

TERAPIA DE LA TECNOLOGÍA CENTRADA EN EL PACIENTE: EL CICLO DEL HOSPITAL AL HOGAR



De izqda. a dcha. Martín, M^a. C., Sanabria, J., Bescos, C., y Bustos, F.

Moderador:

D. Juan Sanabria

Presidente de Philips Ibérica y Director General de Philips Cuidado de la Salud

Dra. M^a Cruz Martín

Jefe de Servicio de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario de Torrejón. Madrid

Participantes:

Dr. Filadelfo Bustos

Jefe del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Unidad del Dolor. Complejo Hospitalario de Toledo. Hospital Universitario Virgen de la Salud. Castilla-La Mancha

Dra. Cristina Bescos

Program Manager Hospital to Home. Philips

JUAN SANABRIA Doy la visión, que tenemos en Philips, de cómo la tecnología sanitaria representa una oportunidad, en lo que llamamos el continuum asistencial. Todo lo que hacemos, los que participamos de una u otra manera en el Sistema de Salud, es proporcionar valor a los pacientes; y lo que hagamos tiene que tener ese objetivo. Y, cuando pensamos en la tecnología, que, en nuestro caso, tiene que ser mejorar los resultados, con los mismos costes, o menos, hacer lo mismo, pero que no se comprometan los resultados. Esto tan sencillo, para hacerlo, tenemos que pensar de una manera distinta a como estamos haciendo las cosas. Supone gestionar los recursos, a lo largo de todo este continuum asistencial, que incluya Primaria, Especializada, la transición hacia el hogar, pero, incluso, aspectos de prevención y salud poblacional en términos generales. Es una visión holística que tenga en cuenta todo el continuum asistencial. Y, aquí, la tecnología tiene un papel facilitador muy importante, conectando todos estos servicios, entre el Hospital, el hogar y, dentro del Hospital, los distintos servicios, incluyendo el ecosistema social de paciente, las cosas que hace, de momento, fuera del Sistema Sanitario y, cada vez, más conectadas con el Sistema. Y todo esto para que tenga un impacto positivo en los resultados de salud del paciente.

“Lo primero que deberíamos hacer es apoyar la gestión del clínico de manera individual de cara a cada paciente, tenemos que mejorar la gestión de los recursos y al clínico se le deben dar, para ello, herramientas que le permitan conocer cuáles son los recursos de que dispone, el coste de los mismos y su mayor o menor eficiencia. Y, luego, mejorar la gestión de los procesos incorporando la mejor evidencia que haya”

Filadelfo Bustos

Todo esto configura un nuevo entorno, que tiene que estar caracterizado porque habremos menos de volumen y más de valor para el paciente, donde personalizemos la atención, integremos todas las intervenciones que un paciente tiene a lo largo de todo el viaje, que hace cuando tiene una experiencia con el Sistema Sanitario, y, de centrarnos en resultados clínicos pasemos a un abordaje holístico, que incluya toda la salud de la población, esta es la visión de Philips y en ello trabajamos.

Si tuviera que sintetizar en qué cosas son las más significativas, que aporta la tecnología a toda esta mejora de eficiencia y efectividad, señalaría tres: una es el diagnóstico a la primera, son cosas obvias, pero que no podemos dejar pasar por alto; intervenciones menos invasivas, y la digitalización e interconexión, la gestión integral de la salud. La tecnología tiene una grandísima aportación en estos tres puntos, y facilita eficiencia y efectividad. Un diagnóstico precoz es capaz de tener un impacto muy positivo en pacientes, no tienes la necesidad de repetir pruebas, no tienes complicaciones; una detección y un tratamiento temprano repercuten en la salud del paciente, pero, además, en costes para el sistema. Las innovaciones que tenemos permiten hacerlo con muchísima precisión, con menores dosis, de manera más rápida, incrementa la productividad. Además, podemos seguir como evoluciona una patología de tratamiento a lo largo de cualquier momento durante la vida. Si nos permitimos la obsolescencia, que estamos permitiendo, estamos imposibilitando la transformación del Sistema Sanitario a éste, que queremos tener, no deberíamos permitirlo. Intervenciones menos invasivas, son mucho más precisas, seguras y sin complicaciones, también ahorro, si lo miramos desde el punto de vista económico.



Y, la tercera, quizá la más novedosa y complicada de llevar a cabo, con las soluciones que tenemos ahora mismo, pero estamos haciendo camino, es la digitalización interconexión de todo lo que soporta la provisión de servicios sanitarios, conectando todo lo que tiene que ver con la salud del paciente, desde la prevención, la Primaria, la Especializada, la transición al hogar, y toda su salud personal, monitorización y gestión de patologías crónicas, e incluyendo lo que tiene que ver con el ámbito profesional, que se hace fuera de los hospitales, y tiene que ver con la salud personal y estilos de vida saludables.

¿Qué hemos hecho y cuál es el reto? Se ha invertido muchísimo en todo esto, nada es nuevo, los Sistemas Sanitarios, en general, del mundo entero, no sólo el español, han invertido en registros electrónicos, en historia clínica electrónica, sistemas informáticos de todo tipo, pero, ¿hemos obtenido el retorno esperado? No, se esperaba mucho más, creo que es, fundamentalmente, porque la interconectividad es baja entre cada una de estas soluciones y el éxito es, realmente, la interconexión que permita facilitar esta transición del paciente a través de todo este *pay and journey*.

Lo que en Philips proponemos, y estamos trabajando y tenemos muchísimas piezas del puzzle, es un abordaje holístico de la integración de todas las Tecnologías de la Información, en una plataforma única, que permita gestionarlo todo de manera integral, basada en el *health continuum*, que serían todas estas fases. Tenemos muchas de estas soluciones y estamos construyendo el mundo que permita ponerlas todas en su conjunto, son cosas de cuidado personal, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, monitorización remota. Hoy tenemos grandísimas soluciones en gestión de la imagen, unos packs excelen-

tes para distribuir, gestionar archivos, reconstruir y compartir, incluso, entre especialistas, pero esto tiene que ser sólo el principio, es una parte del gran ecosistema, mañana es una parte más, que no sólo está a disposición del radiólogo, sino que todo el mundo puede consultar este sistema, profesionales de distintas especialidades, de manera que puedan tomar decisiones.



M^a Cruz Martín

El paciente tiene que tener un papel más activo en la gestión de su salud personal y tiene que estar facilitado, lo empieza a estar, por tecnología conectada a toda la del mundo profesional, en definitiva, facilitará todo este *continuum of care*. ¿Tener la mejor tecnología, que facilite toda esta interconexión, es suficiente? No, otra de las claves es que es fundamental hacerlo de manera simultánea con transformaciones en la manera de trabajar, en todos los ambientes. Las organizaciones sanitarias necesitan una nueva forma de trabajar y Philips, y otras compañías, quieren ser un socio para co crear esta nueva forma de

trabajar, acompañar a las organizaciones, a los profesionales, a hacer esa transformación que, muy importante, son diferentes en cada situación, por Comunidad, por hospital, por servicios, hay que pensar en qué solución se necesita en cada momento y diseñarla conjuntamente. Y hay un montón de posibilidades, cosas que ya se están haciendo, y que apenas nos damos cuenta, pero forman parte de todo este puzzle que queremos organizar entre todos. Con la tecnología y el cambio en la forma de trabajar se consiguen muchas cosas: consultas remotas, segundas opiniones entre profesionales en distintos sitios, gestionar una UCI de manera remota, monitorizar pacientes en casa, hacer segmentación de pacientes, son tecnología y cambio de forma de trabajar. Todo esto, de manera holística, es lo que Philips pretende y quiere hacer, de la mano de las organizaciones y los profesionales sanitarios. En definitiva, queremos facilitar que la tecnología sea un elemento clave en la transformación de este Sistema Sanitario, al final, es lo que nos permite gestionar todos los recursos en el Sistema de una manera más eficiente y generar más valor para el paciente.

