

Jornadas: "Políticas en salud: economía política del gasto sanitario", octubre de 2008

La normalización de un modelo disfuncional

Rafael Bengoa Rentería

Director de Kroniker. Observatorio sobre la Calidad y la Gestión de las Enfermedades Crónicas. Profesor colaborador de ESADE Business School.

El modelo actual es disfuncional para los enfermos crónicos. Si mantenemos el modelo actual del sistema de salud, uno centrado sobre los cuidados agudos, estaremos normalizando un modelo disfuncional para el siglo XXI. "Normalizar" en este caso significa aceptar características del sistema que prácticamente todos sus actores creen que son perversiones del mismo. Por ejemplo, el hecho de que el sistema esté diseñado para financiar y proveer una medicina reactiva o que sea poco preventivo.

El modelo actual ha servido para el siglo XX con otro patrón epidemiológico, con otras necesidades. Organizado igual no podrá hacer frente a las necesidades de los enfer-

mos crónicos ni al envejecimiento de la población.

No sólo es negativo para los enfermos, sino que es insostenible económicamente.

La principal presión económica sobre el sistema no son las enfermedades agudas; son las crónicas.

Esta crisis sanitaria y demográfica no es como la crisis financiera que actualmente afecta a los mercados globales. En el caso sanitario no estamos gestionando algo inesperado, sino que conocemos los datos y el riesgo.

Conocemos los datos demográficos

Dentro de 7 años habrá más muertes que nacimientos en Europa. En

España, por primera vez, pronto habrá más pensionistas que jóvenes de menos de 16 años. Los *baby boomers* son una cuarta parte de la población europea.

Conocemos los datos epidemiológicos

Las enfermedades crónicas han experimentado un incremento alarmante en prácticamente todos los países del mundo. Solo las enfermedades cardiovasculares han sufrido una reducción importante en algunos países¹.

A pesar de esta mejora en algunas enfermedades, las crónicas como la diabetes, la artritis, las enfermedades respiratorias, la obesidad y ciertas patologías de salud mental han experimentado un aumento espectacular. Por ejemplo, la diabetes en España ha pasado de una prevalencia del 4% hace 10 años al 6% hoy en día. En personas mayores de 75 años esta ha pasado del 7 al 19%.

En Europa, en las próximas 24 horas, habrá 4.100 personas más diagnosticadas con diabetes, 230 amputaciones, 120 pacientes que empiezan con fallo renal y 55 nuevos ciegos debido a su diabetes.

Conocemos los factores de riesgo

Los factores de riesgo (tabaco, obesidad, sedentarismo, etc.) que desencadenan muchas de las enfermedades crónicas están en aumento. Por ejemplo, en EE.UU. y en Europa se calcula que la expectativa de vida podría reducirse en 5 años en las dos próximas décadas si los niveles de obesidad actual continúan creciendo. En estas condiciones se estima que una de cada 4 personas nacidas hoy pueden desarrollar una diabetes durante su vida. En el caso de otras enfermedades, las cardiovasculares o ciertos cánceres⁽¹⁾, la mortalidad está bajando, fenómeno atribuible a estilos de vida más saludables y a la mejora de intervenciones clínicas, tanto diagnósticas como de tratamiento. Sin embargo, al sobrevivir más gente hay más enfermos crónicos, reafirmando la necesidad de organizar el sistema para los estos últimos.

⁽¹⁾ El descenso se debe principalmente a la reducción de la mortalidad por cáncer de próstata y pulmón en los hombres, de mama en mujeres y de colon en ambos sexos.

Conocemos el impacto sobre el sistema de salud

Las consecuencias de esta epidemia de enfermedades crónicas sobre el sistema de salud son previsibles. En el sistema de salud el 80% de las consultas de Atención Primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios son de pacientes con enfermedades crónicas; en total el 72% del gasto.

Conocemos la respuesta

Esta crisis sanitaria y demográfica tampoco es como la crisis financiera global en lo que concierne a la respuesta. En el caso sanitario, afortunadamente, en gran medida sabemos qué es lo que hay que hacer, aunque estos avances no se estén generalizando.

