



# La gestión de crónicos, en manos de las alianzas

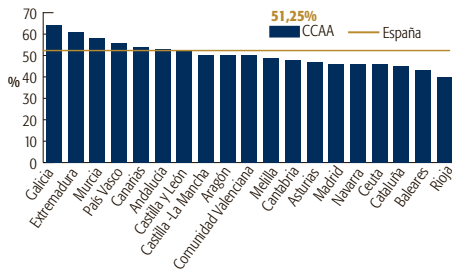
España invierte el 80 por ciento del presupuesto sanitario en crónicos pero el problema no es nada comparado con la que se avecina en diez años en caso de mantener un arcaico modelo de gestión asistencial, en el que priman patologías agudas y se ignora la realidad de la cronicidad. Afortunadamente, no será así. Las comunidades se han puesto a trabajar para implantar un modelo, proactivo, con la ayuda imprescindible de la industria, gran aliado. Autocuidado, fármacos combinados, telemedicina, compra y pago con incentivos o según resultados en salud, son términos que dejarán en breve de ser ajenos a los crónicos.

Texto: ISABEL T. HUGUET / Gráficos: MARTA M. GONZÁLEZ



## CASI 20 MILLONES DE CRÓNICOS EN ESPAÑA

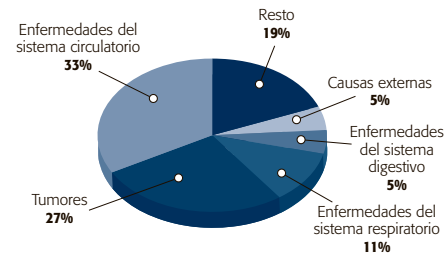
Porcentaje de población con enfermedades crónicas en España. 2009.



Fuente: INE

## EL SISTEMA CIRCULATORIO, PREDOMINANTE

Causas de la mortalidad en España por enfermedades. En porcentaje.



Fuente: INE

**C**risis, más población envejecida, más uso poco racional de medicamentos, más gestión deficiente de pacientes crónicos, más actitud conservadora, más regionalización de la salud... Es una suma de elementos que, mezclados, resultan peligrosos para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y han convertido el abordaje de las patologías crónicas en un problema prioritario que exige medidas urgentes y, alertan estudios recientes, va a más. Afortunadamente, tanto las comunidades autónomas como el Estado se han dado cuenta y se han puesto manos a la obra para tratar de frenar gastos hoy no sostenibles. La única forma de no quemar los presupuestos inútilmente es replantear el modelo de gestión, y aquí es donde entra en juego la industria farmacéutica. Esta alianza está aún tomando forma y se traduce en sistemas de compra por incentivos a los proveedores, acuerdos de financiación basados en resultados en salud (riesgo compartido), implantación de programas de formación a pacientes y profesionales para reducir ingresos, fomentar el cumplimiento de tratamientos para evitar las costosas complicaciones, fármacos combinados, acuerdos con universidades, creación conjunta de herramientas útiles (como la telemedicina), así como invertir en investigación de tratamientos, y promover estudios poblacionales que ayuden a diseñar y concretar el enfoque (ver gráficos). En resumen, se trata de un cambio radical de estrategia, que hace años que se ha empezado a implantar en Estados Unidos o Canadá (ver gráfico de la página siguiente) y que en España están impulsando sobre todo regiones como País Vasco, Cataluña, Andalucía o Valencia en el tratamiento de cuatro enfermedades crónicas principales según la OMS: cardiovasculares, cáncer, dolencias pulmonares crónicas y diabetes, aunque hay quien suma a este grupo las mentales.

Silvia Ondategui, responsable del Sector Salud y Farmacéutico de la consultora Ernst & Young, explica a F&I que hay dos grandes corrientes en estudio en los últimos años para crear el nuevo modelo de gestión, la *Pirámide de Kaiser Permanente* y el modelo del Instituto McColl de Seattle (Estados Unidos): "Numerosos estudios que están siendo evaluados en muchos países en la actualidad para ver cuál es mejor", afirma. "En Europa la más extendida es la *Pirámide*, que interviene según si el paciente se autogestiona con mínimo apoyo (autocuidado), es crónico que precisa apoyo (gestión de cuidados) o de alta complejidad (gestión de casos)", explica a F&I José Antonio Hernández, *senior manager* de Sanidad de la consultora KPMG en España. La estrategia de McColl se usa más en Estados Unidos, "y se centra en revisiones sistemáticas de la bibliografía médica y de las aportaciones de un panel nacional de expertos", apunta Ondategui.