“Estábamos intentando, primero, no trabajar solos, porque no tiene sentido, y, segundo, establecer alianzas estratégicas que puedan dar esa escalabilidad necesaria para este tipo de programas”

Cristina Bescos

M^a CRUZ MARTÍN Hay muchos hospitales que están trabajando con este concepto, intentan ser organizaciones de alta fiabilidad, de alta resolución, cambiando los modelos de organización, ya no se habla de servicios sino de trabajo multidisciplinar a través del proceso. Y, ahí, el impacto de la tecnología, de la innovación de todos los Sistemas de la Información, de la imagen,

etc., es una realidad dentro de las nuevas organizaciones. Otros aspectos, relacionados con la motivación de los profesionales sanitarios, con las nuevas competencias que tenemos que adquirir, de la implicación del paciente, de la importancia de los cuidados, de la medicina especializada y específica para cada paciente, de la humanización de los cuidados y, en general, una serie de cambios que hacen que nuestros hospitales de ahora sean bastante diferentes de los de hace unos años y en los que la asistencia, la docencia, la investigación y la innovación juegan un papel importante.

La realidad es que los hospitales, en los últimos años, tienden a reducir su número de camas de hospitalización convencional, entre otras cosas, gracias a la aparición o, cada vez mayor, número de cirugías ambulatorias, mínimamente invasiva, sin ingreso, hospital de día, hospitalización domiciliaria, y lo que se está incrementando, proporcionalmente, son los recursos asistenciales de los pacientes críticos, ya no sólo en el número de boxes o habitaciones sino el concepto de una medicina intensiva más abierta. Cada vez se necesitan más recursos asistenciales de intensivos, se considera, en algunos estudios, que el 50% de la población americana pasará, en algún momento de su vida, por una UCI y que un porcentaje importante fallecerán en ellas. Y, por otro lado, está asociado a unos costes económicos importantes, entre el 0,6% y el 1% del PIB, en EE.UU., va a parar a estas unidades, con lo que se ha de tener en cuenta. ¿Qué busca la medicina intensiva? El consenso, que se hizo en Santander, en relación a la Sociedad de Medicina Intensiva, y otras sociedades internacionales, busca ofrecer a los pacientes críticos la atención sanitaria adecuada a sus necesidades, de calidad y segura, pero, por otro lado, que sea sostenible, ética y respetuosa

con la autonomía del paciente. Esto ha hecho un cambio de un modelo conceptual de las Unidades de Cuidados Intensivos, han empezado a abrir sus puertas, roto sus muros, salido de sus hilos y los profesionales sanitarios de intensivos estamos dispuestos a no atender sólo a nuestros pacientes, dentro de las Unidades, sino ir a buscarlos fuera de ellas, dentro del Hospital, y seguirlos, después de darlos de alta, porque consideramos que, en algunos casos, siguen siendo pacientes críticos, y el concepto de Servicio de Medicina Intensiva iría en relación a dar a los pacientes lo que necesitan, en función de sus necesidades asistenciales y no de la ubicación donde estén geográficamente.

Los recursos de intensivos son no sólo caros sino limitados, en nuestro país, la situación de camas de intensivos estaría por debajo de la media de otros países, 9,7 camas por 100.000 habitantes y, bueno, es discutible si el número de camas de intensivos se relaciona siempre de forma directa con la mortalidad o la efectividad del tratamiento, aunque sí que parece que, a un mayor número de camas, la mortalidad de los pacientes críticos sería más baja. En los países existen diferentes modelos organizativos de intensivos, y no todos son comparables, en España debemos sentirnos orgullosos del que tenemos, en el que está asegurada la atención por profesionales con competencias específicas para estos pacientes. Algunos autores consideran si las Unidades o los Servicios de Medicina Intensiva siguen una curva de Starling, si, realmente, a más camas mayor efectividad, porque se atiende de forma precoz a los pacientes, haya menos mortalidad, se ofrezcan, de forma más rápida, los recursos, evidentemente, con costes más elevados. Pero, hasta qué momento, también, de alguna manera, disponibilidad de camas

de intensivos puede tener efectos perjudiciales, mayor número de eventos adversos, complicaciones, tratamientos más agresivos, a veces inútiles al final de la vida, etc. Es una cuestión que queda encima de la mesa. Lo que hace el hospital impacta de forma significativa y lo que hacen las UCI, nuestros clientes no son los pacientes son otros Servicios, que nos traen pacientes del área de Urgencias, el Hospital de Observación, hospitalización propia, las cirugías complicadas, y el impacto de lo que hacemos también va a ser importante en otros Servicios, manejar con eficiencia las camas de Intensivos va a repercutir en ingresar, de forma más precoz, pacientes de Áreas de Urgencias y algo importante, de cara a la gestión, en ningún momento anular las cirugías programadas, que tienen un impacto no sólo económico sino a nivel social.



Filadelfo Bustos

Una vez los pacientes son dados de alta, un porcentaje importante sufren eventos críticos en planta, que haya altas precoces o no programadas se relaciona con los reingresos, y que un porcentaje de pacientes, no despreciable, fallece en planta de forma no prevista. Todo ello hay que tenerlo en cuenta a la hora de gestionar y de evaluar y valorar los flujos de los pacientes.

En relación a la seguridad del paciente, desde el año 99, en el que se puso de manifiesto que los errores, en el estudio *Errar es humano*, los eventos adversos, podrían estar relacionados entre 45.000 y 98.000 muertes anuales en EE.UU., eso ya se ha quedado corto y, utilizando otras herramientas, como los *trigger tools*, estas cifras podrían llegar a 400.000, una verdadera epidemia. Todos los estudios, en nuestro ámbito y a nivel internacional, demuestran que un 10% de los pacientes hospitalizados van a presentar un evento adverso grave. Es verdad que, desde el año 99 hasta ahora, ha mejorado la cultura de seguridad de las organizaciones, estamos más en una orientación basada en el Sistema, sin olvidar nunca la importancia de la cultura justa y no todo enfocado sólo al Sistema. Ha habido mejoras en determinadas prácticas seguras: higiene de manos, reducción de infecciones nosocomial, todavía hay ámbitos en los que hemos de mejorar mucho si queremos asegurar una atención segura, como puede ser la comunicación, el trabajo en equipo, la formación en seguridad del paciente, los profesionales sanitarios tenemos que aprender antes de empezar, porque luego es difícil cambiar, investigar para asegurar que las prácticas seguras son efectivas y eficientes, implicar al paciente y tenemos un largo camino por recorrer.

