



Los crónicos obligan a una revolución asistencial

Ignacio Riesgo
Director de Sanidad Pricewaterhouse Coopers

¿Qué cambios o adaptaciones precisa nuestro modelo asistencial para garantizar su sostenibilidad ante el desafío sanitario y socioeconómico que plantea la cronicidad?

Nuestro sistema sanitario, que como es sabido tiene su origen en un modelo de Seguridad Social orientado a “reponer” la salud de los trabajadores, está totalmente orientado a pacientes agudos. El problema es que actualmente lo que predominan son los pacientes crónicos.

El enfoque hacia los pacientes crónicos difiere totalmente del que hay que adoptar ante los pacientes agudos. Estos últimos, una vez solucionado su problema, o bien pasan a otro nivel asistencial o se les da de alta. En cambio, en los pacientes crónicos es crítico el seguimiento permanente, tanto desde el punto de vista de calidad como de coste.

La atención a las enfermedades crónicas representa en España el 75% del gasto sanitario promedio, y el 80% de las visitas y del gasto farmacéutico están relacionados con estas enfermedades.

La gestión de enfermedades crónicas (*Disease Management*) es un enfoque integrado de prestación de servicios en el curso natural de una enfermedad crónica, destinado a gestionar el curso total de la enfermedad –desde el diagnóstico– con coordinación de recursos, a lo largo de *continuum* asistencial, con el propósito de mejorar el estado de salud del segmento de población afectado por la enfermedad, aumentando la relación coste-efectividad de los tratamientos. Se orienta a mejorar los resultados clínicos, económicos, la calidad de vida y la satisfacción de usuarios y profesionales. Es más que una técnica concreta: es un proceso de transformación estratégica de la organización sanitaria y de la forma de prestar servicios y de obtener resultados.

Los programas de gestión de enfermedades crónicas desarrollan fundamentalmente tres estrategias para conseguir impactar en los resultados clínicos y económicos:

- Mejorar el cumplimiento por los pacientes de las recomendaciones terapéuticas, tanto farmacológicas como no farmacológicas.

- Mejorar el seguimiento de los profesionales sanitarios de las guías de práctica clínica.
- Monitorizar las intervenciones clínicas antes de llegar a la hospitalización.

En Estados Unidos, *American Healthways* es líder nacional en la provisión de *disease management*, con más de un millón de pacientes en el país. Realiza labores de educación y soporte a pacientes con enfermedades crónicas para lograr que se preocupen y autogestionen su enfermedad. *Kaiser Permanente* creó en 2006 "*Kaiser Permanente Healthy Solutions*", para extender sus programas de *disease management* a nuevos segmentos de mercado. *Medicaid* y *Medicare* han desarrollado programas en varios estados, tanto con recursos propios como mediante empresas especializadas en *disease management*. *XL Health* es una compañía proveedora de servicios de *disease management* en Estados Unidos y su actividad se centra fundamentalmente en la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

El programa estadounidense *Evercare* presta servicio a 66.000 personas mayores de alto riesgo y presenta como aspectos clave la estratificación de pacientes por riesgo, la evaluación integral, equipos de trabajo multidisciplinarios, intervenciones basadas en la evidencia, autocuidados y educación, formación a cuidadores, monitorización rigurosa, conexión con los médicos y otros proveedores, utilización de todos los recursos de la comunidad y coordinación de la asistencia desde todos los dispositivos. Una evaluación de este programa por parte del Gobierno evidenció un descenso de los ingresos hospitalarios en un 48-49%, descenso de los días de hospitalización en un 57% y disminución de las visitas a urgencias en un 48-55%.

También es reseñable la asociación nacional *Disease Management Association of America (DMAA)* que representa a todos los grupos de interés de la atención a las enfermedades crónicas, incluyendo organizaciones de *disease management*, aseguradoras sanitarias, empresarios, laboratorios farmacéuticos, hospitales,... Realiza acciones de estandarización de medidas de resultados, promoción de estándares de calidad para los programas de *disease management* y de coordinación, identifica y comparte mejores prácticas, y realiza diversas actividades de concienciación y promoción del valor de estos programas, entre otras cuestiones.

El Reino Unido cuenta también con importantes experiencias siendo sus referencias *Evercare*, *Kaiser Permanente* y *Pfizer Health Solutions*. Cabe citar como ejemplo la gestión de la diabetes en el *Castlefields Health Centre*, que cuenta con un equipo multidisciplinar recogiendo el sistema informático los resultados de todo el equipo, educa y realiza recordatorios al paciente así como llamadas proactivas recordatorias.

En España, el nuevo modelo sanitario que está diseñando el gobierno vasco, orientado sobre todo a la gestión de las enfermedades crónicas, puede constituir un referente si se logra llevar a cabo con éxito y con la implicación y cambio cultural que exige a todos los niveles, si bien se tratará de un proceso complejo y de larga duración, y que tendrá que hacer frente a indudables elementos obstaculizadores.

La idea fundamental es que el enfoque de *Disease Management* que ha sido desarrollado en Estados Unidos, ligado fundamentalmente a una enfermedad, aporta un valor relativo, cuando la mayoría de los pacientes crónicos tienen pluripatologías.