## Hacia un modelo sostenible

El modelo español aún está gestándose, y tiene al menos una versión diferente por cada comunidad autónoma. En el caso catalán, muy activo, "lo que se persigue no es ahorrar en salud sino redistribuir los recursos para mejorar la atención", señala a F&I Albert Ledesma, responsable del *Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad* del CatSalut

(2011-2015), "esperemos que con un sistema sanitario y social mucho más satisfactorio para la población y sostenible para nosotros". Y es que las previsiones apremian: el impacto de las dolencias crónicas hoy se sitúa en torno al 80 por ciento del gasto y es responsable de más de la mitad de ingresos. Además, en España el grupo de edad de mayores de 65 será el que más crezca en los próximos años, afirma el Instituto Nacional de Estadística (INE), que augura que en diez años uno de cada 5 españoles será mayor de 65 y el coste por persona será entre 4 y 12 veces superior (ver gráficos sobre datos españoles).

Pero, ¿cómo hacer ese presupuesto *sostenible*, como señala Ledesma, si además se tiene en cuenta que hay un defectuoso enfoque nacional de las patologías? "España mantiene aún una clara organización focalizada en la patología aguda, ignorando la realidad de la cronicidad, pero esto se empieza a superar porque algunas autonomías no sólo tratan ya de abordar la enfermedad, sino de tener en cuenta las necesidades del paciente, para las que un enfoque exclusivamente sanitario no basta y se precisan estrategias integradas que transformen la cultura asistencial", dice Hernández.

Estas *estrategias integradas* han supuesto que, por ejemplo, el laboratorio Esteve y el Gobierno Vasco hayan firmado un convenio para mejorar la atención del crónico, que incluyen desde proyectos dirigidos a la educación de pacientes hasta la formación de profesionales e investigación: "Es imprescindible potenciar alianzas público-privadas, entre empresas y administración y entidades públicas", señalaba el director general de Esteve, Carlos Alonso, en la presentación. También ha creado la Cátedra Semergen-Esteve de Cronicidad junto a la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, ha convocado la primera edición de becas de Innovación en Salud sobre cronicidad y ha firmado con el laboratorio Hivacat un convenio pionero entre Generalitat, universidades y hospitales para desarrollar una vacuna eficaz contra el VIH.

## Herramientas predictivas

El País Vasco ha desarrollado, además, una herramienta de estratificación, "con la que predecimos o estimamos cuál sería el coste asociado a los pacientes si no interviniéramos", señalan desde el Gobierno vasco (que asegura estar al nivel de los más avanzados del mundo en crónicos) a F&I. "Es una herramienta predictiva y al disponer de pacientes estratificados, conocemos los que tienen más necesidades de atención y en lugar de esperar a que accedan al sistema por una descompensación e ingresen, los monitorizamos y dotamos de cuidados necesarios en casa o desde atención primaria para evitar en lo posible que tengan que ingresar". Para lograrlo se han puesto en marcha diferentes proyectos como nuevas figuras de enfermería, telemedicina y telecuidados, historia clínica unificada, receta electrónica, etcétera.

En este tipo de herramientas es pionera Novartis, que a través de su recién creado *Programa Ithaca*, tal y como cuentan fuentes del laboratorio a F&I, desarrolla una plataforma educativa donde el paciente hipertenso aprende el manejo de su enfermedad. Creador de un nuevo sistema de automejoría de la presión arterial en el domicilio (con

transmisión de las lecturas de la presión directamente a la plataforma) se ha implantado por primera vez en España en Cataluña, en la organización municipal Badalona Servicios Asistenciales. Precisamente la región catalana presenta un par de peculiaridades en su aplicación del modelo de atención a crónicos. La primera es que en España es la única región que considera las patologías de salud mental como crónicas, afirma Ledesma, y la otra es que "aquí tenemos un sistema clave en el éxito del nuevo modelo, parecido al de Estados Unidos, de compra y pago por incentivos a proveedores (ponen un 5 por ciento de su presupuesto a riesgo en función de los resultados de objetivos comunes -no ingresos en hospital de agudos, reducir estancias y potenciar el domicilio del crónico complejo como núcleo asistencial-, evaluados por el CatSalut en la historia clínica compartida", dice. En este sentido, Novartis y el Instituto de Investigación Sanitaria O'Berri de Deusto (Bilbao) han firmado un acuerdo para el diseño de el modelo de gestión, País Vasco Microsistemas, en el que los diferentes agentes participantes comparten la responsabilidad sobre resultados en salud de la población. Este tipo de medidas implicará la instauración definitiva de los acuerdos de riesgo compartido en España, con Cataluña a la cabeza, donde AstraZeneca firmó hace unos meses un contrato de riesgo compartido con el Instituto catalán de Oncología, aunque en general todavía estén implantados sólo de forma local en España, en hospitales (ver F&I de marzo de 2011).

