

Implantación de un modelo de comunicación efectiva interprofesional como punto de partida para la contención de costes hospitalarios en Oncología

Uña Cidón E

Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

e-mail: aunacid@hotmail.com

Resumen

En un contexto en el que los tumores malignos se consolidan como uno de los problemas sociosanitarios de mayor relevancia en España, a causa de su elevada frecuencia y mortalidad y su imparable aumento del consumo de recursos y del gasto sanitario, es clave lograr fórmulas de gestión que permitan ejercer un control más exhaustivo sobre todos estos parámetros a corto plazo. En espera de complejas estrategias que aborden estos problemas de un modo integral, cobran importancia ingeniosas pautas organizativas y de gestión eficaz de la comunicación interprofesional y de educación al paciente oncológico como la propuesta en este proyecto, que por su sencillez y facilidad de implantación son más rápidamente generalizables y rentables.

Otra de las ventajas de estas sencillas estrategias es su aplicabilidad fundamental a aquellas unidades asistenciales con menor madurez organizativa y poca tradición de cultura de gestión, sirviendo así como punto de partida y catalizador para desarrollar la implicación de los profesionales en la autogestión en este campo y lograr que tomen conciencia de las ventajas de una optimización de los limitados recursos, con una orientación hacia el paciente.

Palabras clave: Comunicación efectiva, Cuidados integrados, Reducción de costes.

Implementation of a model of effective communication between professional as a starting point for the containment of hospital costs in oncology

Abstract

Nowadays malignant tumours have been consolidated as one of the most relevance social-health problems in Spain due to its high incidence and mortality and the growing increase of resources consumption. This is the reason why every measure taken to achieve more exhaustive control over all these parameters is relevant, specially those with good results in a short period of time.



Waiting for the best strategy to solve all these problems, clever measures able to organise and manage an effective communication between different professionals involved in the same patient care, and educate to cancer patients as it has been proposed in this project, are welcome, mainly those simplest and easiest to implement and cost effective. Another advantage of these simple strategies is its applicability to those critical care units with lower organizational maturity and short tradition in management culture. In this way these strategies could be used as a starting point to develop more interest among professionals, more awareness about the relevance of learning about self-management in this area and about the optimization of the limited resources focused on the patient.

Keywords: Effective communication, Integrated care, Cost control.

Introducción y justificación

En los últimos años, los tumores malignos se han consolidado como uno de los problemas sociosanitarios de mayor relevancia en España^{1,2}. Su elevada y creciente frecuencia y su mortalidad han hecho de esta patología un problema sanitario de primer orden que conlleva un aumento progresivo del consumo de recursos y del gasto sanitario³. La masificación de las consultas hospitalarias, el engrosamiento de las listas de espera, las necesidades específicas de los enfermos oncológicos, etc., han propiciado la importancia de la integración de otros profesionales y niveles asistenciales en la estructura organizativa de los nuevos modelos de gestión como principal vehículo de crecimiento en eficiencia asistencial y contable.

De hecho, este aspecto se recoge en la Estrategia del Cáncer del Sistema Nacional de Salud⁴, donde se propone que los pacientes oncológicos deben ser atendidos en el marco de un equipo multidisciplinario e integrado, con un profesional que actúe como referente. En este sentido se impone la necesaria colaboración interprofe-

sional para hacer frente a las necesidades específicas del paciente, y en esta labor ocupa un papel primordial el médico de atención primaria, que resulta indispensable en todas las fases evolutivas de la enfermedad⁵.

Por otro lado, otro problema preocupa a la sociedad actual y a las autoridades sanitarias: ¿Cómo hacer frente al creciente consumo de recursos y al imparable incremento de los costes asociados? Para obtener conclusiones que permitan mejorar la efectividad en el tratamiento de estos enfermos, es necesario desglosar el coste total en sus diferentes componentes para ponderar en qué proporción influye cada uno de ellos^{6,7}. Bajo este objetivo se ha realizado una evaluación de cada una de las partidas que componen el coste sanitario en Oncología, distinguiendo entre costes directos e indirectos. Los costes directos en este campo hacen referencia a tres partidas fundamentales: coste por ingreso, coste por atención ambulatoria y coste farmacéutico. De ellos, los ingresos hospitalarios son responsables de más de la mitad de los costes directos, y solo el 8% son atribuibles a fármacos⁷, mientras que otra proporción nada desdeñable co-



responde a la atención hospitalaria ambulatoria. Es en este contexto donde cobran especial relevancia todas las estrategias que permitan abaratar las áreas de mayor impacto en costes, dando mayor prioridad a aquellas que por su sencillez y facilidad de implantación son más rápidamente generalizables y rentables.

