

## Editorial

## El reto de la cronicidad en España: mejor transformar que racionar



## The challenge of chronicity in Spain: better transform rather than ration

Rafael Bengoa Rentería

Deusto Business School Health, Universidad de Deusto, Bilbao, España

## Introducción

Se comprende que no es ni será fácil en España atender una de las mayores tasas de envejecimiento y cronicidad de Europa, ni cambiar la tendencia que confirma que el 91,3% de la mortalidad en nuestro país se debe a enfermedades crónicas<sup>1</sup>. Tampoco será fácil frenar el crecimiento de la obesidad en adultos y niños, que significará aún más diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer; ni lo será poder atender al creciente número de españoles con demencia senil y alzhéimer. En definitiva, nos enfrentamos a más enfermedades crónicas y a mayores tensiones para la sostenibilidad de la sanidad.

En cuanto a la financiación, se estima que en un escenario de inacción el presupuesto sanitario deberá crecer en torno a un 45% hasta 2020<sup>2</sup> para atender a la demanda asistencial, lo cual no parece viable, y aunque crezca algo, no servirá para atender a las necesidades de los crónicos. Sólo una transformación ordenada del modelo asistencial permitirá contrarrestar esta tendencia que está conduciendo a la insostenibilidad de la sanidad pública.

Aunque en España se ha interiorizado en los últimos años la necesidad de atender al reto de la cronicidad de una forma diferente, tanto en el ámbito clínico como en el directivo y político, esto no significa que se haya pasado a la acción con suficiente energía y liderazgo. El problema más importante no es la magnitud del reto, sino la falta de respuesta actual. En el País Vasco, en 2010 se elevó este reto al ámbito de la política sanitaria y hoy en día varias comunidades autónomas han desarrollado una estrategia para abordar la cronicidad. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad elaboró en 2012 una *Estrategia de Cronicidad*<sup>3</sup>, y varias sociedades científicas han promovido la *Declaración de Sevilla* sobre los pacientes crónicos<sup>4</sup>. Sin embargo, esto no es suficiente si no se actúa de manera más decidida y se acelera el paso de la transformación.

## Falta de liderazgo transformador

Últimamente se ha «liderado» en la sanidad con multitud de acciones de recorte lineal del gasto, pero no se ve el mismo entusiasmo por liderar la necesaria transformación del sistema sanitario para orientarlo a la gestión del paciente crónico. Esto es curioso, ya que la evidencia indica que el principal potencial de ahorro y de mejora de la calidad en la sanidad yace en la transformación del modelo.

Hay numerosas razones para esta falta de liderazgo transformador. La razón principal es estar «atrapados» en un modelo mental de lo que es la medicina: una medicina centrada en el rescate, en lo

agudo, en atender el episodio. Hasta cierto punto es lógico, ya que en las facultades de medicina no se explica otra cosa y no hay más que ver la profusión de mastodónticos hospitales de tercer nivel. Esta profusión de hospitales no sólo no responde al patrón epidemiológico de los años venideros, sino que, de abrirse, crearán un desequilibrio presupuestario en varias comunidades autónomas.

Además, no es únicamente el modelo asistencial el que está centrado en una lógica de rescate, pues la lógica política está también atrapada en ella. Los responsables políticos han caído en esa lógica de inmediatez «rescatando» a la sanidad. Atienden prácticamente en exclusividad los problemas de la sanidad «agudos», pasando de una crisis a otra sin pensar en los problemas estructurales crónicos que tiene el sistema y que requieren una transformación a medio plazo.

De la misma forma que es necesario complementar la asistencia clínica de los enfermos agudos con un modelo más acorde con la atención de la cronicidad, se hace necesario complementar una gestión de rescate de la sanidad con una gestión de transformación a medio plazo.

Para poder seguir disfrutando de un modelo público fuerte es necesario acelerar el paso de esa transformación del sector con el fin de poder prevenir la cronicidad y atender mejor a los enfermos crónicos, que ya representan la mayoría de las interacciones clínicas en el sector. De manera indirecta y como efecto colateral positivo, la evidencia indica que esa transformación hará que el sistema sea más sostenible. En paralelo, el sector privado deberá hacer la misma transformación si pretende sobrevivir en complementariedad con lo público y fidelizar a sus usuarios.

