

Enfermos crónicos

El gran desafío para los sistemas sanitarios

Óscar Giménez



La gran extensión y el tremendo impacto de las enfermedades crónicas constituyen actualmente uno de los mayores retos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios de todo el mundo, especialmente en los países desarrollados. Sin embargo, también es cierto que la situación que vivimos es el precio que debemos pagar por el éxito de haber aumentado la esperanza de vida de la población, así como sus condiciones de vida. El progreso médico y el mayor bienestar de las últimas décadas han traído de la mano un progresivo envejecimiento de las sociedades y, lógicamente, una mayor cantidad de enfermedades asociadas a la edad avanzada.

En España, sin ir más lejos, la esperanza de vida al nacer ha aumentado en 12-13 años en el último medio siglo. Datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) muestran que en 1960 la esperanza de vida masculina en nuestro país era de 67 años y la femenina de 72, cifras que actualmente se sitúan por encima de los 79 y los 85, respectivamente. Vacunas, higiene, educación, potabilización del agua, así como mejoras terapéuticas, sociosanitarias o nutricionales constituyen un conjunto de factores positivos que han prolongado la supervivencia de nuestra población y sus condiciones de vida.

Por este motivo, puede entenderse la gran prevalencia de las enfermedades crónicas como un efecto colateral de otros éxitos. Es verdad, pero sólo hasta cierto punto, puesto que muchas enfermedades crónicas no están relacionadas únicamente con el envejecimiento, sino también con hábitos de vida no saludables, caso del tabaco, el sedentarismo, la dieta inadecuada o el alcohol, por citar unos pocos ejemplos.

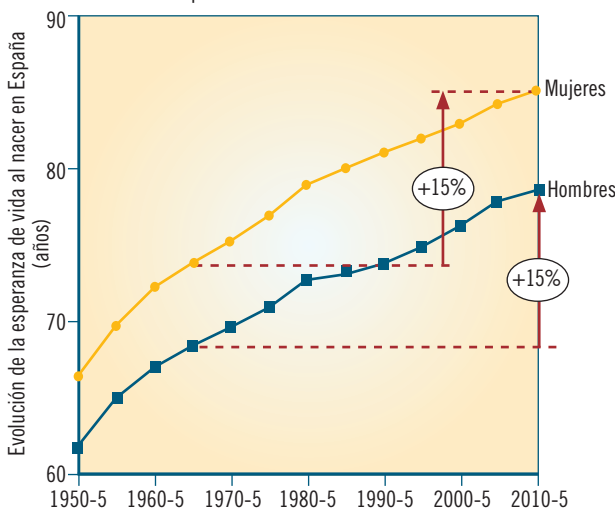
Extensión y costes

Hace unas semanas se presentó en Madrid el Informe Cronos, titulado «Hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos», elaborado por The Boston Consulting Group y en el que han colaborado destacados expertos en el ámbito de la atención a la cronicidad.

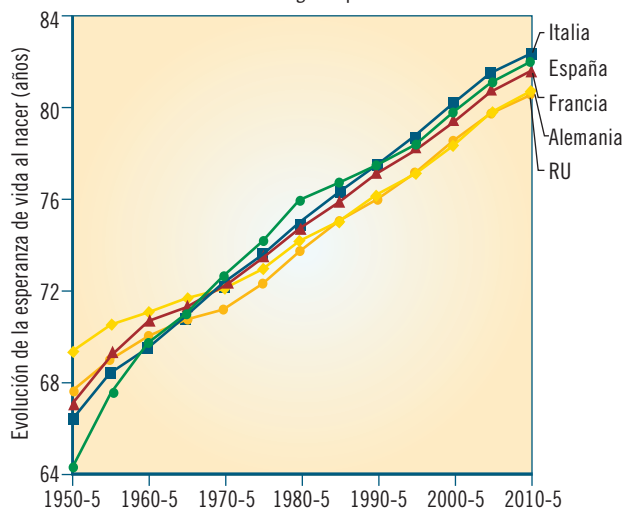
Uno de ellos es Joan Escarrabill, director del Programa de Atención a la Cronicidad del Hospital Clínic de Barcelona, quien subraya que la alta prevalencia de enfermedades crónicas puede verse como un éxito, dado que significa «haber superado las enfermedades agudas que causaban una mortalidad muy importante y haber conseguido alargar la vida en condiciones razonablemente buenas». Sin embargo, también incide en su relación con