Hipótesis de trabajo

La estandarización de un modelo de comunicación recíproca con atención primaria es clave como punto de partida para mejorar la calidad de la asistencia al paciente oncológico^{8,9} y su satisfacción, optimizar los recursos disponibles y reducir los costes asociados. Esta sencilla estrategia pone de manifiesto la relevancia de la autogestión profesional de los recursos y la participación activa del paciente como parte integrante de los modelos de búsqueda de la excelencia en los cuidados al enfermo oncológico.

Objetivos

Los objetivos que persigue este trabajo son:

- Objetivos de calidad:
 - Disminución del número de visitas al especialista fuera de la agenda programada.
 - Disminución del número de visitas a Urgencias.
 - Mejoría en el grado y adecuación del cumplimiento terapéutico.
 - Optimización de la ratio de derivación entre los dos niveles

asistenciales: atención primaria y especializada.

- Mejoría de la ratio de tiempo del especialista por paciente.
 - Reducción de los tiempos de espera hasta la visita médica¹⁰.
 - Mejoría de la satisfacción percibida por el paciente.
- Objetivos de impacto:
 - Disminución del número de hospitalizaciones.
 - Objetivos de proceso:
 - Incremento de la resolutivez de los especialistas no oncólogos y reducción de la variabilidad en tiempos de estancia por enfermedades concurrentes similares.

Metodología

Punto de partida

Este proyecto consta de dos subproyectos de realización paralela.

En 2007 se inició un subproyecto consistente en:

- Elaboración de protocolos asistenciales de tratamiento sistémico específicos para cada patología tumoral, estadio patológico y finalidad del tratamiento.
- Discusión e implementación de los protocolos en nuestra unidad, con la participación activa de todos los miembros del equipo en la detección de puntos susceptibles de mejora e información inmediata para su corrección.

- Fase de implantación definitiva y estandarización de los protocolos.
- Revisión periódica para actualización.

Paralelamente al anterior, se llevó a cabo un segundo subproyecto que consistió en la realización de un estudio descriptivo y prospectivo a nivel ambulatorio (en una consulta de Oncología Médica de nuestra unidad) para conocer la situación real de nuestra unidad con respecto al número de visitas o ingresos considerados evitables. El periodo de estudio abarcó el segundo semestre de 2007 y el año 2008. Los resultados obtenidos se presentan en el Anexo 1 y en las Figuras 1-4.

Desarrollo del proyecto

Con estos datos globales, se decidió adaptar el formato recogido en los

protocolos asistenciales a las necesidades expuestas en nuestro estudio (necesidad de conocimiento por parte del resto de profesionales que intervienen en el cuidado integral del paciente oncológico de la situación de la enfermedad y del plan de tratamiento oncológico trazado, así como exposición de los efectos adversos esperables y las recomendaciones y circuitos de actuación ante cada uno de ellos). Se estandarizó un formato con una primera parte genérica con datos relativos a la filiación del paciente, edad, antecedentes personales de relevancia, tipo de tumor y estadio, tipo de esquema de tratamiento específico y fecha de inicio. La segunda parte refleja los nombres exactos de los fármacos, las dosis, el objetivo del tratamiento (inducción, complementario, paliativo, curativo), el número previsible de ciclos, el intervalo entre ciclos y las recomendaciones que seguir en