La evidencia que surge de las organizaciones en las que ha habido un liderazgo transformador nos confirma el camino a seguir. En los Estados Unidos, por ejemplo, el modelo de transición de cuidados<sup>5</sup> desarrollado actualmente en más de doce estados ha conseguido reducir los ingresos hospitalarios en un 54%, los reingresos en el hospital en un 24% y las visitas a urgencias en un 27%. Para lograr datos como estos es necesario transformar de manera efectiva el modelo asistencial y gestionar de forma más eficaz a los enfermos crónicos. Igualmente, existen numerosos ejemplos parecidos en Europa y en España con resultados positivos en cuanto al potencial de mejora de la calidad y la sostenibilidad. Por ejemplo, el estudio TELBIL<sup>6</sup>, llevado a cabo en el marco de la *Estrategia de crónicos* de País Vasco, demuestra que un modelo de telemonitorización de crónicos complejos desde atención primaria consigue una sustancial reducción de los ingresos y de las estancias hospitalarias. En Suecia, el condado de Linköping consigue sistemáticamente mejores resultados de salud y de eficiencia que los demás condados gracias a este tipo de intervenciones.

Existen numerosos ejemplos de transformación como estos en las comunidades autónomas en España, que demuestran que

Correo electrónico: rafael.bengoa@deusto.es

pueden conseguirse importantes resultados en nuestro contexto de Sistema Nacional de Salud público<sup>7</sup>.

### Acelerando el cambio

A pesar de que las evidencias citadas demuestran que es posible mejorar la calidad y la eficiencia del sistema sanitario, dichas prácticas no se extienden a otros contextos, precisamente en un momento en que son más necesarias. Uno podría pensar que el problema es la infrafinanciación del sector, que impide que se extiendan esos modelos asistenciales más eficaces. Esto puede ser un elemento y quizás la infrafinanciación es en parte culpable, pero la historia indica que la falta de extensión de tales proyectos surge de problemas más profundos.

En primer lugar, lo que frena el cambio es la falta de percepción por muchos actores del sistema de que el modelo de medicina de agudos no es el adecuado para atender bien a los enfermos crónicos. Esta percepción está cambiando progresivamente, ya que los estudios de la experiencia de los pacientes crónicos muestran mucho margen de mejora<sup>8</sup>. Por otro lado, se sabe cómo avanzar hacia modelos que ofrecen una mejor continuidad de los cuidados y mayor calidad para los enfermos crónicos<sup>9</sup>.

La creación, desde el ámbito de la política sanitaria, de condiciones incentivadoras hacia un modelo de crónicos favorecerá aquellos proyectos innovadores que prueben su validez y eficiencia, y que mejoren la calidad, lo que acelerará su escalabilidad.

La transformación del sistema sanitario sería mucho más efectiva si existiesen mecanismos más flexibles en la asignación de recursos económicos y en la gestión del capital humano.

En España existen en la actualidad diversas estrategias para transformar el modelo asistencial hacia lo crónico, varias en las comunidades autónomas y la ya mencionada del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cabe preguntarse cuántas de esas estrategias están creando realmente un contexto político, técnico e incentivador para avanzar y generar un verdadero cambio en la prestación de servicios sanitarios a los enfermos crónicos. También cabe preguntarse cuántas de estas estrategias tienen en cuenta la dimensión humana de los pacientes o consideran suficientemente el importante papel del médico de familia.

En segundo lugar, estas transformaciones profundas del sector no pueden lograrse sin la participación y la implicación de los profesionales de la salud. Los ejemplos de buenos resultados antes citados no son sólo un logro tecnológico, sino que se han conseguido gracias a la participación activa de los profesionales de la salud. Cuanto más participan los profesionales de la salud en temas de gestión y organización, mejores resultados de calidad y eficiencia se obtienen en una organización. La literatura sobre la participación de los profesionales de la salud (medicina, enfermería, farmacia, etc.) confirma que ya no es suficiente con que los clínicos sean excelentes clínicos, sino que es necesario que participen activamente en la gestión y la organización para lograr buenos resultados. Esto es particularmente importante en el caso de los enfermos crónicos, por la complejidad natural que conllevan. ¿Quién mejor que aquellos que interactúan con los pacientes en el día a día para lograr aunar la excelencia clínica y el manejo de esos procesos de gestión? En cierto sentido, los profesionales de la salud son los gestores naturales en ese ámbito. ¿Se está creando en España, desde el ámbito político, directivo y sindical, un entorno favorecedor para la participación de los profesionales en la toma de decisiones sobre la gestión sanitaria?