Actualmente hay en España más de 19 millones de personas con enfermedades crónicas, enfermedades que causan cada año más de 300.000 fallecimientos y que representan el 75% del gasto del Sistema Nacional de Salud. Para los expertos, hacer frente a esta situación implica cambios profundos en el sistema sanitario

La esperanza de vida ha aumentado ~15% en España en los últimos 50 años...



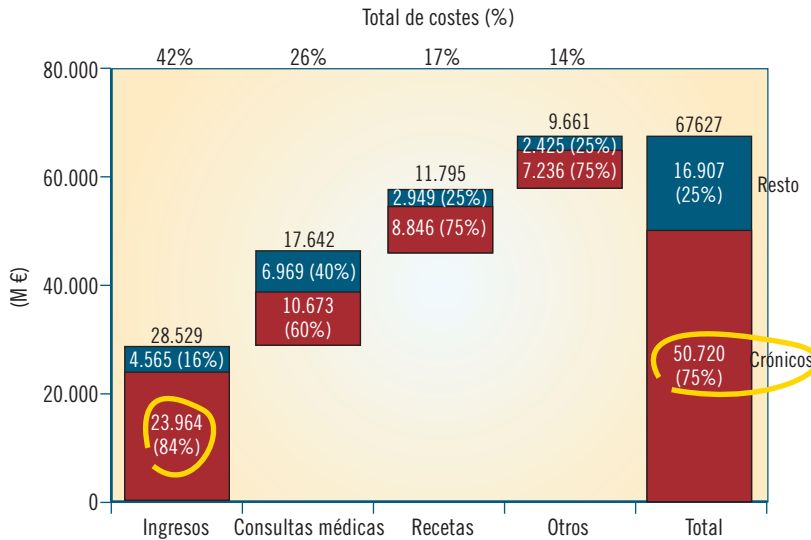
...haciendo que España esté en segunda posición (tras Italia) en el ranking europeo



Fuente: World Population Prospects: 2012 Revision, United Nations Population Division. Extraído del Informe Cronos.

EN PORTADA

El gran desafío para los sistemas sanitarios



Análisis de costes sanitarios por tipo de paciente (crónico frente al resto) para los gastos reales públicos de salud en 2011. En la figura se aprecia cómo los ingresos hospitalarios de enfermos crónicos representan la mayor parte de los costes sanitarios, muy por encima de las consultas médicas y la farmacia. Fuente: Plan de crónicos del País Vasco; Plan de crónicos de la Comunidad Valenciana; Cuentas MSPS 2011; análisis BCG. (Imagen extraída del Informe Cronos).

estilos de vida poco saludables y, por lo tanto, en la posibilidad de prevenirlas: «Si practicáramos ejercicio regularmente, si vigiláramos la dieta y si no fumáramos, la carga de las enfermedades crónicas sería menor».

El Informe Cronos señala que, en el mundo, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son responsables del 60% de las muertes. En total, 36 millones de personas fallecen anualmente en el planeta a causa de enfermedades crónicas. De ellas, más del 70% son mayores de 60 años.

Se estima que en España afectan a más de 19 millones de personas (casi 11 millones mujeres), su prevalencia se concentra en la población mayor de 55 años y aumenta con la edad. En nuestro país provocan más de 300.000 muertes cada año, cifra que representa más del 90% de las defunciones.

El informe también analiza la carga económica que estas patologías representan para el sistema sanitario. Indica que en 2011 consumieron aproximadamente el 75% de los recursos del SNS. Asimismo, en el documento se hace una

estimación de futuro en la que se cifra el gasto que supondrán las enfermedades crónicas en 2020 para nuestro sistema en 78.000 millones de euros, un 45% más que en la actualidad. Pero eso sería en un escenario que mantuviera las cosas igual que hasta ahora. En el caso de cambiar el modelo de atención a la cronicidad, adoptando uno basado en resultados y en un uso más eficaz de los recursos disponibles, la cifra mencionada se podría rebajar en unos 8.000 millones.