Figura 1. Motivos de las consultas no programadas

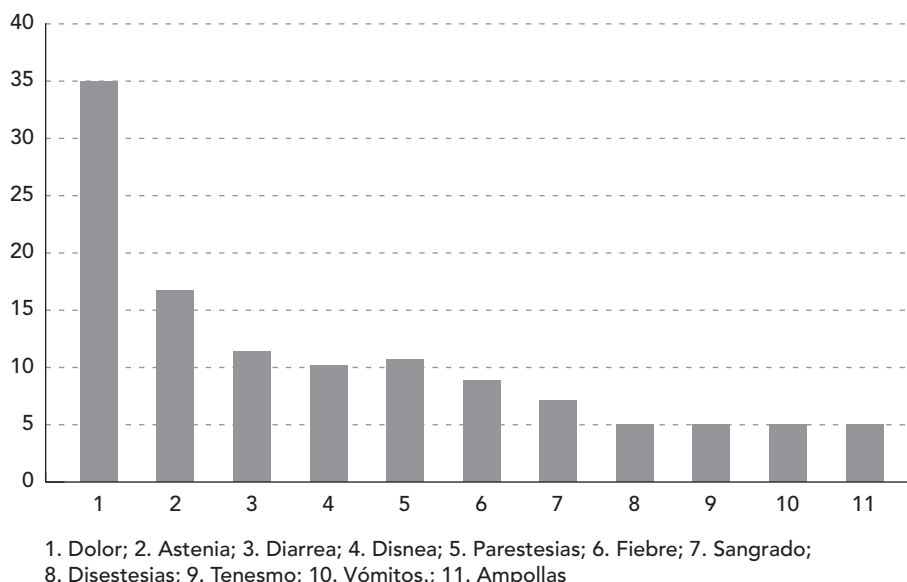




Figura 2. Sexo de los pacientes que consultan fuera de fecha

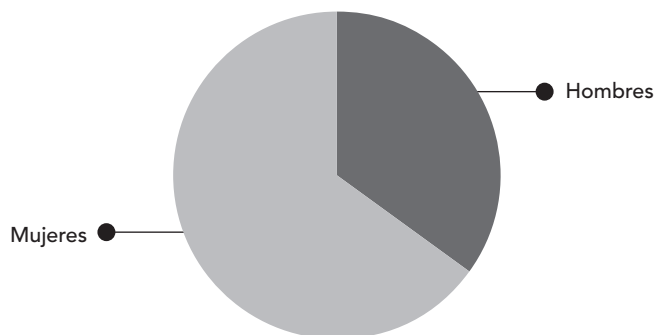


Figura 3. Tipo de tumor que consulta con mayor frecuencia

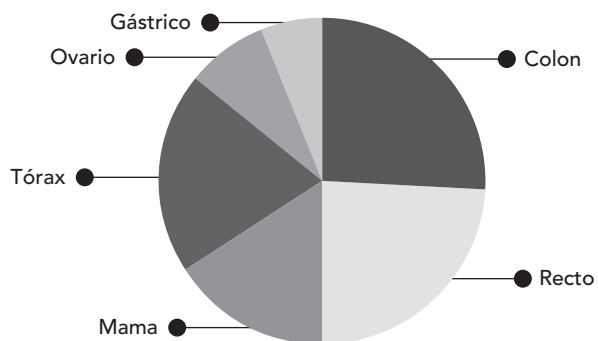
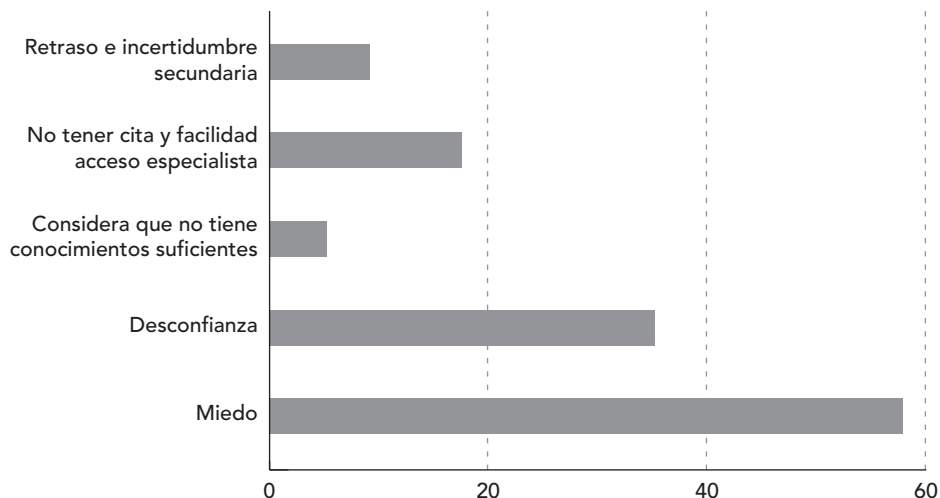


Figura 4. Motivos aludidos para evitar la consulta con Atención Primaria



caso de aparición de los efectos secundarios más frecuentes, así como en qué casos se aconseja acudir a urgencias o al médico de atención primaria, y en cuáles se deberá contactar con el equipo oncológico de referencia.