**Nueva oportunidad de negocio**

El nuevo modelo de gestión basado en las alianzas conviene tanto a Estado y comunidades como a los laboratorios, que encuentran en estos acuerdos una nueva oportunidad de negocio, cada vez más extendida. Así, Pfizer destina una parte importante de sus recursos a investigar y desarrollar tratamientos para crónicos, en concreto, en asma, cardiovascular, dolor e inflamación en artritis reumatoide, psoriasis, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante o artritis idiopática juvenil. Sobre ellos, mantiene en España acuerdos de trabajo conjunto con instituciones como el Laboratorio de Nefrología Experimental y Patología Vasculard de la Fundación Jiménez Díaz, en Madrid, el Instituto de Salud Carlos III, el Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y la Unidad de Neuropsicofarmacología Traslacional de Castilla-La Mancha. "En la estructura de un sistema como el español, es obvio que la iniciativa debe llevarla a cabo la Administración", señala a F&I Juan José Francisco Polledo, director de Relaciones Institucionales, Acceso y Comunicación de Pfizer. Y "nosotros, los proveedores, debemos actuar con la comprensión propia del aliado, aunque, a veces, haya medidas que no acabemos de comprender o compartir". Al menos la voluntad de cooperación de las compañías parece asegurada. Asimismo, esta compañía ha elaborado para la Comunitat Valenciana el Estudio Valencia, para concretar la prevalencia de la diabetes en esta región.

**Pfizer: "Nosotros, los proveedores, debemos tener la comprensión propia del aliado"**

**Daiichi: "Combinar fármacos ahorraría hasta 1,8 millones al año por cada 10.000 hipertensos"**

**KPMG: "España aún sigue focalizada en la patología aguda, ignorando la realidad de la cronicidad"**

No es la única medida adoptada por la Comunidad Valenciana, muy concienciada de la necesidad de un modelo asistencial "más proactivo", dicen a F&I. Y es que, según la OMS, la patología crónica afecta hoy a 6 de cada 10 adultos y supone el 59 por ciento de la mortalidad mundial, y alerta de que en 2020 el 78 por ciento tendrá alguna patología crónica. En concreto, Valencia ha puesto en marcha un plan de asistencia a pacientes crónicos, *Valcronic*, basado también en el autocuidado. Otros proyectos a destacar son el *Plan de Salud en EPOC*, entre la fundación Fisabio y VitalAire, por el que investigarán para disminuir los episodios agudos, y el plan *Refar*, que consiste en la revisión de los polimedicados: "Ya se han revisado más de 49.000 historiales, lo que ha supuesto un ahorro de unos 8 millones de euros, y como meta en 2012 está la revisión de, al menos, 300.000 pacientes en atención primaria, 4.500 en residencias de tercera edad y 22.000 en atención especializada. Supondría una

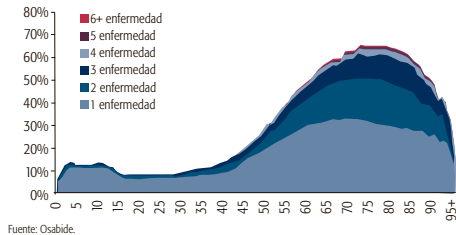
reducción anual de unos 40 millones". Parecida insistencia por la mejora de la productividad en Atención Primaria se observa en Andalucía, donde acaba de arrancar el *Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas* (2012-2016).

Daiichi Sankyo ha aportado su granito de arena en los últimos años en esta ansiada mejora de los tratamientos. Lo cuenta a F&I Paloma Barja de Soroa, directora de Relaciones Institucionales y Comunicación Corporativa de Daiichi en España: "En los últimos años hemos desarrollado combinaciones de fármacos en hipertensión, como *Sevikar* (olmesartán e amlodipino) o *Sevikar HCT* (olmesartán, amlodipino e hidroclorotiazida)". Según el laboratorio, el paso de dosis libre a combinaciones de dosis fija supondría un incremento de casi un 19 por ciento en adherencia, lo que ahorraría 57 euros por cápita al año, "que, recordemos, rondan los 15 millones en España". Asimismo, haciendo un cálculo entre el aumento de gasto por la triple dosis, y los que se ahorrarían (hospitalizaciones), el ahorro sería de hasta 1,8 millones de euros al año por 10.000 hipertensos.