Sabemos qué hacer en numerosos frentes: en el terreno de la salud pública, en el de la medicina clínica orientada al individuo enfermo y en la reorganización del modelo de provisión para los enfermos crónicos.

Asimismo, se hace necesario alinear todas estas intervenciones. El reto de las enfermedades crónicas no se atajará sólo con intervenciones de salud pública poblacionales, sino que

necesitará complementarse con una reforma estructural y sincronizada del sistema de salud.

Una respuesta en salud pública más enérgica

Como se indicaba más arriba, la mortalidad debida a ciertas enfermedades cardiovasculares y ciertos cánceres se está reduciendo. Este fenómeno es atribuible a estilos de vida más saludables y a la mejora de intervenciones clínicas, tanto diagnósticas como de tratamiento.

Es preciso reforzar este tipo de resultados con políticas activas.

Este reto implica poder atajar los factores de riesgo con medidas de salud pública. Dichas medidas están en manos de los gobiernos y de agencias internacionales y requieren un liderazgo político fuerte, tanto nacional como internacional.

Esto se puede hacer con incentivos sobre los individuos, cambiando por ejemplo los precios de ciertos alimentos y su disponibilidad y con medidas que faciliten el ejercicio físico; con incentivos sobre la industria, cambiando por ejemplo el coste de producción de productos saludables e incentivando las políticas, subiendo por ejemplo los impuestos u otras

regulaciones que hacen más difícil ciertos comportamientos.

Una respuesta en la reorganización de los servicios de salud

Organizativamente podemos impactar sobre estas enfermedades. Para ello es necesario desarrollar políticas activas, porque el sistema de salud no cambia solo. El sistema de salud no se autorregula al cambiar el contexto, al cambiar el paciente.

La reforma de la financiación sola no arreglará el problema de la fragmentación ni de la sostenibilidad del sistema. La simple expansión del modelo actual será una oportunidad perdida. Más de lo mismo implica más tecnologías, más servicios y más personal, pero también es garantía de más fragmentación, más duplicación, más medicina reactiva, poca prevención, más eventos adversos y un paciente pasivo.

El foro creado por el “Pacto por la Sanidad” es una excelente oportunidad para tratar este tema y elevarlo a una categoría más estratégica. El “Pacto por la Sanidad” debería ser tanto sobre la reorganización de la provisión, como sobre la financiación del sistema de salud; ambas reformas deberán ir de la mano.

Existe un gran margen de maniobra en la reorganización de la provisión. La gestión de las enfermedades crónicas no es sólo un reto clínico; es un reto organizativo.

Es necesario acelerar el cambio organizativo en el sistema nacional de salud. Acelerar hacia un modelo en el que el paciente crónico es más “visible” para el sistema de salud, en el que la Atención Primaria y la Especializada y los servicios sociales están mejor coordinados e intercomunicados, un modelo en el que el paciente está conectado desde su domicilio, pudiendo así hacerle un seguimiento más directo y continuo usando nuevas tecnologías, nuevas formas de gestión de pacientes por profesionales especializados, unos servicios en los que el paciente recibe recordatorios preventivos y una educación de su enfermedad más estructurada y organizada.

En otros países y en algunas comunidades autónomas ya han empezado a realizar experiencias de demostración, con el fin de constatar que se puede hacer mejor. En términos organizativos el reto de los próximos años será conseguir la migración del sistema de salud actual, centrado en enfermos agudos, a uno centrado en los