En este formato el especialista únicamente debe rellenar los huecos adaptados para cada paciente, explicar de un modo sencillo el tratamiento y entregar una copia al paciente y otra en sobre cerrado para recabar la colaboración del médico de atención primaria, donde puede constar el número de contacto telefónico para el acercamiento virtual entre ambos niveles asistenciales. Por otro lado, en aquellos casos de pacientes de alto riesgo de consultas no programadas se ha facilitado de una forma abierta la posibilidad también de contacto telefónico. El proyecto se ha implantado en la misma consulta de Oncología Mé-

dica y está en fase de monitorización de los resultados.

Resultados intermedios

Desde la implantación del protocolo asistencial de información a paciente y equipo de atención primaria, se han valorado 185 pacientes nuevos. Aunque el perfil de tumores se ha modificado parcialmente para pasar a atender más casos de cáncer colorrectal (que es el tipo de tumor que más consultas no programadas genera), se ha observado una reducción considerable del número de visitas al especialista (40 casos, 21%) y también del número de ingresos en planta desde Urgencias (el 15% de los pacientes refirió haber acudido a Urgencias; de ellos, solamente ingresó el 42% [11 pacientes], y solo el 18% de ellos se consideró evitable). De esta



forma, se ha conseguido optimizar la utilización de los recursos hospitalarios en los pacientes oncológicos. Los datos revelan que este proyecto logra reducir un 33% los ingresos hospitalarios, y un 74% los ingresos evitables. También se reduce de forma considerable el volumen de pacientes que acuden a Urgencias (50%). Teniendo presente que en cada paciente que acude a Urgencias se realizan una serie de pruebas complementarias dentro de un protocolo de actuación, lo que conlleva importantes gastos sanitarios, estos se verán reducidos paralelamente a la reducción de las visitas.

De entre los pacientes que consultan fuera de programación, la mediana del número de consultas se ha reducido a uno (rango de 1-3), y también se ha objetivado una reducción del tiempo de consulta de los 25 minutos previos a los 10-12 minutos actuales, al facilitarse cualquier decisión con el informe que aporta el paciente. Por otro lado, también se ha observado una mayor confianza depositada por el paciente en el equipo de atención primaria, al que hace partícipe de la toma de decisiones sobre su enfermedad y tratamiento. Existe además una clara percepción del cambio de mentalidad en los pacientes, que comienzan a entender la necesidad de la multidisciplinariedad como base para la excelencia en su tratamiento. Por otro lado, la posibilidad del contacto telefónico ha contribuido a la reducción de los niveles de estrés e incertidumbre, sin que se haya visto un abuso de esta vía para evitar la visita no programada al especialista y olvidar la atención primaria. En el momento de recoger estos datos, la media de pacientes atendidos a la semana es de uno, y de 0,21 al día. De esta forma, se ha observado un


incremento del tiempo efectivo estimado para el especialista (72 minutos a la semana y 14,6 minutos al día frente a las pérdidas del tiempo observadas en el estudio anterior) que, aunque *a priori* no es muy significativo, no debe olvidarse que estos datos están infravalorando el problema real de exceso de volumen de consultas no programadas, dado que se han evaluado exclusivamente los datos para pacientes nuevos en el periodo prefijado.

El estudio pretende completarse al lograr un volumen de pacientes similar al obtenido en el estudio observatorio, y se ampliará a los pacientes que ya se encuentran en tratamiento o en seguimiento previo, realizando protocolos adaptados a sus necesidades con copia para entregar al equipo de atención primaria.

Discusión y conclusiones

En espera de la generalización de la historia clínica informatizada, que permitirá un acceso rápido y completo a todos los profesionales implicados en los cuidados integrales del enfermo oncológico, y que garantizará de un modo efectivo y real la comunicación activa entre diferentes niveles asistenciales y profesionales, se hace absolutamente indispensable la búsqueda de fórmulas ingeniosas de gestión de la comunicación con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y la satisfacción del enfermo, y de optimizar los recursos disponibles reduciendo los costes asociados.

Es en este contexto donde cobran relevancia nuevas estrategias organizativas y de gestión eficaz de la comunicación y educación al paciente oncológico, como la propuesta en



nuestro trabajo, que por su sencillez son aplicables fundamentalmente a aquellos servicios o unidades de reciente creación y desarrollo, para lograr así optimizar de forma paulatina la asistencia.