Otra farmacéutica, Sanofi, desarrolla también tratamientos para crónicos en diabetes, cáncer o cardiovasculares. Ahora, además, trabaja "en un proyecto con la Sociedad de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc) y la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) sobre la cronicidad en las comunidades", explican a F&I desde Sanofi. "Negociamos acuerdos bilaterales entre los gestores sanitarios y Sanofi, y con el apoyo metodológico de Semfyc y SECA, y otras organizaciones, se harían programas *ad hoc* según las necesidades de cada comunidad. Asimismo, están desarrollando el estudio *Enrica*, el mayor en España sobre hábitos nutricionales y de riesgo cardiovascular. En definitiva, en España las comunidades (y el Estado) demandan y los laboratorios actúan. El cambio al nuevo modelo asistencial es un hecho y en breve se gestará y dará frutos, sanitarios y económicos.

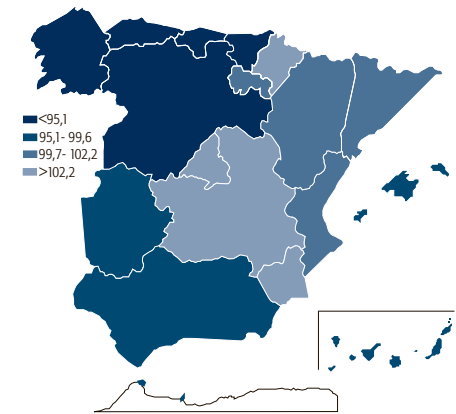
**EDAD CRÍTICA, ENTRE 75 Y 80 AÑOS**

Distribución de pacientes según número de enfermedades crónicas en función de la edad. 2007.



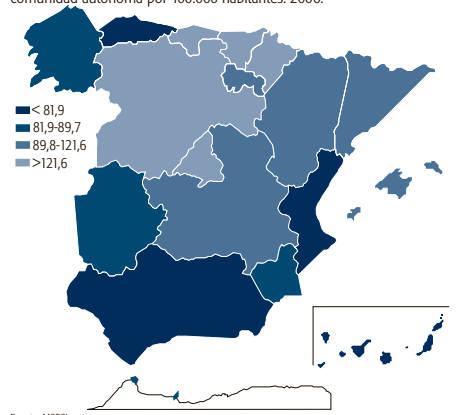
Fuente: Osabide.

**MENOS MORTAL EL CÁNCER EN EL NORTE**  
Tasa de mortalidad por cáncer según comunidad autónoma. 2006.



Fuente: MSPSI.

**ANDALUCÍA, CON EL CORAZÓN MÁS SANO**  
Tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón según comunidad autónoma por 100.000 habitantes. 2006.



Fuente: MSPSI.

**COLESTEROL E HIPERTENSIÓN, LAS MÁS PRESENTES**

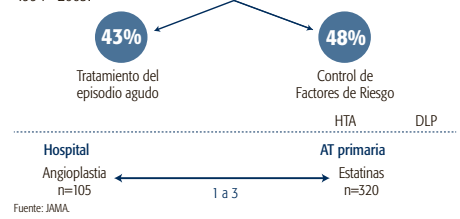
Encuesta en 1.500 personas sobre la prevalencia de morbilidad crónica en atención primaria en España. 2008.

	Número de casos		Número de casos
Diabetes tipo 2	126	Hipotiroidismo	73
EPOC	64	Hipertiroidismo	26
HTA	416	Úlcera gast/duod	44
ASMA	39	Cáncer de Colon	13
Hiperlipidemia	420	Depresión	133
Cardiopatía isquémica	95	Tras. Ansiedad	118
Ins. Cardíaca	68	Esquizofrenia	23
ACxFA	48	Alzheimer	34
AIT	18	Sida	3
Fumadores	42%	CROHN/Colitis	10

Fuente: Revista Española de Cardiología.

**REDUCCIÓN DEL 35% POR PREVISIÓN CORONARIA**

Causas de la reducción de mortalidad coronaria en Canadá entre 1994 - 2005.



Fuente: JAMA.