“Tenemos que pensar de una manera distinta a como estamos haciendo las cosas. Supone gestionar los recursos, a lo largo de todo este continuum asistencial, que incluya Primaria, Especializada, la transición hacia el hogar, pero, incluso, aspectos de prevención y salud poblacional en términos generales. Esto es una visión holística que tenga en cuenta todo el continuum asistencial. Y, aquí, la tecnología tiene un papel facilitador importante”

Juan Sanabria

Quería hablar de la transición de determinados pacientes en intensivos, podría ser generalizable, el cambio que pueden sufrir de pasar de unidades, en las que la monitorización es continua, 24 horas todos los días, ratios de enfermería y de médicos muy ajustados, con pocos pacientes, muy graves pero controlables, sabemos los que hay, ahora vamos a ir a buscarlos al resto del hospital, espacios cerrados, equipos que trabajan y se están viendo de forma continua, pacientes más caros, a otro modelo, el paciente, de un día para otro, de una hora para otra, pasa a una planta en la que, por las necesidades y los recursos, la toma de constantes va a ser más espaciada, cada ocho o doce horas, los equipos asistenciales no trabajan juntos, los ratios de enfermería son más elevados, no visualizan los pacientes de forma directa, todo hace que, el que pueda estar en riesgo, pueda tener un cambio significativo.

Hay un número importante de pacientes, que están avisando hace un tiempo, que se están poniendo malos y que el Sistema no es capaz de detectar esta situación de gravedad, estos eventos críticos y, cuando llegamos, casi siempre llegamos, muchas veces tarde, eso sería el concepto de fallo del rescate. Sabemos que la actuación, de forma precoz, sobre estos pacientes, disminuye significativamente la morbilidad, mortalidad, los recursos asociados, los costes y las estancias. Esto es una visión pro activa de una situación frecuente en las plantas de hospitalización, porque los pacientes que están hospitalizados son graves y cada vez más complejos, y sabemos que los que presentan eventos críticos, las horas previas y, generalmente, lo sabemos, porque lo vemos en las gráficas o en las notas de enfermería, siempre van entre seis y ocho horas avisando que van a sufrir un evento adverso y muchas veces no so-

mos capaces de dar esta respuesta. También sabemos que, cuanto más precoz sea la respuesta, las posibilidades de supervivencia de estos pacientes son más altas y si actuamos, cuando se alteran las constantes fisiológicas o los criterios de alerta, la posibilidad de supervivencia estaría alrededor del 15%, si se hace una vez activado el equipo de respuesta rápida esta mortalidad aumenta, pero cuando nos llaman, por una situación de parada cardiorrespiratoria, la mortalidad de estos pacientes es tan alta como el 80%. La mayor parte de los eventos críticos son evitables y, por ello, es un problema de seguridad e importante por su impacto. Lo dicen muchas instituciones, el Consejo Europeo de Resucitación dice que más que enseñar a reanimar a los pacientes hemos de prevenir que lleguen a pararse; el Instituto de Mejora de la Calidad lo establece como una de sus prácticas seguras en las campañas de salvar 100.000 vidas; cinco millones de vidas, dice la OMS y la Joint Commission, y pide, a las instituciones y hospitales, que sean capaces de tener sistemas que permitan la activación y detección de pacientes en riesgo y darles una respuesta adecuada.

Las causas de la detección o respuesta inadecuada de estos pacientes son múltiples: registros inadecuados de constantes, es una realidad, aunque muchas veces pueda pasar desapercibida, no tenemos ningún sistema de alerta, en muchas ocasiones pueden quedar registradas constantes muy patológicas que nadie les da ninguna importancia, en otras los criterios de decisión, de activación, de llamar al médico, al responsable, son muy individuales y depende de la experiencia o de la subjetividad de la persona que ve estas alertas, y hay muchos eslabones hasta que, realmente, llega un equipo que es capaz de dar la respuesta apropiada. Como soluciones, hay

muchas, muchas relacionadas con la mejora de la seguridad, la automatización de la toma de las constantes, el utilizar escalas multiparamétricas que nos permitan, a modo de semáforo, objetivar la gravedad del paciente y la puesta en marcha de los equipos de respuesta rápida y, una cosa importante, la comunicación y el trabajo en equipo, que son básicos, para que, realmente, se pueda salir de estas situaciones.



Cristina Bescos

Ello ha hecho que, en los últimos años, se pongan en marcha iniciativas como los equipos de respuesta rápida con resultados discordantes, al principio parecía que estos equipos eran la panacea y que solucionaban muchos problemas, suelen componerse de una rama aferente, que tienen la función de detectar y activar situaciones de riesgo, una rama eferente, que son aquellas personas o profesionales que van a dar una respuesta, pero es imprescindible que haya un soporte institucional, que ponga los recursos necesarios, y es necesaria otra pata, que es la de la evaluación de los resultados a través de indicadores de calidad.

¿Qué estamos haciendo? Estoy trabajando en el Hospital de Torrejón, público de gestión privada, que atiende a 150.000 pacientes de población de referencia, con una Unidad de Intensivos grande, dieciséis camas, en un hospital de 250, con un número de 1.000 ingresos al año, y una UCI polivalente, con estancias medias muy cortas. El objetivo de nuestro trabajo ha sido inten-

tar analizar los patrones fisiológicos o las alteraciones, que pueden presentar los pacientes de riesgo, al alta de UCI, para analizar el proceso y poder saber si las altas estábamos haciéndolas de forma segura. Y, por otro lado, poner en marcha un sistema de activación y de respuesta a pacientes en riesgo, pero, también, mejorar la cultura de la seguridad, la comunicación y trabajo en equipo. En nuestro protocolo hemos incorporado la tecnología, a través de herramientas de Philips, utilizamos la toma de los pacientes, que se van de alta de intensivos, de determinadas categorías, pasan a la planta con un protocolo específico, en el que se registran las constantes, tres de ellas de forma automática, a través de un sistema inalámbrico, que serían la frecuencia cardíaca, la saturación y la tensión arterial, y tres constantes, que serían la temperatura, el nivel de conciencia, la frecuencia respiratoria, de forma manual, y, otras opcionales, como una situación de alerta o de gravedad, que pueda tener el profesional que lo atiende. A través de un software se introduce todo en una tabla, que da lugar a una objetiva, de forma específica, de la gravedad del paciente y permite, de forma consensuada, que se le dé una respuesta adecuada, aumentando su nivel de monitorización o activando un equipo de respuesta, puede ser su profesional responsable en planta o informar al equipo de intensivos. Esto hace que no haya dudas en el momento de alertar al equipo correspondiente y objetiva la respuesta que hay que dar a esta situación de riesgo.

