de ellos con una intervención estandarizada y otra con una intensiva sobre el estilo de vida. El segundo grupo recibía un refuerzo personal para mantener su motivación en buenos hábitos. El grupo estándar tuvo una incidencia en cuatro años del 29 por ciento, frente al 14 por ciento que se registró en los participantes del grupo innovador.

Pacientes expertos como apoyo

En patologías como la insuficiencia cardiaca, la figura de un paciente experto demuestra su efectividad desde 2006, año en que fue creada en Cataluña. La intervención se basa en la selección de un grupo de entre diez y doce pacientes que reciben nueve sesiones de formación en las que se les explica su patología, los posibles autocuidados y la importancia del

cumplimiento del tratamiento. Estos pacientes no sólo mejoran su propio manejo, sino que sirven de apoyo a otros enfermos. Andalucía, Galicia, Murcia, País Vasco o Castilla-La Mancha tienen ya programas propios de este tipo.

Cumplir el tratamiento como objetivo

Dos programas persiguen un objetivo común, mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes. Murcia es el escenario de una de estas experiencias. Nueve centros de salud participaron en un proyecto en el que se incluyeron 130 pacientes con un bajo cumplimiento terapéutico en hipercolesterolemia e hipertensión. Tras recibir la formación, el cumplimiento terapéutico pasó del 53 al 83 por ciento. Otra muestra es el Programa CONSIGUE, promovido por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y la Universidad de Granada.

Abordaje integral en pluripatológicos

En Madrid, el Hospital Universitario Ramón y Cajal ha creado una Unidad de Insuficiencia Cardiaca y Riesgo Vascular de Medicina Interna en la que atiende a pacientes pluripatológicos. El modelo de gestión se centra en la educación en conceptos básicos de la enfermedad, implicando al paciente y a su entorno, la valoración integral de estos pacientes y la continuidad asistencial en coordinación con atención primaria. Cataluña también ha desarrollado proyectos piloto para promover la coordinación con centros geriátricos, hospitales y AP con resultados prometedores.

Las TICS en insuficiencia cardiaca

El Servicio de Cardiología del Hospital del Mar (Barcelona) puso en marcha un proyecto para evaluar la eficacia de la gestión de

pacientes con insuficiencia cardiaca de alto riesgo mediante un programa de telemedicina y una ruta de enfermería. Cada día se registraban variables como el peso, la tensión arterial y la frecuencia cardiaca. Los resultados en salud son interesantes, según los autores, al igual que el ahorro. El coste por paciente en este grupo a los seis meses era de 4.300 euros, frente a los 13.600 del resto. País Vasco y Madrid ofrecen experiencias similares.

La enfermera gestora de casos

La figura del profesional de enfermería como gestor de casos ha demostrado su efectividad en Andalucía donde se ha probado su intervención en pacientes con enfermedades crónicas, especialmente en pluripatológicos complejos. Es la encargada de mantener la relación con el paciente y coordinar a todos los profesionales y dispositivos implicados en su atención. En un estudio que compara los resultados en salud entre dos grupos con y sin esta labor de coordinación refleja que, en términos generales, se mantienen o mejoran los indicadores y, sobre todo, crece la satisfacción del enfermo y su entorno.

Unidades para prevenir el ingreso

La comunidad andaluza también ha probado a evitar reingresos e ingresos innecesarios en patologías como EPOC e insuficiencia cardiaca a través de un proyecto que contempla la creación de unidades de preingreso. Entre otros puntos, se analizaron las características de los pacientes que evitaron ser ingresados de nuevo tras su paso por dicha unidad. El estudio consiguió evitar un total de 1.005 ingresos entre julio de 2007 y abril de 2008. En cuanto a los resultados en salud, la mortalidad a 30 días fue del 1,4 por ciento, un dato aceptable teniendo en cuenta la gravedad del estado de los pacientes.

Pasos en el abordaje de la cronicidad con más valor que el simple ahorro

La implantación de las mejores prácticas internacionales ahorraría 8.000 millones de euros en 2020

ESTHER MARTÍN DEL CAMPO

Madrid

Entre 8.000 y 12.000 millones de euros. Es el precio adicional que puede pagar hasta 2020 nuestro país si no decide abordar de frente el reto de la cronicidad. Una cifra que supera incluso los 7.000 millones de ahorro esperados con la reforma sanitaria de Ana Mato, articulada en su RDL 16/2012, y que se acerca al ajuste adicional de 8.000 euros asignado a las comunidades autónomas a finales de 2013 para cumplir los objetivos de déficit.

