



► 20 Octubre, 2014



Los ponentes de la mesa 'Pensemos diferente para no seguir igual: innovando procesos y servicios' en el marco del XXXII Congreso de la SECA.

Experiencias innovadoras para que “sobreviva” el SNS

Algunos centros marcan el camino a seguir con realidad virtual o telemedicina

ALMUDENA FERNÁNDEZ
 Madrid

El sistema sanitario español “pinta muy mal” y es difícil que “sobreviva” a las dificultades que lo acechan si no se producen cambios. Así lo aseguró Carles Blay, responsable operativo del Programa de prevención y atención de la cronicidad del Departamento de Salud de Cataluña durante el XXXII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).

Y es que el reto pasa por innovar en muchos frentes para seguir atendiendo con la mayor calidad a los pacientes a pesar de que la complejidad clínica vaya en aumento y, todo ello, consiguiendo que el sistema sea sostenible. Muchos centros están ya aplicando soluciones alternativas a las tradicionales y mejorando con ellas los resultados en salud, tal y como se puso de manifiesto durante la mesa 'Pensemos diferente para no seguir igual: innovando procesos y servicios', patrocinado por MSD.

La simulación clínica puede ser una ayuda más que facilite los cambios organizacionales en opinión de José María Maestre, director del Área de Innovación Docente del Hospital Virtual de Valdecilla, de hecho, se aplica en este centro con buenos resultados. Y es que para él las estrategias tradicionales de proveer de conocimiento a los profesionales y de ayudarles a entender lo aprendido —a través de seminarios y talle-

5.000 EUROS DE AHORRO POR PACIENTE

Un protocolo del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza que ha conseguido reducir un 44,4 por ciento las estancias postoperatorias en los pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla ha sido reconocido como mejor proyecto del ámbito hospitalario en los II Premios Innova, impulsados por la SECA y Bioibérica Farma. Fernando Martín, jefe de la Unidad de Rodilla del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del hospital, explicó a GM que se planteó esta necesidad para evitar el posible colapso a causa de hospitalizaciones cuando se puso en marcha el plan de choque contra la lista de espera quirúrgica en Aragón. Para elaborarlo se verificó qué es lo que realmente funciona y lo que no de lo que hacen los profesionales durante todo el proceso, y se cambiaron las cosas que hicieron falta según el caso.

En cuanto a los resultados, antes de comenzar el proyecto el hospital estaba por debajo de la media nacional en cuanto a días de ingreso hospitalario tras esta intervención, con una estancia media de 6,5 días de ingreso y, con este protocolo, pasó a 3,6 días. “Se redujo casi a la mitad en los inicios del protocolo, ahora nuestros resultados son aún mejores, estamos por debajo de los tres días”, señaló Martín. En cuanto al ahorro, el Servicio Aragonés de Salud cifra el coste del proceso de una prótesis total de rodilla en unos 12.000 euros, si se tiene en cuenta que un implante tiene un precio medio actualmente de unos 2.400 euros, todo el resto del proceso corresponde prácticamente al ingreso hospitalario, por lo que de esos 9.600 euros por cada ingreso se están ahorrando casi 5.000 por paciente.

res—son necesarias, pero falta un tercer elemento “clave en el aprendizaje del adulto”, que es la puesta en práctica. A su juicio, el problema que aparece muchas veces en los servicios es que, una vez explicada una nueva técnica, se solicita a los profesionales que la implementen de manera inmediata. “Muchos no quieren aplicar una novedad en la práctica clínica porque no quieren experimentar con pacientes”, aseguró Maestre. Para solucionarlo, la simulación clínica es la herramienta ideal para el cambio, ya que complementa los métodos tradicionales aportando un

entorno realista en el que sólo se sustituye al paciente y todos los profesionales pueden practicar de forma segura.

Otro modelo innovador que se ha incorporado ya a la práctica clínica es el de telemonitorización domiciliar del paciente crónico. El responsable de Innovación Médica y Nuevas Tecnologías del Sector Sanitario Barbastro, Juan Ignacio Coll, explicó que se ha llevado ya a la práctica a través de proyectos piloto tanto en el anciano frágil en domicilio como en el dependiente apoyado en el tercer sector. Las personas incluidas en este proyecto piloto reciben la visita

semanal de un voluntario, que les mide las constantes y envía esa información a los sanitarios. Si se detecta una pequeña descompensación, enfermería recibe un e-mail en el que se le comunica, mientras que si es importante, se le envía un mensaje al móvil a la persona responsable del caso concreto, que se encarga de derivar al paciente a primaria, urgencias o la especialidad que corresponda. El 80 por ciento de estos avisos son resueltos por AP y, la mayoría, de forma programada. El ahorro obtenido es del 35 por ciento en el seguimiento del paciente crónico al año (con la ayuda del tercer sector) y, una vez finalizado el proyecto piloto, tanto pacientes como profesionales y voluntarios continuaron con el proyecto en la práctica clínica habitual.

Por otro lado, durante la sesión 'La calidad asistencial en el paciente con artritis reumatoide' —patrocinada por BMS—, José María Álvaro-García, jefe del Servicio de Reumatología y Coordinador de la Unidad de Terapias Biológicas del Hospital Universitario La Princesa de Madrid, explicó que la unidad responde a la necesidad de hacer la mejor elección y a su vez ser más coste-efectiva a la hora de tratar al paciente con fármacos biológicos debido a su elevado coste. Está formada por todos los profesionales de las especialidades que manejan este tipo de medicamentos dentro del hospital: reumatología, dermatología, neurología, aparato digestivo, farmacia, documentación y dirección médica. El objetivo final es mejorar la atención, generar información académica y contribuir y reducir costes. “Que el médico sepa lo que cuesta un tratamiento e incorpore este dato en su toma de decisión, pero no tiene que ser determinante”, apuntó Álvaro-García.

Reducir costes

Innovar también pasa por apartar aquellas prácticas que no aportan valor. Por ello, 12 sociedades científicas publicaron cinco recomendaciones cada una de prácticas médicas que no benefician pero incrementan los costes —con la colaboración del Ministerio de Sanidad—, y están elaborando actualmente la segunda y tercera etapas de este mismo proyecto incluyendo a otras sociedades. Los criterios de selección que deben primar a la hora de elegir son el impacto económico, la seguridad y el alto coste pero baja prevalencia, en este orden.

El ex presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Javier García Alegría, y uno de los impulsores del proyecto, reconoció que buscan la manera de medir el grado de adherencia de los profesionales a estas recomendaciones, aunque todavía no han encontrado la fórmula más adecuada para hacerlo. Sin embargo, a su juicio es una fórmula coste-efectiva porque se invirtió muy poco en sacar adelante el proyecto, además, los médicos cambian la práctica clínica muchas veces “por la imitación de los pares” además de por la evidencia científica disponible.