“La medicina intensiva busca ofrecer a los pacientes críticos la atención sanitaria adecuada a sus necesidades, de calidad y segura, pero, por otro lado, que sea, evidentemente, sostenible, ética y respetuosa con la autonomía del paciente”

M^a Cruz Martín

También estamos trabajando en herramientas, como el SBAR, de mejora de la comunicación, que permiten que, de forma efectiva, la enfermera, que detecta la situación de alarma, pueda llamar a los profesionales estableciendo, de forma clara, las necesidades que tiene para la atención de ese paciente y consiga una respuesta adecuada del equipo correspondiente.

Hemos incluido 100 pacientes, que han ingresado por código infarto, cirugías de alta complejidad y estancia prolongada en intensivos, y les hemos monitorizado, durante 48 horas, y ahora podemos presentar el número de activaciones, que se han hecho, en función del score de gravedad que ha salido. Las altas, en estos grupos de pacientes, son seguras porque no ha habido ningún reingreso durante este periodo, pero nos ha permitido ver cuándo se activan y en qué nivel de gravedad, durante qué horas del día hay más activaciones, por la noche, también analizar qué partes de estos scores multiparamétricos tienen más impacto dentro del sistema de activación. De hecho, estamos evaluando, analizando e investigando este proceso para intentar tener scores específicos, que se adapten a las necesidades de nuestros pacientes, y mejorar el proceso. Sabemos que existen áreas importantes de mejora: el registro de constantes, la frecuencia respiratoria, la comunicación entre los equipos, y la satisfacción, no sólo de los profesionales sino de los pacientes, dado que pedimos el consentimiento informado y los pacientes, en nuestro estudio, han estado dispuestos a seguir monitorizados al alta de UCI.

Como conclusiones, para el cambio es necesaria la innovación, pero también el trabajo colaborativo, la inclusión de la tecnología, si queremos cambiar nuestros resultados, hemos de cambiar la manera de hacer las cosas. Y Peter Safar, el padre de la

reanimación cardiopulmonar, dijo: los cuidados intensivos más sofisticados se pueden convertir en unos cuidados paliativos, innecesariamente caros, si no hacemos una atención precoz y no conoceremos el nombre de los pacientes, a los que podemos salvar, lo que hemos de intentar es que nunca sean esos pacientes.

FILADELFO BUSTOS Cada día, los costes por procedimientos y la demanda van incrementándose, los avances en las tecnologías y en el conocimiento también van avanzando. Eso genera un exceso de gasto, en relación a la situación real, que hay en cualquier país. Y eso obliga a que la gestión sanitaria busque nuevas herramientas para poder mantener la salud, como objetivo final, con los recursos de que dispone. ¿Qué ha hecho? Incorporar, y lo está haciendo y cada vez lo hará más, estrategias de las empresas privadas, con el objeto de mantener la seguridad, la calidad y la eficiencia del producto que está originando. Y, en ese sentido, si soy consciente que quien determina el mayor gasto, en lo que hago, en mi producto de salud, es el clínico, es a él al que le tengo que dar la responsabilidad y herramientas para que mejore en su quehacer diario; y surge la gestión clínica que, teóricamente, es muy bonita, pero, cuando lleva consigo el traslado a lo que es el ambiente del día a día, lleva, a veces, diferentes complicaciones o lugares donde chirría y hay que intentar suavizarlo para que se pueda aplicar todo.

Lo primero que deberíamos hacer es apoyar la gestión del clínico de manera individual de cara a cada paciente, tenemos que mejorar la gestión de los recursos y al clínico se le deben dar, para ello, herramientas que le permitan conocer cuáles son los recursos de que dispone, el coste de los mismos y su mayor o menor eficiencia. Y, luego, mejorar la gestión de los procesos

incorporando la mejor evidencia que haya. Evidentemente lo sabemos, pero todo eso lo tenemos que dirigir a algo que, a veces, se nos olvida, con independencia de las aplicaciones de costes que nos puede aplicar nuestra actividad, tenemos que mantener una calidad en nuestros Servicios y, para ello, debemos, y es necesario, establecer un sistema de información, que incluya indicadores que nos permitan evaluarlos de manera periódica y establecer acciones de mejora en base a los resultados que vamos viendo.



Juan Sanabria

El proceso quirúrgico, en concreto, es complejo, en cuanto que implica diferentes profesionales, tipos de recursos, tanto materiales como humanos, y tipos de pacientes. En la actualidad se ha complicado mucho, el paciente que llega, a someterse a una intervención quirúrgica, puede venir de diferentes orígenes, de Primaria, consulta, listas de espera. Una vez que, valorado por el especialista quirúrgico y el anestesiólogo, es intervenido, pasa a un área donde tiene lugar la recuperación inmediata, que puede ser la URPA, una Unidad de Cuida-

dos Críticos, en función de la gravedad del paciente y del procedimiento quirúrgico, y, a partir de ahí, puede ser hospitalizado o, lo más frecuente, que recurra a una vía de cirugía moratoria, es decir, que se readapte, recupere sus funciones vitales, la capacidad de mantenerse en el medio, y sea dado de alta inmediatamente. Bien, como es habitual, al domicilio o a hoteles o lugares de asistencia. A partir de ahí podemos establecer nuevas vías alternativas.

El proceso quirúrgico ha cambiado radicalmente. ¿Qué podemos medir o hacer?, se nos dice que tenemos que ser más eficientes, entendiendo por eficiencia el grado en el que se pueden alcanzar una serie de objetivos, de resultados, en función de los recursos que se están utilizando. ¿Cómo podemos medir, en el área quirúrgica, la eficiencia? Midiendo los tiempos, como resultados, la productividad, el rendimiento de quirófano, el número de intervenciones, la gravedad, las complicaciones, porque también debemos medir, en cuanto a resultados, su calidad, qué recursos hemos tenido que necesitar y, lo más importante, establecer esa relación entre ambos en función de una serie de variables para que nos permitan, de verdad, hablar el lenguaje, de manera similar, estando en cualquier centro en los que nos podemos mover.

¿Qué indicadores de rendimientos son los más utilizados en el área quirúrgica? Los tiempos. ¿Cuál es el tiempo estimado de quirófano?, en función de la actividad quirúrgica, ¿cuánto tiempo hemos estado utilizando el quirófano una jornada diaria, al cabo del mes, del año, por servicios? El número de intervenciones que se han podido llevar a cabo, ¿cuál es el tiempo quirúrgico que le vamos a asignar, a cada servicio quirúrgico, en función, lo que hemos calculado, de la complejidad de las intervenciones? Eso es muy importante porque,

hoy por hoy, se están haciendo asignaciones quirúrgicas genéricas, a cada Servicio, y no se hace, como sería una manera de optimizar estos indicadores, en función del procedimiento que se va a llevar a cabo y de la complejidad. Y, estos indicadores, deben medirse en relación a una serie de variables, como es la complejidad del hospital, la de la intervención, ¿qué tipo de cirugías se hacen en ese hospital?, ¿qué tipo de pacientes se están interviniendo?, la presencia o no del coordinador del área quirúrgica, que es muy importante, quirófanos exclusivos para Urgencias, ¿cuál es el número de esa serie de quirófanos de Urgencias en relación a los quirófanos totales?, si hay o no actividad docente, y si existe algún tipo de incentivación en cuanto al incremento de la actividad quirúrgica.

