



En 2020 estos enfermos pueden costar al sistema 30.000 millones adicionales y actualmente ya consumen el 75% de los recursos sanitarios

¿Qué hacemos con los pacientes crónicos?

ALFONSO SIMÓN *Madrid*

Nada menos que 30.000 millones de euros más gastará el Sistema Nacional de Salud (SNS) en atender a los crónicos en 2020, desde los 68.000 que actualmente invierte. Es el principal dato del *Informe Cronos*, que se presenta hoy, elaborado por The Boston Consulting Group y apoyado por la farmacéutica Lilly. Un gasto que la sanidad pública, afectada por los

ajustes, no se puede permitir. ¿Qué hacemos entonces con la atención a los crónicos? ¿Es inevitable el aumento del presupuesto o se puede cambiar el sistema? “Hemos avanzado en la cura de muchas enfermedades, de las que ya no nos morimos, y la edad de supervivencia ha ido aumentando”, explica Pilar Román, presidenta de la SEMI (Sociedad Española de Medicina Interna). El envejecimiento de la población, que se presenta con varias patologías a la vez, lleva a una alta ocupación de la atención sanitaria. **CONTINÚA EN LA PÁGINA 2**



Ciencia y Salud

En portada

VIENE DE LA PÁGINA 1

Ocho de cada diez consultas de atención primaria y seis de cada diez ingresos hospitalarios en España ya se deben a una enfermedad crónica, según datos proporcionados por la SEMI. En España, estas patologías afectan a 19 millones de personas (11 millones son mujeres), con cifras del Instituto Nacional de Estadística, y se concentran especialmente en mayores de 55 años. El cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las respiratorias, la diabetes y las musculoesqueléticas son las que más impacto tienen en la población.

El *Informe Cronos* destaca que los crónicos consumen el 75% de los recursos del SNS. "Nosotros hemos comprobado que el 1% de los pacientes consume el 25% del gasto", confirma Roberto Nuño Solinis, director del Instituto Vasco de Innovación Sanitaria (Oberri) y miembro de la Asociación de Economistas de la Salud.

El estudio plantea dos escenarios: uno en el que el sistema no cambia su forma de atender a los crónicos y otro en el que sí lo hace. En el primero, el sobrecoste en 2020 sería de 30.000 millones de euros y dispararía el porcentaje del PIB que se destina a sanidad desde el 6,5% en 2011 (datos de la OCDE) hasta el 9%. Con las mejoras, el coste subiría también irremediablemente, pero solo entre 15.000 y 22.000 millones (hasta el 8,2% del PIB).

"Conseguir ahorros es muy complejo, pero sí que debemos ganar en eficacia en tratar a estos pacientes", reconoce Nuño Solinis. "Tenemos un problema de sostenibilidad en términos económicos con enfermos pluripatológicos, pero también en el ámbito de la salud, porque no se da calidad a estos pacientes ni una continuidad asistencial", añade. Para este directivo de la sanidad vasca, el principal cambio que necesita el sistema es una mejor integración entre la atención primaria y el hospital, ya que muchos afectados acaban acudiendo a urgencias. "El hospital es más caro y más agresivo", advierte.

En el País Vasco, una de las regiones más avanzadas en estas mejoras según los expertos, se ha comenzado un proceso de *estratificación* o de identificación de los pacientes con patologías crónicas más complejas. "Actuamos sobre los identificados, que tienen un médico internista

Ocho de cada diez consultas de primaria y seis de cada diez ingresos en urgencias son de pacientes crónicos

de referencia que se responsabiliza de ellos, para que no estén yendo de un servicio a otro", detalla Solinis.

"Nosotros estamos reclamando unidades multidisciplinarias para atendernos, que haya una persona de referencia con quien hablar y no tener que ir a urgencias", cuenta Pilar Pazos, enfermera de lupus y presidenta de Felupus, la federación que agrupa a las asociaciones de pacientes de esta patología. "Yo, si me pongo mal, y es por la mañana, llamo al especialista, que me explica qué puedo hacer. Si es por la tarde, voy a la atención primaria o a urgencias. El problema es que esta enfermedad puede afectar a muchos especialistas, que ni hablan ni se coordinan. A mí me han llegado a recetar unas pastillas para el asma que el especialista me ha quitado porque sabía que mi hígado



THINKSTOCK

Una escuela de pacientes expertos que ejercen de profesores

Para el profesor Joan Carles March, de la Escuela Andaluza de Salud Pública, una de las claves para el cambio de modelo es invertir en saber "qué ocurre entre visita y visita al médico", por qué muchos enfermos apenas se cuidan. Para este experto, las tecnologías y las redes sociales son claves para hacer un buen seguimiento.

Pero hay otro cambio en marcha. "Cada vez hay más gente que quie-

re asumir la responsabilidad de su enfermedad", explica. Una de las iniciativas más novedosas es la Escuela de Pacientes de Andalucía (hay iniciativas similares en País Vasco o Cataluña). "Enseñamos un autocuidado eficaz para ganar calidad de vida y autoestima", puntualiza.