Es uno de los datos clave que recoge el "Informe cronos: Hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos". Sus autores calculan que en 2020 hará falta sumar cerca de 30.000 millones de euros a los cerca de 68.000 millones de gasto público en sanidad 2011 en para cubrir estas prestaciones. El aumento de población, su envejecimiento y el impacto de hábitos poco saludables que, en muchas ocasiones, suponen un factor de riesgo de enferme-

dades crónicas, explican este incremento.

Sin embargo, los expertos que han participado en la elaboración de este documento, coordinado por The Boston Consulting Group y patrocinado por Lilly, han calculado las eficiencias netas que se podrían obtener si se aplicaran en nuestro país las mejores prácticas internacionales en la gestión de estos enfermos, los citados 8.000 y 12.000 millones de euros, que supondrían un ahorro de entre el 10 y el 13 por ciento del gasto sanitario estimado en 2020 (*ver gráfico*).

Para Josep María Argimon i Pallàs, director de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, que ha formado parte del Comité Asesor del proyecto, hay que tener presente que no se trata de una idea de ahorro en el sentido de recorte, sino una visión del coste-oportunidad. "Si destinamos dinero a intervenciones poco eficientes, extraemos recursos de otras actuaciones que añaden mucho más valor. La idea es poner el foco en estas últimas y

aparcas las prácticas que no lo hacen", explica a GACETA MÉDICA.

A su juicio, el informe enfatiza esa idea, la necesidad de medir y comparar, y que de esa comparación surjan recomendaciones de las mejores prácticas que permitan ser más eficientes y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

En su análisis de la atención sanitaria a los enfermos crónicos los autores del informe constatan los cambios en los que se hayan inmersos los sistemas sanitarios. Más allá de un mero cambio de orientación, al que tanto se alude en el discurso político, los autores del Informe Cronos prefieren hablar de transformación.

Es un cambio de suficiente calado como para utilizar este término, considera Roberto Nuño, director de O+Berri (País Vasco), también miembro del Comité Asesor del Informe Cronos. "Creemos en la idea de diseñar un sistema más orientado a las necesidades de los pacientes y menos a las inercias y

culturas dominantes", puntualiza. Un aspecto que también destaca Argimon, que subraya que la atención a enfermos crónicos, especialmente complejos, invita a esa transformación, superando un sistema sanitario centrado en los niveles asistenciales. Algo que "está cambiando —sentencia— y va a cambiar más".

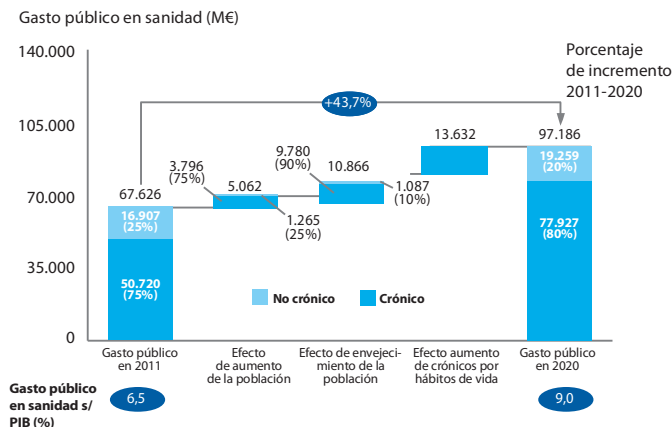
Avances no tan lentos

Las experiencias internacionales en el abordaje de cuatro grupos de patologías (diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardiaca y enfermedades osteoarticulares) y las catorce iniciativas regionales que analiza el documento, entre las que GACETA MÉDICA ha seleccionado ocho (*ver cuadros en páginas 6 y 7*), demuestran que es posible pasar de la teoría a la práctica.