Existen otra serie de indicadores, que son de calidad, y debemos incluirlos como indicadores de resultados, la morbimortalidad, el porcentaje de reingresos, de reintervenciones, las estancias post operatorias, los eventos adversos y, por qué no, el grado de satisfacción del paciente. Y eso, también esa serie de indicadores, debemos relacionarlos con una serie de variables, como son la experiencia de los equipos quirúrgicos, el nivel de complejidad y la posibilidad de disponer de mayor o menor recursos tanto humanos como materiales. A partir de esa idea, con esos antecedentes, surge por qué no podemos ver qué nos pueden aportar las nuevas tecnologías en cuanto a las mejoras de los resultados de algunos de esos indicadores, si hacemos una monitorización continua de todo el paciente, durante todo el proceso quirúrgico, y vemos cuáles son los resultados. Se estuvieron analizando varias semanas, en julio de 2012, 62 intervenciones, posteriormente se hizo un análisis de los resultados estableciendo un objetivo, que era determinar qué acciones

podían ser o generar un valor añadido al paciente, y, por tanto, al sistema o proceso, y que intervenciones no generan valor y se pueden mejorar o, incluso, anular.

“Se estuvieron analizando durante varias semanas, en julio de 2012, 62 intervenciones, posteriormente se hizo un análisis de los resultados estableciendo un objetivo, que era determinar qué acciones podían ser o generar un valor añadido al paciente, y, por tanto, al sistema o al proceso, y que intervenciones no generan valor y se pueden mejorar o, incluso, anular”

Filadelfo Bustos

Estamos hablando del área quirúrgica nueva, en el Hospital de Toledo, que dispone de cuatro quirófanos, con una distribución general: el 1 es de vascular, el 2, de urología y el 3 y 4, de cirugía general. De ahí el paciente pasaba a una Unidad donde hay cuatro camas de críticos y ocho para pacientes, tipo URPA, de recuperación inmediata. Inicialmente la jornada empezaba a las 8.00, considerábamos a qué hora entraba el paciente a quirófano, cuándo estaba monitorizado, en qué momento se iniciaba la cirugía, terminaba, cuándo se determinaba que el paciente podía ser trasladado a las áreas de reanimación y, a partir de ahí, si disponíamos o no de un monitor de traslado, si era no había que solicitarlo, el tiempo de respuesta hasta que el monitor llegaba, y, en caso de que lo tuviéramos, si ya estaba o no monitorizado, una vez monitorizado salía del quirófano, llegaba a la REA y, allí, nuevamente, era cambiado a la monitorización que ellos dispusieran y, mientras, el servicio de limpieza realizaba su tarea, y vuelta a empezar con el circuito. Eran los tiempos que se medían.

A partir de ahí establecíamos qué actividades generaban algún tipo de valor, sobre el

paciente y el proceso, y cuál no. Desde las ocho de la mañana, hasta que el paciente entraba al quirófano, era una actividad que no genera ningún valor, que debe reducirse al máximo y, por tanto, eliminarse, ser tendente a cero. El tiempo de anestesia y cirugía es una actividad que genera un valor, pedir o solicitar el traslado del paciente y el monitor de traslado, hasta que este monitor llega, es un periodo de tiempo que debería evitarse, el traslado en sí es obligatorio, por tanto, representa un valor, y el tiempo hasta que se llama a la limpieza es considerado que no genera valor, al igual que el tiempo de espera hasta que llegas a la Unidad de Reanimación y le cambias de monitorización, así como el fin de la limpieza hasta la entrada del nuevo paciente. De esa manera se hizo la medición, de los diferentes pacientes, a lo largo de los días, en los cuatro quirófanos.

De los 62 pacientes la mitad fue con el sistema tradicional de monitorización, cuando se había terminado la cirugía llamábamos para que nos trajeran el monitor de traslado, había que esperar a que viniera, se cambiaba el monitor y todos esos tiempos se medían. Y, la otra mitad, se hicieron con la monitorización Philips, con el AX2, que permitía mantener el mismo monitor, lo único que hacías era desconectarlo del monitor principal y te lo llevabas así a la sala de reanimación. Esos son los tiempos que se pueden ganar con la monitorización. Desde que el paciente pasa hasta que es monitorizado tenemos un tiempo importante, de 1,48 segundos, desde que solicitas el monitor hasta que llega, una vez que llega hasta que le monitorizas transcurre una media de 2,18. Y, una vez que el paciente llega a reanimación, pasan 2,48 minutos hasta que está monitorizado, en condiciones ya de ser considerado ingresado en reanimación. Así,

se podían establecer dos tipos de tiempos, actividades que generan o añaden un valor y aquellos procesos que no, que se pueden eliminar o tender a eliminarlos. Llama la atención que el tiempo de conexión del monitor, en el quirófano, representa el 2%, en cuanto al tiempo total que genera valor; la inducción de la anestesia, un 30%; cirugía, el 56%; despertar, un 7%; cambio del traslado del monitor al quirófano, un 7, y 2 el cambio del monitor en la reanimación. En cuanto a los procesos que no generan valor, sobre todo, el tiempo desde que llamas hasta que el celador acude, desde que llamas a la limpieza y viene, incluimos la limpieza de quirófano cuando es dudoso porque es obligatoria, quizás habría que haberla incluido entre los procesos que añaden valor, es evidente que es necesaria.

Con todos esos datos se puede apreciar que hay unos cinco minutos que se pueden reducir o eliminar con una monitorización continua, y es muy importante. Podía considerarse que siete minutos, cinco, no es un objetivo a conseguir, pero en el ámbito en el que nos movemos, cuando lo que se está intentando es optimizar los tiempos de quirófano, esos minutos generan una cantidad, al cabo del día, importante porque, además, no es sólo los cinco minutos, es tener que esperar a que venga, que llamas al celador, trae el monitor, cambias el monitor. Todo eso genera actividades y desgastes que no son necesarios, y, lo más importante, la seguridad del paciente.

En conclusión, en el proceso quirúrgico hay áreas de mejora tangibles, en cuanto a los tiempos, si dispusiéramos de un sistema automático de recogida de datos de tiempo podríamos saber, objetivamente, cuál es cada uno de los tiempos aplicados en cada lado. Para poder hacer el estudio se dispuso de dos observadores que iban anotando todo, pero lo lógico sería disponer de un

sistema automático. Es necesario o aconsejable que existieran áreas de pre anestesia, áreas específicas donde al paciente se le pudiera hacer la preparación general, canalizarle la vía, monitorizarle y pre medicarle. Y, de esa manera, llegaría al quirófano con el monitor y ahorraríamos más tiempo, con el AX2 le conectaríamos al quirófano y el paciente estaría monitorizado. La monitorización continua, durante todo el proceso quirúrgico, nos permite un ahorro de tiempos significativo, y, importante, el coordinador de quirófano reduce la mayoría de esos tiempos, que hay entre las diferentes etapas de quirófano, permite resolver los conflictos que haya y mejora los resultados en cuanto a la eficiencia de todo el proceso quirúrgico. Y la seguridad, si la monitorización continua no mejora los resultados, en cuanto a tiempo, es más evidente que la disponibilidad de una tecnología, que nos permitiera monitorizar de manera continua al paciente, evita y reduce, en caso de que se produzcan, la posibilidad de eventos adversos tan frecuentes durante los traslados del paciente, desde el quirófano a las diferentes áreas. Las constantes vitales monitorizadas, a lo largo de todo el proceso, nos permiten recuperar esa información, revisar e incorporarlo en el historial clínico del paciente.

