

Posar el focus en l'efectivitat i en l'eficiència clínica, el millor estalvi

Jordi Varela

Director Gerent. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Resum

En el context d'obligada constricció pressupostària, treballar per l'eficiència clínica pot suposar el millor estalvi. En aquest article s'apunten unes línies estratègiques de treball que totes les organitzacions sanitàries hauran d'encarar en els propers temps.

Introducció

D'acord amb el pensament de Michael Porter, «*Better health per dollar spent*»¹, el millor estalvi que pot fer un sistema sanitari és el que se centra en l'efectivitat clínica de les seves accions, evitant, doncs, hospitalitzacions innecessàries, proves diagnòstiques redundants o bé actuacions terapèutiques desproporcionades, sense menystenir la importància de les polítiques destinades a protegir la seguretat clínica dels pacients. A Estats Units, el model de finançament més comú és el del pagament de factures per acte assistencial (*fee for service*). Per aquest motiu, en aquell país, els nous corrents de gestió clínica s'orienten a la recerca de models de pagament que es basen en la recompensa de l'efectivitat clínica per tal d'evitar que el «*fee for service*» estimuli el consum exagerat dels serveis sanitaris, com de fet està passant. En el nostre sistema sanitari públic, les coses són aparentment diferents; però si s'analitza bé, l'actual model de finançament majoritari (exceptuant el de càpita) se sustenta en la facturació d'activitat, tot i que es reserven uns percentatges molt minsos per a les parts variables d'indicadors de pla de salut.

En l'entorn de restriccions que ens toca viure, l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau ha creat una comissió anomenada MAPAC (comissió per a la millora de l'adequació de la pràctica clínica) que analitza l'activitat clínica, detecta

deficiències i proposa mesures. L'objectiu de la comissió és la millora de l'efectivitat clínica, però sovint s'aporten també propostes per superar ineficiències o, fins i tot, per a l'augment de la seguretat clínica.

A continuació es presenten 4 dels grans temes que crec que les organitzacions sanitàries modernes haurien de repensar (Taula 1).

Efectivitat clínica, rigideses organitzatives i actuacions desproporcionades

1) S'ha d'abordar la cronicitat, sobretot la més prevalent (insuficiència cardíaca, insuficiència respiratòria, diabetis i altres equivalents), des de la prevenció de les reaguditzacions i les complicacions. Els especialistes d'hospital han de reforçar el treball conjunt amb l'atenció primària per als abordatges integrals d'aquests malalts. Cal evitar, com sigui, que arribin descompensats a urgències. Per això s'haurien de trencar rigideses entre nivells, a més d'incentivar el treball interdisciplinari.

2) S'ha d'evitar que els ancians molt grans siguin enviats als serveis d'urgències en els seus darrers moments de vida. Aquesta pràctica és absolutament desproporcionada i inoportuna, tant per als propis pacients com per a les seves famílies. Calen, doncs, serveis pal·liatius geriàtrics a domicili; i si no hi ha prou recursos, s'hauria de reordenar els existents. S'hauria de tenir sempre present el «*Better health per dollar spent*».

3) Els ancians fràgils que ingressen —i ho poden fer per múltiples motius, com una fractura de fèmur, una oclusió intestinal o la implantació d'un marcapassos— han de ser tractats internament des de la perspectiva de la seva fragilitat. De la mateixa manera que s'han creat altres unitats que estan més pensades en la cura integral de certes tipologies de malalts, més que en l'òrgan o el sistema afectat, com les unitats de neonatologia o de crítics, s'han de crear unitats de geriatria d'aguts on encara no n'hi hagi, ja que sembla que hi ha evidència científica de la millora de resultats que aporten².

4) A l'actuació oncològica dels hospitals s'ha d'introduir més seny. Segons un parell d'informes recents del *New England Journal of Medicine*³ i de *The Lancet*⁴, l'oncologia del primer món ha adoptat la cultura de l'excés. En aquests treballs s'aconsella que se sigui més rigorós en l'exigència de l'efectivitat de les terapèutiques oncològiques i que es rebutgin plenament les subòptimes. També es demana que

Correspondència: Dr. Jordi Varela
Director Gerent
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Sant Antoni Maria Claret, 167
08025 Barcelona
Tel. 935 537 991
Fax 935 537 948
Adreça electrònica: jvarela@santpau.cat

tant metges com pacients siguin més realistes en les seves expectatives i que s'introdueixi amb més força la manera de pensar pal·liativa en la pràctica oncològica habitual.