Para Joan Escarrabill, está claro que una parte muy importante del gasto sanitario se relaciona con las enfermedades crónicas. Sin embargo, puntualiza que «no hay que confundir el hecho de que representen una parte importante del gasto con el hecho de que mejorando la atención a los enfermos crónicos vayamos a reducir el gasto en sanidad. El gasto en sanidad no se va a reducir en ningún país del mundo. Se va a intentar contener o que crezca poco, pero lo que debe decidirse es cómo utilizar apropiadamente los recursos. Si atendemos mejor a los enfermos crónicos, seguro que una parte del “ahorro” se podrá dedicar a la atención a otros problemas de salud».

Cambio de modelo

Los primeros capítulos del Informe Cronos son una valoración de la extensión de las enfermedades crónicas en España y de su impacto económico. Uno de los aspectos más interesantes de este documento es que describe una serie de experiencias, tanto en España como en otros países, que han obtenido éxito a la hora de abordar la atención a la cronicidad, resaltando que no existe una única fórmula que sea válida en todos los contextos.

En cualquier caso, los expertos coinciden en la necesidad de cambiar el modelo actual, algo que ya se está haciendo en algunas partes de España. De entrada, el Ministerio de Sanidad ya publicó en 2012 la Estrategia Nacional para el Abordaje de la Cronicidad, en la que se exponen objetivos y recomendaciones que permitirían orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población. «Estas iniciativas tienen una primera función muy importante que es llamar la atención –comenta el director del Programa de Atención a la Cronicidad del Hospital Clínic–. Una estrategia de este tipo sirve para plantear objetivos a medio o largo plazo. Sin embargo, la realidad se transforma en los servicios de salud y en la primera línea. Se transforma con la provisión de servicios, no sólo con las estrategias. A veces puede existir confusión al pensar que la estrategia es la que lleva la planificación del servicio y no es así.»

Por otro lado, algunas comunidades autónomas han tomado cartas en el asunto considerando una prioridad la gestión a la cronicidad e implantando iniciativas dirigidas a mejorar los resultados de salud y la calidad de la prestación sanitaria y a hacer un uso más eficiente de los recursos disponibles. El Informe Cronos muestra que se trata de iniciativas «basadas en la prevención, la integración y la coordinación de los elementos de la cadena sanitaria, la continuidad asistencial y el paciente informado y comprometido con su enfermedad».

En definitiva, el documento propone un cambio de paradigma en el enfoque de

EN PORTADA

El gran desafío para los sistemas sanitarios

	Proactividad del sistema y de los pacientes	Foco en resultados de salud de la población	Gestión del conocimiento y de los SSII	Incentivos asociados a resultados	Integración de la prestación sanitaria
5	PROMs usados proactivamente para mejorar resultados del sistema y pacientes	Resultados que importan a las personas, priorizados según los objetivos individuales	Datos longitudinales agregados publicados en un formato admitido por todos los proveedores	Capitación total con controles de calidad; pagos basados en los resultados	Integración de datos de recursos y clínicos de la red de proveedores; los pacientes co-diseñan el servicio
4	Pacientes capacitados para el autocuidado	Enfoque en la prevención y el bienestar; objetivos ajustados según el riesgo del paciente	Resultados prácticos compartidos; seguimiento integrado en el flujo de trabajo clínico	Compartición de ahorros y riesgos; fuerte competencia profesional	Plan de atención médica y transiciones gestionadas
3	Vínculo entre hospitales/ clínicas y el sistema social en datos y herramientas	Similares a los de otros proveedores y alineados con las mejores prácticas mundiales	Conclusiones resumidas y en tiempo real; resultados compartidos con el pagador y el personal médico	Compartición sólo de ahorros; primas al personal	Personal médico capacitado para ajustar las intervenciones para mejorar los resultados
2	Herramientas y guías desarrolladas para identificar oportunidades de ser proactivo	Incorporación de la experiencia del paciente en los objetivos	Indicadores clínicos relevantes que vinculan la evidencia con los resultados	Pagos agregados con controles de calidad de los episodios	Reuniones multidisciplinares; todos los miembros del equipo dan el máximo
1	Visión global básica de los pacientes crónicos a nivel del sistema	Resultados clínicos básicos usados a nivel local	Medidas administrativas; poca transparencia; sólo evaluación resumida	Primas por desempeño sumadas a honorarios por servicio o pagos en bloque	Compartición electrónica básica de datos entre los proveedores
0	Sin datos o herramientas para ser proactivo	Sin resultados objetivos	Sin indicadores que permitan extraer conclusiones	Sólo pagos por actividad	Prestación descoordinada de elementos del servicio