Como se puede ver en el gráfico siguiente, el coste de los individuos/años está muy relacionado en los pacientes crónicos con el número de patologías que tengan:

Es por ello que los nuevos enfoques de seguimiento de pacientes crónicos incorporan una serie de elementos:

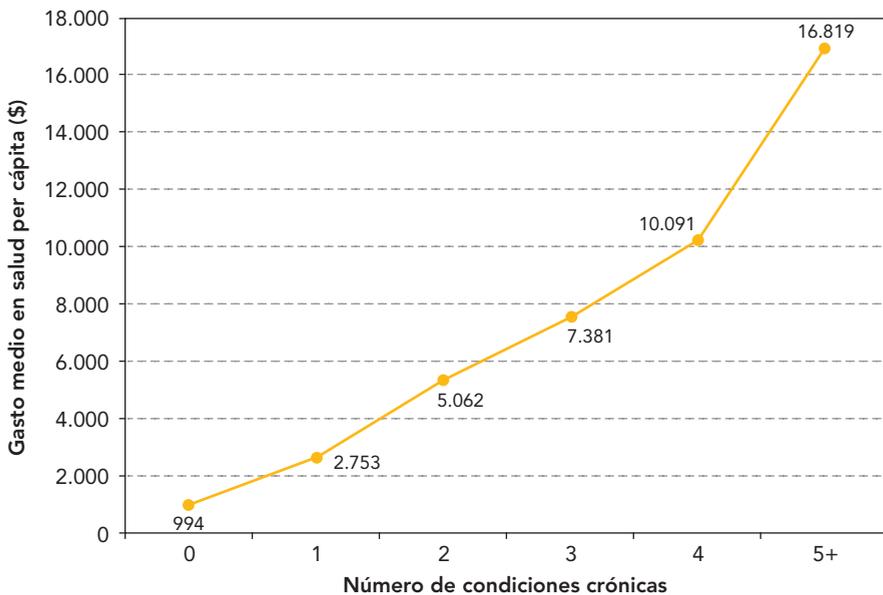
- Seguimiento especial de pacientes pluripatológicos, ya que son, con diferencia, los que más gastan (y los que más problemas de salud tienen).
- Papel activo de los pacientes, no enfoques muy orientados desde el proveedor, con protocolos solamente para el personal sanitario.
- Utilización intensiva de la tecnología para poder seguir el paciente a distancia.

¿Cómo encaja ésto en nuestro sistema sanitario? Con dificultad. Esto implica un gran cambio organizativo y cultural.

¿Qué nuevas competencias y perfiles profesionales son necesarios y dónde se ubicarían para mejorar la atención a los pacientes crónicos?

Sin duda, hacen falta nuevos perfiles, pero el gran cambio no lo veo tanto en perfiles como en actitudes, tanto de los profesionales como de los pacientes, y organizativo.

La idea fundamental es que el sistema sanitario no puede ofrecer solamente un seguimiento y unos cuidados discontinuos a los pacientes crónicos, ligados en general a las agudizaciones o descompensaciones, sino ofertar un seguimiento continuo, garantizando la máxima implicación y participación del paciente.



Fuente: Gerrad Anderson, November, 2007.

Fig. 1.

¿Cómo avanzar en la responsabilización y participación activa del paciente en el cuidado de su salud?

Es evidente que no hay estrategia de salud, con una alta prevalencia de pacientes crónicos, si no es con la máxima implicación de los pacientes.

¿Cómo se logra eso? En gran medida, el aumento del nivel cultural conduce naturalmente a eso.

No obstante, el sector sanitario debe ser un agente activo de esta transformación, fundamentalmente formando a los profesionales en las nuevas actitudes requeridas y facilitando el máximo de información a los pacientes.

¿Qué tipo de Hospitales, dispositivos y combinación de perfiles profesionales nos han de permitir atender mejor al creciente volumen de pacientes crónicos complejos y frágiles?

Hay una cosa clara: sólo un uso intensivo de las tecnologías de la información va a permitir esta transformación. Hay que tener en cuenta que el segui-

miento continuo de los pacientes crónicos no va a poder hacerse con el predominio de servicios presenciales que caracterizan hoy a los sistemas sanitarios. Sólo un énfasis en los hospitales virtuales, conexiones on line, comunicación médico-paciente mediante correo electrónico, sistemas de telemonitorización, sensores, la consideración del domicilio como centro fundamental de atención, etc... va a posibilitar este cambio.

¿Necesitamos nuevas fórmulas o estructuras organizativas para mejorar la integración/coordinación de procesos entre Primaria y Hospitales o nos sirven los actuales?

Obviamente, vamos a necesitar nuevas estructuras y no sólo por el reto que representan los pacientes crónicos. Pero el cambio trasciende con mucho la llamada coordinación Primaria y Hospitales. Al día de hoy, no sabemos muy bien lo que se va a seguir haciendo en los hospitales, lo que se hará en el nivel de Atención Primaria y lo que requerirá otros entornos asistenciales. Estamos asistiendo a una auténtica revolución asistencial.