Millorar les eficiències de l'organització: fer el mateix amb menys

1) La gestió dels llits de l'hospital és un clàssic del qual no ens n'hem d'oblidar mai. No en va, l'estada hospitalària continua avui encara essent el recurs sanitari més costós. L'any 1981, Gertmann i Restuccia van publicar un mètode, AEP⁵, que permet d'una manera senzilla i ràpida valorar si una estada ha estat adequada. Doncs bé, trenta anys després, tots els treballs publicats emprant aquest mètode mostren que en tots els països, en totes les èpoques i en totes les especialitats, les proporcions de la inadequació de les estades de l'hospital superen el 15%. En aquest punt, els gestors hospitalaris (en el concepte s'inclouen metges i infermeres responsables de les sales d'hospitalització) sempre hi trobarem un graner per a l'estalvi.

2) L'ambulatorització de processos que fins fa poc eren causa d'ingrés és una tendència que s'ha de promoure. Les tècniques mínimament invasives i les anestèsies regionals han afavorit molt aquests programes i ara no ens hauríem d'aturar en el seu desplegament. En el nostre hospital hi ha grups que estan preparant nous programes de «sense ingrés» i els propers seran el part eutòdic i la implantació de marca-passos, lògicament en determinades circumstàncies.

3) El control domiciliari de l'anticoagulació oral. Dels 7.200 pacients del programa d'anticoagulació de l'Hospital

de Sant Pau, el 4,2% ja s'autocontrola. Aquest és un programa en el qual s'ha d'invertir més, perquè millora la implicació del pacient en el maneig de la seva condició clínica i al mateix temps redueix desplaçaments i contactes amb l'hospital.

4) Cal reforçar la disciplina en el seguiment de determinades pautes que s'ha demostrat que redueixen complicacions i costos, com el «*fast track*» de la «cirurgia colorectal» o la «bacterièmia zero en la implantació de catèters».

5) S'ha de combatre la sol·licitud de proves diagnòstiques inútils o redundants. Aquest és un assumpte conegut i estudiat. La millora en la reducció d'aquests consums comportaria importants estalvis. Valgui com exemple els «*Ottawa ankle rules*»⁶, en els quals, a través d'una metanàlisi es demostra que en els casos de turmells torçats, si en la primera visita d'urgències el metge realitza l'exploració de mal·lèols d'una manera reglada, el sistema i els pacients es podrien estalviar fins al 40% de radiografies, ja que la sensibilitat i l'especificitat de la prova exploratòria són absolutament acceptables.

6) S'han de reduir les visites successives innecessàries. Quan un pacient té un problema de salut transcendent (una operació de cor o un càncer) té tendència a veure l'hospital que l'ha tractat amb admiració. La dificultat arriba quan la fase de controls s'exhaureix, posem per cas 5 anys més tard, i la continuïtat del control de l'especialista ja no cal. Aquesta és una pràctica habitual a la majoria d'hospitals, comprensible però massa costosa. En el nostre centre hem estimat que aquesta mena de visites innecessàries pot arribar a les 23.000 anuals, el 6,5% del total de l'activitat que fem a consultes externes.

TAULA 1. Esquema d'actuacions que s'haurien d'abordar per estalviar amb criteri clínic