Los cinco pilares básicos del modelo propuesto en el Informe Cronos. Fuente: Informe Cronos. The Boston Consulting Group.

la cronicidad, utilizando un modelo basado en maximizar el valor de la prestación sanitaria -ofrecer los mejores resultados sanitarios posibles para un nivel de gasto determinado- y situando al paciente en el centro del sistema.

Cinco pilares

Para Joan Escarrabill, la última parte del Informe Cronos es la más interesante, «pues es donde se habla de la idea de valor». «El objetivo final es aumentar el valor para el paciente –añade-, que es un cociente muy simple entre los resultados y el coste. Si queremos aumentar el valor para el paciente debemos maximizar los resultados, que es el numerador.»

Según los expertos, como refleja el documento, el citado cambio de paradigma debe sustentarse sobre cinco pilares básicos. El primero de ellos es la **proactividad del sistema y de los pa-**

cientes. Se basa en el uso de herramientas predictivas para que los profesionales puedan intervenir de una manera eficiente en función de cada tipo de enfermo. De esta manera, se busca evitar el deterioro de los resultados de salud, y contar con pacientes activos, conocedores de su enfermedad y que sientan la responsabilidad de gestionarla adecuadamente en su ámbito.

«Es un elemento clave –afirma Escarrabill–. Cuando se abordan las enfermedades agudas es suficiente con ser reactivo, estar preparado para dar respuesta a quien llama a la puerta. Es algo que nuestro sistema hace bien. Nos han formado para ello. En cambio, con las enfermedades crónicas, el elemento clave consiste en adelantarse, en ser capaces de prever qué pacientes van a tener más necesidades o más riesgos. Éste es el concepto de proactividad.

Tenemos que conocer las necesidades de la población y, en lugar de atender al primero que llama a la puerta o por orden alfabético o por edad, hay que ir a buscar a aquel grupo de pacientes que puede beneficiarse de la intervención.»

Este experto explica que la proactividad incluye varios elementos. Entre ellos, la gestión de la enfermedad por parte del paciente es básica: «Desde un marco teórico, imaginemos que el sistema pudiera ir a visitar al paciente cada día a su domicilio, pero lo hiciera solamente 5 minutos. ¿Que haría el paciente las 23 horas y 55 minutos restantes? Suponiendo que se produjera esa intervención, no es óbice para que el paciente no tenga necesidad de cuidarse a sí mismo y de disponer de la suficiente información para seguir adecuadamente un tratamiento prescrito y para detectar una posible descompensación. Se trata

de un elemento clave en el que el sistema de información, la estratificación y la participación del paciente representan una combinación de elementos que nos pueden ayudar a ser proactivos».

El segundo pilar consiste en la **focalización en los resultados de la población**, tomando como objeto de gestión una población determinada y teniendo como objetivo primordial que los resultados de salud sobre ella mejoren (tanto en esperanza y calidad de vida como en calidad percibida de la asistencia prestada) con ayuda de los recursos disponibles, lo que es esencial para la sostenibilidad y calidad del sistema. Se trata de otro elemento fundamental para Joan Escarrabill: «Tenemos la tendencia de focalizarnos en procesos en lugar de en resultados. Está claro que sin un proceso bien estructurado es difícil alcanzar buenos resultados, pero no nos podemos quedar ahí. El objetivo es conseguir resultados que interesen al paciente. Tal como está planteado, este segundo punto en el Informe Cronos introduce otro concepto extraordinariamente importante: tenemos responsabilidades con los pacientes y tenemos responsabilidades con la población. Los sistemas sanitarios deben atender a las personas, pero no pueden olvidar, paralelamente, que hay que mejorar las condiciones de la población, promover los hábitos saludables... Una cosa no es incompatible con la otra. Son dos perspectivas que deben ir unidas, no separadas».