En tercer lugar, es necesario liderar esta transformación. El modelo fragmentado actual no proporciona la calidad, la seguridad clínica ni los resultados esperables, en especial para los enfermos

crónicos. Cada vez más se entiende que la mejor gestión de estos enfermos no es únicamente un reto clínico, sino también un desafío organizativo y de gestión.

Una reforma de este calado se lidera, no se administra. Para ello, los líderes del sector disponen hoy de un amplio arsenal de recursos de gestión. Entre otras, hay herramientas para convertir pacientes pasivos en pacientes activos, nuevos roles profesionales para la gestión de casos, trayectorias integradas de cuidados (*care pathways*), tecnologías que permiten prestar servicios a distancia (*e-health, m-health*), incentivos y desincentivos para reducir ingresos y reingresos en el hospital, nuevas formas de estratificación de la población por riesgo (que permite apuntar mejor las intervenciones preventivas o asistenciales), nuevos sistemas de apoyo a la decisión clínica, y nuevas formas de contratación orientadas a contratar valor en lugar de sólo actividad. Esta batería de herramientas permite organizar el modelo asistencial de una manera diferente. La clave estará en implementarlas de forma alineada.

Por otra parte, los sistemas sanitarios nunca han dispuesto de tanta información. Todos los actos sanitarios quedan perfectamente registrados. La información sanitaria con fines de gestión clínica (y de una mejor gestión del enfermo crónico) está sin duda infrautilizada. Y esto es un lujo en un momento en que todo procedimiento queda registrado electrónicamente, pero las administraciones sanitarias no usan esta información de manera analítica, sino meramente para describir lo que hacen.

Sin embargo, a todo ese arsenal de gestión le falta un elemento clave. Los políticos y los gestores deberán complementar la necesidad de resolver los problemas del día a día con una inversión en tiempo y recursos humanos en esta transformación estratégica del sector. Los países que ya avanzan en esta transformación reconocen que el cambio no sólo es inevitable, sino que se consigue con una inversión importante en la capacidad del sector para acometerlo.

En conclusión, es cierto que tenemos un gran reto con la creciente cronicidad. Sin embargo, disponemos de medios de gestión para avanzar y de profesionales de la salud excelentes, tenemos ejemplos pioneros con muy buenos resultados y hay recursos en un país que se gasta casi el 10% del producto interior bruto en sanidad. Todo ello confirma que es posible transformar la sanidad para ofrecer más calidad a los enfermos crónicos y hacerla a la vez más sostenible. Para lograr ambos objetivos, a partir de ahora parece más lógico transformar que recortar.

### Financiación

Ninguna.

### Contribuciones de autoría

El firmante es el único autor del texto.

### Conflicto de intereses

El autor declara su relación financiera con la Universidad de Deusto, sin ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

- Haro J, Tyrovolas S, Garin N, et al. The burden of disease in Spain: results from the global burden of disease study 2010. *BMC Med.* 2014;12:236.
- BCG. Informe Cronos: hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos. Disponible en: [http://www.thebostonconsultinggroup.es/documents/fi\\_le165265.pdf](http://www.thebostonconsultinggroup.es/documents/fi_le165265.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.

4. Ollero Baturone M, Orozco Beltrán D, Domingo Rico C, et al. Declaración de Sevilla, conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. *Rev Clin Esp.* 2011;211:604–6.
5. Naylor MD, Hirschman KB, O'Connor M, Barg R, Pauly MV. Engaging older adults in their transitional care: What more needs to be done? *Journal of Comparative Effectiveness Research.* 2013;2:1–12.
6. Carretero S. Mapping of effective technology-based services for independent living for older people at home. Seville: Joint Research Centre, Institute for Prospective Technological Studies, JRC Scientific and Technical Reports Series; 2014.
7. Nuño R, Sauto R, Toro N. Integrated care initiatives in the Spanish Health System. Abstracts from the Third Spanish Conference on Chronic Care, San Sebastián, 19–20 May 2011. *Int J Integr Care.* 2012;12 Suppl 2: e35.
8. EsCrónicos. Departamento de Ciencias Políticas y RR.II. de la UAM. Estudio de Acceso a una Atención de Calidad de los Pacientes Crónicos Españoles. 2014.
9. Bengoa R. Transforming health care: an approach to system-wide implementation. *Int J Integr Care.* 2013;13:e039.