“Todas las tecnologías que utilizamos son muy usables, siempre hay elementos de las ciencias del comportamiento respecto a cómo se establecen objetivos, cómo se intenta motivar a través de multimedia, cómo se devuelve la información al paciente, para que se sienta parte del sistema”

Cristina Bescos

Pero, en sí, ese estudio queda cojo porque le falta asignar una parte, que es los costes. Es la parte siguiente, que debemos hacer

ahora, incorporar un sistema de contabilidad analítica que nos permita determinar cuál es el coste por cada uno de los pacientes, cada una de las etapas y de los diferentes tiempos y, así, saber, exactamente, qué implicaciones tiene la incorporación de las nuevas tecnologías. Si dispusiéramos de esta herramienta necesaria podíamos saber de verdad, a la hora de aportar a las direcciones de gestión, si esto compensa o no la inversión que debemos hacer en ello.

“Es casi una obviedad, pero hay que tenerlo muy presente y no olvidarlo, todo lo que hacemos, todos los que participamos de una u otra manera en el Sistema de Salud, es proporcionar valor a los pacientes; y todo lo que hagamos tiene que tener ese objetivo”

Juan Sanabria

CRISTINA BESCOS Por muy buenos y eficientes que sean los hospitales, los pacientes quieren volver a casa, cuanto antes consigamos hacer ese paso, y podamos hacer una transición, lo más suave posible, será bueno para todas las partes. Quiero representar todo este cambio, que está ocurriendo, en todos los modelos asistenciales, en todos los países, incluyendo España. Estamos pasando de un modelo de pagos por servicio, en los que se apreciaba el volumen, cuantas más operaciones, servicios, mejor, a un modelo que se está intentando llegar a más optimización en costes, en modelos per cápita, en el concepto de valor, y valor es eficiencia en costes, pero también en calidad y en resultados en el paciente y satisfacción de los clientes.

Todos estos cambios de los modelos de negocio están llevando, no sólo al rediseño de los sistemas financieros, también al del concepto del modelo de servicio. Ahí es donde queremos entrar, la visión que te-

nemos, que sería la salud del futuro y dónde nos queremos posicionar, como parte, Philips. Evidentemente, somos un proveedor tecnológico, y una de las tecnologías que presentamos es la parte de Telehealth, que es la capacidad de poder transmitir información, remotamente, entre el hogar o distintas áreas de asistencia sanitaria. También nos posicionamos como un actor capaz de proveer programas de transformación clínica, y combinar, no sólo esta parte de asistencia clínica, sino, sobre todo, cuando estamos hablando de enfermos crónicos, la introducción de elementos de las Ciencias Sociales y de comportamiento, cómo se pueden fomentar estilos de vida saludables y tener intervenciones más allá de los campos puramente sanitarios tradicionales. Para eso continuo con el continuum de cuidados. Estamos combinando la salud global, en la combinación de lo que es la asistencia profesional, pero, también, el cuidado de salud personal.

En la parte profesional los recursos son escasos, hay que optimizarlos, tenemos que ir hacia tendencias de gestión de poblaciones y, sobre todo, ver qué hacemos con los datos. Hay datos clínicos y económicos de los pacientes, que están ahí, pero no se están utilizando porque no están disponibles en el momento que son necesarios, y, hacer uso de esos datos y coordinar su interconexión, es fundamental para mejorar la eficiencia en la parte profesional. Y, cuando vamos a la parte del cuidado personal, fuera de los muros de un hospital o centro de salud, es muy importante implicar a los pacientes, no sólo proveerles de información o, para fomentar esto, estilos de vida saludable, herramientas para que los pacientes puedan tomar decisiones que sean más acertadas o más saludables.

En el programa de Philips, Continuum of Care, tenemos programas tanto dentro del

hospital como fuera, en Telehealth. Estos programas no son sólo de tecnología, son de transformación clínica y gestión, también, de los datos y de la gestión hospitalaria y fuera del hospital. Voy a analizar tres ejemplos de las necesidades del paciente en los distintos momentos asistenciales.

Tenemos un programa de cuidado ambulatorio intensivo, para pacientes complejos, con muchas rehospitalizaciones, que necesitan un cuidado y atención muy intensiva, pero se puede hacer remotamente desde casa, el High Tech High Touch. Tiene mucho componente tecnológico, hay sensores, un sistema de gestión de datos de detección de eventos tempranos, muchos algoritmos de estratificación de los pacientes y detección de los riesgos, un sistema de biconferencia, para contactar con los sanitarios, pero, también, un componente muy importante de transformación del sistema de atención clínica. Hay un equipo de coordinación, que no son sólo médicos y enfermeras, un equipo de farmacia y un equipo multidisciplinar, incluyendo un Health Coach, que se dedica a hacer la transición a las necesidades sociales de este paciente, la atención psicológica y la explicación de cómo funciona el sistema. Es un equipo que combina una atención móvil y un equipo remoto, para poder atender al paciente, desde casa, y esto evita las hospitalizaciones. El objetivo de este programa es pacientes que tienen de tres a cuatro hospitalizaciones al año y, en este momento, estamos consiguiendo que se puedan gestionar desde casa. Es un proyecto en Banner, Phoenix, Arizona (Estados Unidos).

Tenemos otro programa para la transición entre el hospital y el hogar, sobre todo para evitar readmisiones, esto es muy importante en los sistemas en los que las readmisiones corren a cargo del hospital y los sistemas sanitarios, por ejemplo, ame-

ricanos, holandeses o alemanes, están penalizados los hospitales por este tipo de ingresos económicamente. Es la parte de transición para pacientes, después del alta, y se están intentado optimizar el alta cuanto antes, pero, sobre todo, la reducción de reingresos. Este programa es de corta duración, 30 días después del alta, tiene un componente de monitorización remota y de pautas, que se le van dando al paciente, también para fomentar el autocuidado durante un periodo muy corto e intensivo. Hay resultados en salud y en costes del sistema, pero, sobre todo, en cuanto a la experiencia del paciente, y esto es importante porque, cuando un paciente sale de un hospital, a veces después de una experiencia corta, que puede ser un poco difícil, está en una situación muy frágil, y es difícil introducirle un componente tecnológico en su casa, en su entorno habitual, y hemos conseguido, con estos programas, que los pacientes se sientan seguros, gracias a este contacto con el sistema sanitario, y que no vean la tecnología como una imposición artificial sino que es útil, es fácil para ellos de utilizar y les da esa capa de seguridad que pierden muchas veces cuando salen del hospital y se encuentran en casa solos.