La gestión del conocimiento y de los sistemas de la información es el tercer pilar. Implica compartir experiencias entre profesionales con el objetivo de identificar las mejores prácticas y el aprendizaje mutuo, y aprovechar todas las oportunidades que brindan las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). «Si nos sentimos responsables de una población, no podemos manejarla desde un punto de vista analógico –declara Escarrabill–. Eso no se puede hacer con papel y lápiz. Necesitamos sistemas de información para estratificar a la población, para identificar a las personas con mayor riesgo, para recoger todos los datos clínicos de los pacientes,

para introducir telemedicina... Debemos ser tecnológicos para hacer todo esto. De otra manera es imposible.»

El cuarto punto clave mencionado en el Informe Cronos es la **integración y coordinación de la prestación sanitaria**. El modelo del futuro pasa por reorganizar los procesos para centrar la asistencia en las necesidades del paciente de una forma sostenible, potenciando la atención primaria y los equipos multidisciplinares de salud. «Integración es una palabra con la que todo el mundo está de acuerdo –señala el citado experto–. Las



discusiones residen en el cómo. Una de las críticas más importantes que se hacen al sistema sanitario es la fragmentación. Gráficamente se dice que la sanidad parece un conjunto de silos, concebidos como las estructuras más herméticas que se construyen. No podremos avanzar en la atención a la cronicidad si seguimos trabajando con silos. Estamos condenados a buscar algún mecanismo de cooperación, coordinación o integración. Se pueden buscar diversas fórmulas. No hay una fórmula única, pero el concepto debe promoverse. ¿Cómo? No tengo la fórmula mágica ni la varita, pero seguramente una buena manera de empezar a avanzar en integración es promover las relaciones entre profesionales y sacando a cada uno de su silo o de su despacho.»

Finalmente, el quinto pilar son los **incentivos asociados a resultados**. Implicaría desarrollar indicadores asociados a los resultados de salud de la población y la calidad de la prestación sanitaria, compartiendo objetivos de mejora entre ámbitos asistenciales. En opinión de Joan Escarrabill, «se trata de una idea que puede resultar algo chocante –dice–, pero pienso que el sistema sanitario debería buscar un mecanismo que promoviera el reconocimiento, la recompensa o el incentivo en función de los resultados obtenidos, cuando clásicamente se ha hecho en función de la actividad. Existen experiencias en este sentido. Por ejemplo, en atención primaria hay incentivos asociados a la calidad de la prescripción. Además, es un elemento relacionado con el pilar anterior, ya que los incentivos deberían favorecer la integración. Si la atención primaria y la especializada tienen objetivos distintos será muy difícil que se integren».

Reto de futuro

El peso de las enfermedades crónicas es cada vez más elevado y podría llegar a ser insostenible para nuestros sistemas de salud. Ser conscientes de la necesidad de cambiar el modelo existente ya es un paso importante. «El correcto afianzamiento de estos cinco pilares dotaría al sistema de la estructura básica necesaria para afrontar el reto de la cronicidad, desarrollar iniciativas concretas en diferentes áreas y mantener la adaptabilidad necesaria para rápidamente incorporar potenciales innovaciones disruptivas que se prevé ocurrirán en el futuro», se señala en el informe.