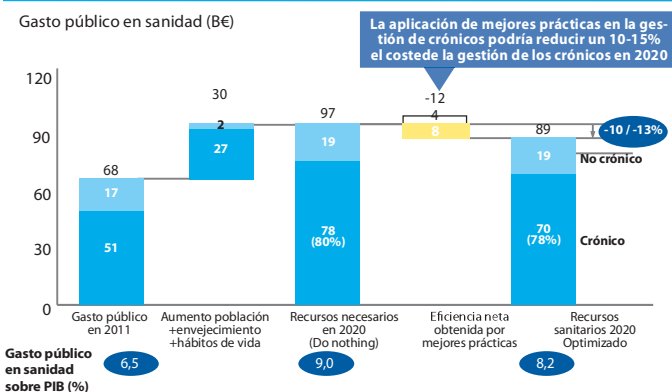
El avance no es tan lento como puede parecer a simple vista. Nuño recuerda que empieza a hablarse de cronicidad con mayor intensidad a partir de 2010 y

Previsión de gasto sanitario en dos escenarios

Evolución de necesidades sin estrategia de crónicos 2011-2020



Evolución de necesidades con las mejores prácticas internacionales



Fuente: Informe Cronos, abril 2014

Gaceta Médica

en menos de cinco años ya pueden observarse resultados de algunos proyectos, que también analiza el informe.

De todos ellos, el director de la agencia catalana destaca la estratificación de la población que ya es completa en País Vasco, y ha sido implantada posteriormente en su comunidad. Sin embargo, para Roberto Nuño "lo más transformador son los movimientos de coordinación asistencial entre medicina interna y atención primaria que mejoran la continuidad asistencial". "Son iniciativas transformadoras porque cambian los procesos de atención, porque enfocan hacia un paciente con mucha necesidad y porque está muy liderado desde el ámbito clínico, que ha percibido esa necesidad y acomete la transformación desde la base", indica el director de O+Berri.

Parte del valor de las iniciativas que recoge el informe reside en que son extrapolables a otras comunidades autónomas. A pesar de la fragmentación del sistema sanitario, Argimon cree que su extensión es factible "porque todas hablan de modelos organizativos de prestación de servicios que pueden ser individualizados en función de las características del territorio".

Para Nuño, "el cambio es posible". Hay ejemplos muy desarrollados, insiste, "ahora hay que llegar a colectivos más amplios en el ámbito clínico, lograr que se sumen a la transformación que, a medio o largo plazo implica un cambio

cultural en la organización del trabajo". "El salto es poder pasar de lo que hacen los más inquietos al conjunto de los profesionales", asegura.

Pero al margen de estas experiencias, hay muchos pasos que no se han dado todavía. Entre ellos, Argimon invita a traducir en la organización y la prestación de servicios la idea verbalizada de que es preciso convertir al paciente en el eje central del sistema sanitario. "Esto significa romper los hilos de verdad, eliminar la compartimentación de los niveles asistenciales", puntualiza.

Para el director de O+Berri, algo intocable hasta la fecha han sido los sistemas de financiación de las organizaciones sanitarias. En su opinión, los modelos deben evolucionar hacia pagos de tipo poblacional, pago capítativo ajustado por riesgos. Estos esquemas, al igual que los incentivos, siguen siendo muy tradicionales, asegura, "al final se mueve todo en función del presupuesto histórico y es difícil cambiar las inercias en las administraciones".

Cinco motores de cambio

El Informe Cronos propone un cambio de paradigma con una idea de fondo, maximizar el valor de la prestación sanitaria, ofreciendo los mejores resultados posibles en un nivel de gasto determinado. Su modelo se articula en cinco pilares fundamentales: La proactividad del sistema, con herramientas predictivas que mejoren la eficiencia de las inter-

venciones de los profesionales; la gestión del conocimiento y de los sistemas de la información; la integración y coordinación de la prestación sanitaria; el foco en los resultados en salud de la población; y los incentivos asociados a estos resultados en salud.

Para Nuño, estos dos últimos puntos resultan cruciales. "Si se habla de innovación, no todas las iniciativas van a ser exitosas", advierte. En cualquier caso, hay que tener en cuenta que casi siempre son intervenciones que suponen cambios a nivel organizativo y no resultan fáciles de evaluar. Aun así, recalca la importancia de que exista una base de evidencia que apoye estos cambios.

Por su parte, Argimon pone como ejemplo la central de resultados de Cataluña. "Aporta transparencia a los resultados que ofrecen nuestros centros y se remiten al observatorio de innovación de gestión en salud, donde llegan las mejores prácticas, que se evalúan y se extienden al resto del sistema", explica. Otras comunidades como Madrid han empezado con ello. "La idea de medir y comparar las intervenciones es muy importante. Toda esta información, debidamente anonimizada y analizada, debe facilitar todos los procesos de evolución y debe estar a disposición de centros de investigación, organizaciones e industria relacionadas con las ciencias de la vida", propone.