“Lo que se está incrementando, proporcionalmente, son los recursos asistenciales de los pacientes críticos, ya no sólo en el número de boxes o de habitaciones sino el concepto de una medicina intensiva mucho más abierta”

M^a Cruz Martín

Y un programa más de atención a crónicos, más a largo plazo, en el que es muy importante esta parte de educación y promoción de estilos de vida saludables. Son programas de seguimiento, durante un año, de pacientes, de un nivel de riesgo entre in-

termedio y alto, que tienen una enfermedad crónica identificada, que suele ser insuficiencia cardiaca, EPOC o diabetes, o combinaciones de ellas y sus comorbilidades. Normalmente tienen un plan de cuidados establecido, que se organiza desde el protocolo del Centro de Salud, pero se individualiza a las necesidades del paciente, no sólo clínicas sino también en cuanto al nivel de asistencia que tiene en casa, ayuda de los familiares, otros tipos de cuidadores, hace que sea un sistema dinámico y se pueda combinar el nivel de intensidad de la monitorización y de la intervención, según los estadios en los que está el paciente durante ese año de intervención. Se consigue que el paciente pueda gestionar más por sí mismo la enfermedad y se acostumbra a reaccionar a los distintos signos que va aprendiendo de cómo llevar la enfermedad crónica. Todas las tecnologías que utilizamos son muy usables, siempre hay elementos de las ciencias del comportamiento respecto a cómo se establecen objetivos, cómo se intenta motivar a través de multimedia, cómo se devuelve la información al paciente, para que se sienta parte del sistema. Todo este tipo de estructuras se utiliza en cada uno de los programas.

En cuanto a evidencia, cuando hablamos de Telehealth, hay mucha crítica porque todos estamos hartos de pilotos y de experiencias muy en pequeña escala, que no acaban de escalarse. La experiencia más grande, en temas de Telehealth, es el Whole System Demonstrator, de 3.000 pacientes, hecha en Inglaterra. Fue una experiencia de resultados impresionantes, a nivel clínico, con una reducción de hasta el 45% de mortalidad. Destacar un estudio en España, en el Hospital Can Ruti, de Badalona, el CARME, sobre el programa de crónicos a largo plazo, porque insistíamos mucho en este elemento educativo de los pacientes y

aprenden más, pero, ¿qué implica en resultados de salud? No sólo este aumento de conocimiento está demostrado, sino que, estos pacientes, en el sistema, gracias a esta intervención, estaban menos tiempo, y su calidad de vida había aumentado.

¿Qué quiero decir con estos programas? Al final la visión del modelo operacional se reduce a unir tres elementos que, en el pasado, han estado disgregados, y esa es la clave. Tenemos un componente muy importante, que es la parte analítica, la gestión de datos, el dar sistemas de soporte a la decisión, que calculen los riesgos, que se puedan estratificar los pacientes en cuanto a las necesidades que puedan tener, y de mejorar la eficiencia de los sistemas. Tenemos entre medias el sistema, que es la parte humana y la clínica, de cómo se desarrollan los planes de cuidado e integral, cómo se gestionan los casos de pluripatología, y todos estos nuevos modelos de cuidados que se necesitan integrar, esto no es una respuesta tecnológica sola, nunca puede serlo. Y, la tercera parte, es el componente del paciente, no es sólo monitorizar al paciente y tomar unas cuantas constantes vitales, es realmente como se empodera al paciente y se le implica en su propio cuidado. La combinación de estos tres elementos es lo que hacen los programas clínicos y que, para ello, necesitamos una plataforma software que sea capaz de gestionar estos programas a todos los niveles. Y este es un poco el modelo que tenemos, Philips ha lanzado una plataforma digital para todos los sistemas de salud, no voy a entrar en los detalles ingenieriles, pero sí en la parte que llamamos cuidados personales o fuera del Sistema Sanitario, pueden ser herramientas comerciales, sistemas de gestión de las actividades, deporte, que también tienen su espacio en cómo las personas y los pacientes en

su casa llevan la vida diaria. También tienen la parte de Telehealth, es un elemento del sistema, pero no puede ser nunca la única solución, que no está integrada en el resto de actividades, y, luego, están esos elementos de informática, sistemas de comunicaciones, más tradicionales, que conocemos por las distintas categorías de hospitales o por la historia clínica. Lo importante es que esa interconexión no es sólo a nivel de datos sino de la capacidad de proveer servicios en las distintas escalas de valor y dar experiencias no sólo a los profesionales, también a los pacientes.

Un par de ejemplos más, de experiencias corriendo en distintos países. Tenemos en un hospital en Radboud, Holanda, para pacientes con EPOC, un acuerdo que se ha hecho estratégico, con la empresa Salesforce, para la gestión de los datos de sus pacientes. Es un programa de atención desde el hogar e incluye monitorización médica, con medidores de tensión arterial y peso, saturación de oxígeno, con dispositivos médicos, pero también incluye un elemento nuevo que gestiona la actividad, el ritmo cardíaco y respiratorio, mientras se promociona un programa de promoción de la actividad física en enfermos respiratorios. ¿Qué conseguimos? Integrar elementos de fuera del ámbito puramente médico dentro de la gestión completa del paciente. Y, de esta manera, tenemos herramientas que son dispositivos médicos, son dos productos ya aprobados por la FDA americana, para gestionar al paciente, incluyendo elementos que pueden ser de la vida diaria del paciente desde su casa.

Más ejemplos de colaboraciones estratégicas. Tenemos con la región de Liverpool, que quería gestionar la asistencia, la calidad de vida de las personas en su casa y, a partir de ahí, se ha hecho una experiencia, con más de 500 pacientes, de monitoriza-

ción y educación de su casa, y ha servido de ejemplo para crear un modelo de negocio parecido, en otras dos comunidades en Inglaterra, Chester y Bristol, vamos aprendiendo de las experiencias.

En otros países, con otros modelos de asistencia, como ocurre en Asia, la Atención Primaria está muy limitada, el problema, que tienen los hospitales, es que, una vez que un paciente cardíaco se le da el alta, se pierde del sistema o lo tienen que gestionar directamente los hospitales, eso genera un nivel de ineficiencia y unos costes muy elevados para la gestión de pacientes crónicos. Tenemos un programa con el Development Board de Singapur para la gestión de estos pacientes remotamente, desde los hospitales, y específicamente para los pacientes de insuficiencia cardíaca.

El ejemplo de Holanda es interesante, a nivel de modelo de negocio. Teníamos un hospital, que es el que ha dado los mejores resultados de salud, con un 70% de reducción de hospitalizaciones por pacientes de insuficiencia cardíaca. ¿Qué ocurrió? Que se quedaron sin negocio, porque dejaron de llegar pacientes y, como era de pago por servicio, casi fue un programa que murió de éxito. Tuvimos que realizar una intervención con las aseguradoras para crear un nuevo modelo de negocio, basado en compartir riesgos y beneficios, entre las aseguradoras, los hospitales y los proveedores de servicio tecnológico. Otro ejemplo es en el País Vasco, con el Grupo de Investigación de Enfermedades Crónicas hemos hecho un mapa de quienes son los actores fundamentales en la gestión de la cronicidad y cómo va a cambiar ese mapa en la gestión del futuro.