En la escuela participan, médicos, enfermeros, asociaciones de pacientes y los propios enfermos expertos previa-

mente formados, que ayudan a los demás. Con esta iniciativa, "ganan un 45% de confianza en el sistema sanitario, hasta un 35% mejoran la comunicación con los profesionales, se bajan un 15% los ingresos hospitalarios y hay un 15% menos de errores médicos", asegura. "Hay que fortalecer la autorresponsabilidad y el autocuidado. Dejemos a los pacientes formados que nos ayuden", reclama.

no estaba bien. O nos repiten pruebas o nos pasamos horas en urgencias", relata. "Hace falta una unidad multidisciplinaria. Lo que pedimos es ahora mismo una utopía, pero es lo correcto y lo necesario", reclama.

Coincide con ella Román, de la SEMI: "Hay que hacer un mejor seguimiento y vigilancia de los crónicos. Y para el 3% o 5%, los que son pluripatológicos, hay que crear equipos que marquen protocolos que todo el mundo pueda seguir cuando el enfermo tenga el siguiente episodio. Esto no requiere de inversión, pero es difícil porque es un cambio en la forma de trabajar y siempre hay reticencias". Además, cree que para la población sana los profesionales deben hacer más prevención y más seguimiento de los crónicos. Las nuevas tecnologías pueden ayu-

dar. Ya hay casos, como el del doctor Salvador Casado, que resuelve consultas por teléfono, Twitter o en su blog.

También han surgido iniciativas para monitorizar al paciente en casa gracias a las tecnologías, aunque Solinis recuerda que actualmente todos los proyectos son programas piloto "y no hay evidencias generalizadas de las mejoras que ofrecen estos dispositivos". Si apuesta claramente, sin embargo, por una mejor coordinación entre lo sanitario y lo social, por ejemplo, en las ayudas a domicilio que reciben muchos de estos afectados.

Finalmente, existe otro agente clave en el cambio: la enfermería. "El papel de la enfermera es crucial. Es la que te conoce y la que te aconseja para tranquilizarte o para agilizar pruebas", cree Pazos, de Felupus.

EN OPINIÓN DE...

RAFAEL BENGEOA

Exconsejero vasco y profesor de Deusto

"El paciente que se cuida es entre un 8% y un 21% más barato"

A. S. Madrid

Este médico es uno de los mayores expertos en sanidad. Rafael Bengoa participó en el *Informe Abril* (1991) sobre la reforma sanitaria, es asesor del Gobierno de EE UU, profesor en Harvard y director de Deusto Business School Health. Como consejero vasco de Sanidad en el Gobierno de Patxi López, puso en marcha el plan de atención a los crónicos.

PREGUNTA. ¿Cuál es el reto en relación a los enfermos crónicos?

RESPUESTA. El primer reto es de la demografía y la cronicidad. Todos los países europeos tienen ya el reto encima y en España se manifestará aún antes. El segundo reto tiene que ver con la necesidad de políticas activas para transformar el sistema, que no está adaptado. Esa adaptación no va a ocurrir sin unas políticas activas que complementen el modelo de agudos actual con uno orientado a los crónicos. Es decir, el sistema dejado a su libre albedrío no se autotransforma. Son necesarias políticas activas de cambio del modelo asistencial.

P. ¿Con qué cambios?

R. La principal reforma consiste en pasar de un sistema reactivo y pasivo, que espera a los pacientes, a uno proactivo, que interviene de forma anticipatoria. Este modelo asistencial permitirá atender mejor a la gente en casa, mejor en atención primaria, y evitará el 25% de ingresos y reingresos innecesarios que se dan hoy en día. Pongo el País Vasco

El modelo no se autotransforma. Son necesarias políticas activas de cambio del modelo asistencial"

como ejemplo de lo que hay que cambiar en lo tecnológico y organizativo. En 2009, en el Sistema Vasco de Salud no había ni el concepto de paciente activo ni el proceso para educarlo, ni un centro multicanal con todos sus servicios, ni carpeta personal accesible a la población por internet, ni historia clínica electrónica, ni receta electrónica, ni un centro de investigación en cronicidad, ni experiencias de integración clínica entre atención primaria y hospitales, ni estaba estratificada la población... Y no había una visión que lo englobara todo. Desde 2009 al 2012 se desarrollaron todos esos programas y ya son una realidad.

P. ¿Es una inversión asumible hacer todo esto?

R. La mayor parte de estas intervenciones son *eficientistas*, además de ser una mejora para estos enfermos. La mayoría logra un retorno positivo sobre la inversión. Es cierto que es a medio plazo.

P. ¿Cuál debería ser el papel del paciente crónico?

R. El paciente crónico es parte de la solución, no es parte del problema. La evidencia indica que un paciente *activado* por medio de la educación en el manejo de su enfermedad obtiene mejores resultados que uno que depende de su médico y es entre un 8% y un 21% más barato al sistema porque usa menos y se adhiere mejor a su medicación.