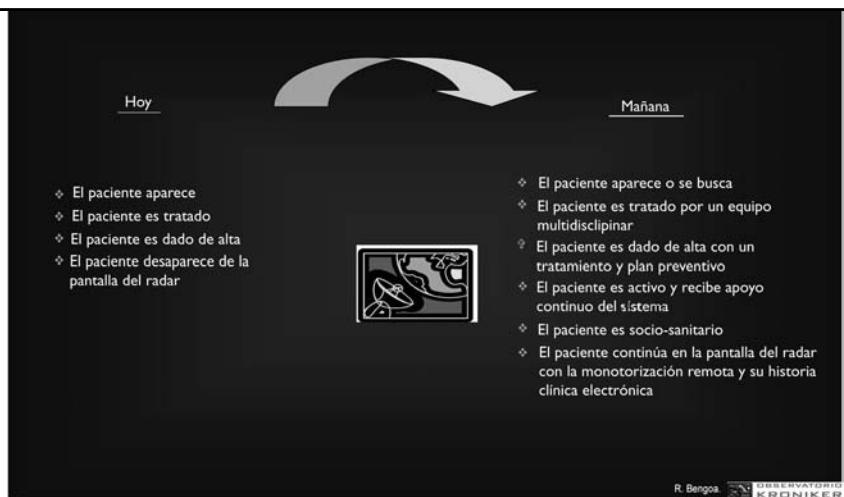


Figura 1. Migración del sistema de salud actual a uno centrado en enfermos agudos y crónicos.

pacientes agudos y crónicos. Este cambio se resume en la figura 1.

La intención de estos cambios es asegurar que el paciente no desaparezca de la pantalla del radar del sistema de salud, pudiendo así conectar continuamente con él, hacer un seguimiento más directo de su evolución —a menudo usando la gestión del caso por profesionales especializados—, mandarle recordatorios preventivos y educarle de forma estructurada y organizada. En otras palabras, el enfermo crónico pasa de ser invisible a visible para el sistema de salud.

Existen diversos modelos para organizar la medicina de esta forma

más proactiva, siendo los modelos de gestión de enfermedades crónicas (Mc Coll Institute en Seattle, EE.UU.) y el modelo de la pirámide de riesgo de Kaiser Permanente (estratificación del riesgo) los más influyentes en Europa y EE.UU., Australia y Canadá. Se puede encontrar información extensa sobre estos modelos, así como de la evidencia científica, en la web de Kroniker⁽²⁾.

⁽²⁾ Kroniker.com es el Observatorio Internacional sobre la Calidad y la Gestión de Enfermedades Crónicas (Bilbao). Es una organización que rastrea la evidencia con relación a estos cambios en el ámbito internacional y nacional y apoya las organizaciones sanitarias interesadas en implementar el cambio.

Opciones de avance desde el ámbito directivo

Con el fin de evitar la normalización de un modelo disfuncional se sugieren aquí algunas líneas de trabajo:

1. Concebir las enfermedades crónicas como un conjunto y no enfermedad por enfermedad. Todas comparten el concepto de la cronicidad. Organizar el sistema para una mejor asistencia a la cronicidad será útil para todas las enfermedades crónicas.

2. Proporcionar un marco estratégico para las innovaciones en la gestión de enfermedades crónicas, declarándolas como una prioridad estratégica en el país. En Inglaterra, Suecia, Dinamarca, Alemania, Canadá y Nueva Zelanda existen declaraciones formales del más alto nivel en este sentido⁽³⁾.

3. El foro creado por el “Pacto por la Sanidad” es una excelente oportunidad para tratar este tema

a un nivel estratégico. El “Pacto por la Sanidad” debería ser tanto sobre la reorganización de la provisión como sobre la financiación del sistema de salud. Ambas reformas deberán ir de la mano.

4. Identificar y apoyar los proyectos existentes en el ámbito de la gestión y clínico. Incentivar y cultivar los proyectos de innovación en la gestión de enfermedades crónicas en las comunidades autónomas. Existen numerosos ejemplos de buena práctica e innovaciones en España, tanto en el ámbito hospitalario como en Atención Primaria².

5. Promover la iniciación de nuevos proyectos usando las comunidades autónomas como laboratorios de cambio. Empezar con proyectos pequeños que se van extendiendo permitirá avanzar poco a poco, demostrando resultados y generalizando innovaciones.

⁽³⁾ Cf. “políticas” en Kroniker.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, et al. Explaining the decrease in US deaths from coronary disease. 1980-2000. *N Engl J Medicine*. 2007;356(23):2388-98.
2. Bengoa R, Nuño R. Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Universidad del País Vasco. Masson. 2008 Elsevier España, S.L. 978-84-458-1949-4.