En este sentido, quiero resaltar la colaboración con la Clínica Mayo, de EE.UU., estamos trabajando en la creación y la vali-

dación de contenidos para la educación de los pacientes y fomentar estilos de vida saludable, y varias colaboraciones con la empresa Salesforce en el tema de la gestión de hospitales. Estábamos intentando, primero, no trabajar solos, porque no tiene sentido, y, segundo, establecer alianzas estratégicas que puedan dar esa escalabilidad necesaria para este tipo de programas.

La Advanced Care Coordination and Telehealth, el programa ACT, que llevamos con la Comisión Europea, responde a la necesidad de dejar de hacer más pilotos en este tema, es decir, ya tenemos suficientes pilotos, no hagamos otra vez otro ejemplo con cien pacientes, sino vamos a intentar estudiar cómo se están utilizando, en las regiones más punteras de Europa, cómo se está haciendo esa transición hacia un modelo de cuidado más coordinado, incluyendo Telehealth no como un elemento extra artificial en el sistema, sino integrado en la coordinación del paciente, y analizar no la parte tecnológica, sino la organizativa y la reestructuración de los procesos necesarios en estos programas. Y, en ese sentido, estamos investigando cuatro áreas: la integración de los workflow o los planes de cuidados de los pacientes, como se hace la estratificación de los pacientes y la selección de los programas específicos a cada paciente, la educación del personal sanitario y su implicación en estos programas, y, la última parte, de empoderamiento o implicación de los pacientes.

El enfoque es, primero, hay que fomentar la excelencia operacional y la eficiencia, y no se trata de gestionar 100 pacientes, sino de miles y hay que tener herramientas que faciliten este tipo de tareas para los clínicos, que tengan la capacidad de ver en una sola pantalla cuáles son los casos más graves, cuáles necesitan atención, cómo gestionar ese tipo de datos para facilitar esa

tarea. Y, segundo, la implicación del paciente para que sea un elemento activo en estos programas, en caso de que se sienta empoderado o siempre conectado con el sistema de salud, aunque esté en su casa.

El valor, que queremos dar, es un modelo más holístico que tecnológico, incluye el diseño de los programas, del workflow, que se hace a nivel clínico, incluye como se hace la gestión de datos y los sistemas de soporte a la decisión, la implementación de los servicios y la involucración del paciente y, exactamente, cuál es, al final, los dispositivos o la tecnología que se pone en el sistema. Y, con ello, incluimos, el paciente activamente, siempre tener en cuenta la productividad de las organizaciones, incluyendo servicios de la transformación de los cuidados que hemos aprendido, por estas experiencias que tenemos y por ejemplos similares. Y, como hemos dicho, no sólo buscamos la parte proyección de la tecnología, sino la capacidad de crear alianzas estratégicas que puedan proporcionarnos también los servicios de gestión necesarios para apoyar este tipo de programas.

Otros sumarios

“Evidentemente, nosotros somos un proveedor tecnológico, y una de las tecnologías que presentamos es la parte de Telehealth, que es la capacidad de poder transmitir información, remotamente, entre el hogar o entre distintas áreas de asistencia sanitaria”

Cristina Bescos

“Con independencia de las aplicaciones de costes que nos puede aplicar nuestra actividad, tenemos que mantener una calidad en nuestros Servicios y, para ello, debemos, y es necesario, establecer un sistema de información, que incluya indicadores que nos permitan evaluarlos de manera periódica y establecer acciones de mejora en base a los resultados que vamos viendo”

Filadelfo Bustos

“También nos posicionamos como un actor capaz de proveer programas de transformación clínica, y combinar, no sólo esta parte de asistencia clínica, sino, sobre todo, cuando estamos hablando de enfermos crónicos, la introducción de elementos de las Ciencias Sociales y de comportamiento, cómo se pueden fomentar estilos de vida saludables y tener intervenciones más allá de los campos puramente sanitarios tradicionales”

Cristina Bescos

“La mayor parte de los eventos críticos son evitables y, por ello, es un problema de seguridad y un problema importante por su impacto”

M^a Cruz Martín

“Todo esto configura un nuevo entorno, que tiene que estar caracterizado porque hablemos menos de volumen y más de valor para el paciente, donde personalizemos la atención, integremos todas las intervenciones que un paciente tiene a lo largo de todo el viaje, que hace cuando tiene una experiencia con el Sistema Sanitario, y, de centrarnos en resultados clínicos pasemos a un abordaje holístico, que incluya toda la salud de la población, esta es la visión de Philips y en ello trabajamos”

Juan Sanabria

“Es discutible si el número de camas de intensivos, realmente, se relaciona siempre de forma directa con la mortalidad o con la efectividad del tratamiento, aunque sí que parece que, a un mayor número de camas, la mortalidad de los pacientes críticos sería más baja”

M^a Cruz Martín

“Cuando vamos a la parte del cuidado personal, fuera de los muros de un hospital o de un centro de salud, es muy importante implicar a los pacientes, no sólo proveerles de información o, para fomentar esto, estilos de vida saludable, fomentarles herramientas para que los pacientes, también, puedan tomar decisiones que sean más acertadas o más saludables”

Cristina Bescos

“Para el cambio es necesaria la innovación, pero también el trabajo colaborativo, la inclusión de la tecnología, si queremos cambiar las cosas, cambiar nuestros resultados, hemos de cambiar la manera de hacer las cosas”

M^a Cruz Martín

“Si tuviera que sintetizar en qué cosas son las más significativas, que aporta la tecnología a toda esta mejora de eficiencia y efectividad, señalaría tres: una, muy evidente, que es el diagnóstico a la primera, son cosas obvias, pero que no podemos dejar pasar por alto; intervenciones menos invasivas y, por supuesto, la digitalización e interconexión, la gestión integral de la salud. La tecnología tiene una grandísima aportación en estos tres puntos, y facilita eficiencia y efectividad”

Juan Sanabria

“Lo que es una realidad y todos los estudios, en nuestro ámbito y a nivel internacional demuestran, es que un 10% de los pacientes hospitalizados van a presentar un evento adverso grave”

M^a Cruz Martín

“Si la monitorización continua no mejora los resultados, en cuanto a tiempo, lo que es más evidente es que la disponibilidad de una tecnología, que nos permitiera monitorizar de manera continua al paciente, evita y reduce, en caso de que se produzcan, la posibilidad de eventos adversos tan frecuentes durante los traslados del paciente, desde el quirófano a las diferentes áreas. Las constantes vitales monitorizadas, a lo largo de todo el proceso, nos permite, además, recuperar esa información, revisar e incorporarlo en todo el historial clínico del paciente”

Filadelfo Bustos

“El objetivo de nuestro trabajo ha sido intentar analizar los patrones fisiológicos o las alteraciones, que pueden presentar los pacientes de riesgo, al alta de UCI, sobre todo para analizar el proceso y poder saber si las altas que estábamos haciendo lo estábamos haciendo de forma segura. Y, por otro lado, poner en marcha un sistema de activación y de respuesta a pacientes en riesgo, pero, también, mejorar la cultura de la seguridad, la comunicación y trabajo en equipo”

M^a Cruz Martín