Bibliografía

1. Alcalde Escribano J, Grávalos Castro C, Rodríguez Dapena S, Martínez Puello JI, Castells Armenter V, Rodríguez Cuéllar E et al. Estudio del proceso "Carcinoma de Colon en cirugía programada". Rev de Calidad Asistencial. 1999;14:265-72.
2. Casas Fernández de Tejerina AM. Gestión de la Atención Oncológica del Futuro: El camino hacia una asistencia integral humanizada. Real Academia de Medicina de Sevilla; 31 de Enero de 2008.
3. Antoñanzas F, Oliva J, Velasco M, Zozaya N, Lorente R, López Bastida J. Costes directos e indirectos del Cáncer en España. Cuadernos Económicos de ICE. 2003;72.
4. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
5. Marco estratégico para la mejora de la atención primaria del siglo XXI. Ministerio de Sanidad y Política Social. Proyecto AP 21; 2009.
6. Antoñanzas F, Oliva J, Velasco M, Zozaya N, Lorente R, López Bastida J. Los costes derivados del cáncer. Producción de Servicios Sanitarios: ¿más es mejor? XXVI Jornadas de Economía de la Salud. Toledo; 23-26 de Mayo de 2006.
7. El Cáncer en España.com. Documento elaborado por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM); 2010.
8. Sánchez Bernal R, Sanado Lamprea LA, Orlo Coca I, Fernández de Corres Aguiriano B, Rodríguez Herrera C. ¿Es posible satisfacer expectativas, reducir ineficiencias y mejorar la calidad a través del rediseño de un proceso? Rev de Calidad Asistencial. 1999;14:255-8.
9. Valentín V, Murillo MT, Valentín M, Royo D. Cuidados Continuos. Una necesidad del paciente oncológico. Psicooncología. 2004;1(1):155-64.
10. Ballenato Prieto G. Gestión del tiempo en busca de la eficacia. Colección: Libro Práctico. Ediciones Pirámide.



Anexo 1. Desarrollo del estudio descrito

Se consideraron elegibles los pacientes nuevos valorados en primera visita a lo largo de ese periodo. Se pretendía conocer:

- La razón de pacientes oncológicos que consultan de forma no programada con respecto al total de valorados.
- La razón de consultas no programadas con respecto al total de consultas.
- Los motivos de consulta no programada.
- El estudio descriptivo de las características demográficas/tumorales/personales de los pacientes que consultan fuera de fecha.
- La razón de enfermos que acuden a Urgencias por iniciativa propia con respecto al total de enfermos oncológicos valorados en primera visita en ese periodo.
- El porcentaje de ingresos hospitalarios en planta oncológica considerados evitables con respecto al total de ingresos de pacientes oncológicos valorados en dicho periodo.
- Los motivos que los pacientes exponían como justificación para no consultar previamente con el médico de Atención Primaria.
- El tiempo medio empleado en resolver una consulta no programada.
- Los motivos que impulsan al ingreso desde Urgencias en los casos que posteriormente se consideraron evitables.

El estudio se realizó sobre un total de 276 pacientes. Consultaron de forma no programada el 68% (un 36% con respecto al total de consultas). La mediana de consultas no programadas por paciente fue de 2 (rango 1-5). Se constató que el tiempo medio empleado para resolver una consulta no programada era superior al tiempo medio de resolución de las consultas programadas de revisión (25 minutos frente a 10-15 minutos). Se estimó que la media de pacientes atendidos al día de forma no programada en una consulta de Oncología Médica era de 0,67, lo que equivale a 3,35 pacientes a la semana (84 minutos a la semana, 17 minutos al día). Estas cifras están infravaloradas con respecto a la realidad, dado que en nuestro estudio se consideraron exclusivamente los enfermos valorados como nuevos; no se contabilizaron los enfermos que se encontraban en seguimiento o tratamiento comenzado con anterioridad.

Un 30% (83 pacientes) de los casos valorados en primera consulta acudieron directamente a Urgencias en alguna ocasión y, de ellos, el 63% (52 pacientes) ingresó en planta, si bien 36 casos (69%) se consideraron evitables. De todos los pacientes que consultaron de forma no programada, el 50% padecía cáncer colorrectal, seguido por cáncer de mama en un 18%.

La principal limitación con la que se encuentra el médico de Urgencias a la hora de tomar la decisión sobre el ingreso hospitalario es la ausencia de información actualizada sobre la enfermedad y el plan de actuación trazado con respecto a la patología del enfermo en concreto. Este punto es exclusiva responsabilidad del oncólogo médico de referencia del paciente dentro de su equipo multidisciplinario. Por otro lado, se objetivó que la mayoría de los pacientes que visitaron en fecha no programada aseguraba no haber consultado previamente con su médico de Atención Primaria por "miedo" al desconocimiento que este tenía sobre la situación y el plan de tratamiento oncológico (45%).