En esta línea, los autores del informe defienden ligar los incentivos a estos resultados. Argimon hace hincapié en que no es posible seguir con un presupuesto histórico, "lo del año pasado más un porcentaje", sino que hay que empezar a comprar servicios que añaden valor, frente a modelos que priman exclusivamente la actividad.

Por su parte, Nuño matiza que este vínculo de incentivos y resultados no persigue un enfoque economicista. "Se habla de crear valor, de aportar salud a un menor coste", insiste, "la idea es que los incentivos estén alineados con esta creación de valor". No obstante, el director de O+Berri es consciente de la necesidad de alcanzar un consenso con los profesionales para ver cuáles son las métricas con las que se mide ese valor, que podrían ser contratos de gestión clínica, sugiere.

Los autores del informe son conscientes de las dificultades que entraña abordar este cambio de modelo en un momento como el actual. "En este contexto de crisis, los procesos de cambio despiertan muchas susceptibilidades. Hay quien ve fantasmas donde no los hay", asegura Roberto Nuño. No obstante, según su experiencia, estas estrategias están más ligadas a la creación de valor y a la búsqueda de un sistema sostenible que al ahorro en sí mismo, indica.

Pese a todas las ventajas, el experto asegura que es normal encontrar reticencias entre los profesionales, que se vencen "bajando a la tierra" cuando se habla de pacientes y realidades concretas y comprueban que es posible conseguir que la estabilidad del paciente y mejorar su calidad de vida reduciendo incluso los recursos empleados.

INTERNACIONALES

1 Diabetes: una experiencia inspirada en el "consumismo" en patologías crónicas

En 2007, la multinacional americana Walmart apostó por abrir clínicas médicas en algunos de sus grandes almacenes. Actualmente la compañía cuenta con más de 140 clínicas que ofrecen servicios médicos básicos sin cita previa todos los días del año y a un precio sustancialmente inferior al de un hospital o centro médico convencional, un aspecto crucial en un sistema sanitario sin cobertura universal como el norteamericano. La compañía se basa en la idea de "consumismo" en patologías crónicas: pacientes más informados y activos que valoran parámetros como la conveniencia del tratamiento y su precio.

2 Un 27% de hospitalizaciones menos con un programa de gestión específica de EPOC

Una investigación de las universidades americanas de Creighton y Minesota llevada a cabo durante un año en cinco centros médicos de Omaha (EE. UU.) permitió comparar la eficiencia en el uso de recursos de un programa novedoso de gestión de la EPOC. Frente al manejo tradicional, el grupo de pacientes tratados con el programa de gestión específica era coordinado por una enfermera gestora del caso, que realizaba su seguimiento de manera proactiva, y recibían formación y herramientas para favorecer su autocuidado. Al cabo de un año, los pacientes de este grupo presentaron un 27 por ciento de hospitalizaciones menos.

3 Telemedicina y telecoaching para involucrar a un millar de pacientes con IC en Alemania

La compañía alemana Almeda Health Services ofrece servicios sanitarios centrados en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca (IC). En 2010 inició un programa en el Hospital de Hannover con un millar de pacientes, 750 dentro del grupo de intervención y el resto con un seguimiento tradicional. Durante dos años los pacientes del grupo especial recibieron llamadas semanales de una enfermera gestora de su caso y recibían en su domicilio información para entender mejor su enfermedad. Además, se monitorizaba a través de telemedicina su peso y presión sanguínea. Al cabo de dos años, se calculó que el coste total de estos pacientes fue un 18 por ciento más bajo.

4 Un coordinador de casos en osteoporosis capaz de ahorrar 48.000 dólares al hospital

Durante un año, en 2008, más de 400 pacientes participaron en un programa del Servicio de Traumatología del Hospital University Health Network en Toronto, Canadá. Se comparaban dos modelos de atención de la osteoporosis, a través de un coordinador de caso y con un abordaje convencional. El coordinador identificaba a los pacientes con riesgo de fractura, proporcionaba formación y se encargaba de coordinar con el resto de profesionales, además de realizar mediciones periódicas de la densidad ósea de los pacientes. Su intervención redujo de 34 a 31 el riesgo de fracturas el primer año, con un ahorro de 48.000 dólares canadienses para el centro.