Joan Escarrabill reconoce que queda mucho por hacer, pero no se muestra pesimista. «Se ha producido un cambio de actitud importante –subraya–. Por ejemplo, en mi hospital hay mucha gente que tiene muy claro el tema de la participación o el tema de la transferencia de recursos a la comunidad. Esto no ocurría hace 10 o 15 años. Por lo tanto, creo que vamos mucho mejor que antes y que el camino está bien enfocado, lo cual no significa que esté exento de dificultades.» ■

“Aumentar la supervivencia y la calidad de vida y reducir el tiempo de discapacidad son éxitos, no fracasos”



Joan Escarrabill

Director del Programa de Atención a la Cronicidad.
Hospital Clínic. Barcelona.

–¿Qué factores han contribuido a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas?

–Antes que hablar de factores, habría que hablar de aspectos positivos. Que haya enfermedades crónicas significa haber superado las enfermedades agudas que causaban una mortalidad muy importante y haber conseguido alargar la vida en condiciones razonablemente buenas. Por lo tanto, el hecho de que aumenten las enfermedades crónicas habría que contemplarlo como un éxito del estado del bienestar y no tanto como un problema negativo. Es cierto que el hecho de tener muchos pacientes con enfermedades crónicas plantea retos al sistema sanitario. Sin embargo, es necesario insistir en el hecho positivo de que aumentar la supervivencia y la calidad de vida y reducir el tiempo de discapacidad son éxitos, no fracasos.

–¿El coste sanitario atribuible a la cronicidad va en aumento?

–El hecho de que el coste vaya o no en aumento depende de la forma de pago. Yo diría que se ha producido un inicio de transformación de los hospitales en busca de alternativas al ingreso. No sé si esto es más caro o más barato. Depende de cómo lo contemos. En comparación con la estructura de los hospitales de hace diez años, ahora los propios hospitales han desarrollado la hospitalización a domicilio, hospitales de día, consultas de resolución rápida, apoyo a la atención primaria a la comunidad, etc. Esto es lo relevante. No tiene sentido discutir si hay más o menos ingresos si no hay alternativas. El primer paso es disponer de esas alternativas al ingreso hospitalario, y el segundo, comprobar si funcionan y qué es lo que podemos reordenar.

–¿Cree que los sistemas sanitarios siguen centrándose excesivamente en la atención a los procesos agudos?

–Toda la educación médica, toda la estructura de abordaje de los problemas sanitarios, ha estado en función de los pacientes agudos. Pero esta metodología de abordaje no es apropiada para abordar las enfermedades crónicas. El hecho de que constatemos esta afirmación

no significa que los médicos y las estructuras sanitarias estuvieran en el limbo, sino que trabajaban en una situación en la que debían resolver problemas agudos y toda su maquinaria estaba enfocada a ellos. Ahora sabemos que no es suficiente. Afrontar los problemas crónicos requiere otro enfoque y ése es el reto que tenemos. En el futuro probablemente tendremos que hacer las dos cosas, seguir resolviendo bien los problemas agudos y atender adecuadamente a los enfermos crónicos con herramientas y métodos distintos.

–También se ha dicho que ha sido un sistema más centrado en las enfermedades que en las personas. ¿Qué opina?

–Pienso que es cierto. Y ello deriva de que el problema agudo deja poco margen a la deliberación y al contexto. En el caso de las enfermedades crónicas, el tratamiento único y perfecto no existe. Su abordaje es muy complicado y el tratamiento debe adaptarse a las necesidades del paciente y a su contexto. En este sentido, la opinión del paciente tiene un papel muy importante. Es normal que al tratar un proceso agudo los médicos se centren en la enfermedad. Lo que es un error es abordar las enfermedades crónicas desde la perspectiva de la enfermedad y no del paciente.

–¿Diría que las enfermedades crónicas representan el principal desafío para los sistemas sanitarios de los países occidentales?

–Sí. De los occidentales y de los no occidentales. Las enfermedades crónicas son el reto de estos momentos. La Asamblea General de las Naciones Unidas se reunió en noviembre de 2011 para hablar precisamente de enfermedades no transmisibles. Fue la segunda vez en toda su historia que se celebraba una reunión de este tipo, tras la que se celebró sobre el SIDA. Por lo tanto, las enfermedades crónicas representan un problema de gran magnitud, pero sobre todo representan una oportunidad para introducir cambios profundos en los sistemas sanitarios. ■