Tipologia	Actuació	Resultat
Efectivitat clínica	Gestió de pacients crònics	Adequar l'actuació; Evitar ingressos
	Darrers moments de la vida (ancians fràgils)	Adequar l'actuació; Evitar ingressos
	Ancians fràgils ingressats	Reduir costos hospitalaris; Millorar els resultats clínics
	Actuació oncològica desproporcionada	Adequar l'actuació; Disminuir el malbaratament
Eficiència organitzativa	Reduir estades	Reduir el cost per procés
	Ambulatorització de l'activitat hospitalària	Reduir el cost per procés
	Autocontrol dels anticoagulants	Implicació del pacient; Millora de l'adherència
	Reforçar protocols (<i>fast track</i> quirúrgic, bacterièmia zero)	Reduir el cost per procés; Disminuir les complicacions
	Reduir les proves redundants	Disminuir el malbaratament
	Reduir les visites d'especialista innecessàries	Disminuir el malbaratament
	Reduir les readmissions	Evitar les complicacions; Reduir els costos per procés
Actuar basant-se en l'evidència	Recomanacions « <i>do not do</i> » de NICE	Adequar els processos clínics
	Evitar medicacions inapropiades als ancians	Evitar els efectes secundaris
Seguretat clínica	Identificació dels pacients durant l'ingrés	Reduir els errors
	Rentat de mans dels professionals a l'hospital	Disminuir les complicacions
	<i>Check list</i> quirúrgica	Reduir els errors
	Registre d'incidències	Prevenir o reduir els errors

7) S'han de reduir les readmissions. Aquest és un assumpte que no ha estat prou seguit en el nostre país. Els reingressos abans dels 30 dies de l'alta vénen a ser com una fallada en període de garantia. S'entén que per les característiques de la pròpia activitat hospitalària no s'aconseguirà mai que els reingressos desapareguin totalment, però això no treu que se'ls hauria de prestar més atenció, s'hauria d'analitzar les seves causes i s'haurien de combatre. L'Hospital de Sant Pau té una taxa de readmissions del 5,4%, xifra acceptable segons el darrer benchmarking. Amb tot, un cop analitzats aquests casos veiem que es tracta de quasi 2.000 pacients, que ocupen de manera permanent 56 llits, amb uns indicadors de complexitat i costos superiors a l'estàndard. És, doncs, evident que en aquest terreny sempre trobarem marges per a la millora, ja que les readmissions no deixen de ser un reflex tant de la qualitat de l'atenció prestada en el primer ingrés com de la coordinació entre hospital i primària.

Actuar encara més basant-se en l'evidència

1) Al web de NICE⁷ hi ha penjada una llista de 854 pràctiques «do not do», sobre aspectes clínics que l'agència anglesa creu que s'haurien d'evitar completament o bé que no s'haurien d'emprar de manera rutinària, com ara prendre la temperatura oral o rectal a les criatures amb edats inferiors als 5 anys o bé la pràctica de radiografia de tòrax a nens amb signes i símptomes de pneumònia que no han estat ingressats a l'hospital.

2) La prescripció inapropiada és un problema seriós per a la gent gran, sobretot la polimedicada, i és una gran inductora de reaccions adverses. Per aquest motiu es van desenvolupar els criteris Beer⁸; malgrat que segons els experts necessiten una bona posada al dia, val la pena que els metges que prescriuen medicaments a la gent gran donin una ullada a aquests criteris, per tal d'evitar medicacions indesitjables que compliquin la fragilitat dels pacients ancians.

Més seguretat clínica

Les carències en la seguretat clínica són un factor inductor de complicacions i fracassos clínics. La seguretat dels pacients es garanteix, en primer lloc, per l'encert de l'actuació clínica: el diagnòstic precís que evita proves redundants, el tractament indicat de manera oportuna i proporcionat al mal que vol combatre, la tècnica usada amb precisió i mestria, la correcta atenció d'infermeria, etcètera. Tot i admetent que les bones pràctiques són el millor protector de la salut del pacient, també és cert que hi ha determinats aspectes de la qualitat organitzativa de les institucions sanitàries que incideixen, i molt, en el resultat final del procés clínic, i el fet que un centre tingui un bon programa que vetlli per la seguretat del pacient pot incidir en la qualitat final de tot el procés. Per tant, el rentat de mans, la *check list* quirúrgica, la identificació de malalts o el registre d'incidències són alguns dels instruments que

garanteixen que la pràctica clínica ofereixi més seguretat als pacients ingressats.

Conclusions

Les organitzacions sanitàries estan obligades a cercar ineficiències de manera continuada, amb crisi o sense, ja que aquest treball forma part de la pròpia ètica de la gestió dels diners públics. Això no treu, però, que on en realitat s'ha de posar l'energia és en evitar el dispendi de recursos sanitaris que no aporten res al pacient. Posem per cas que en el primer capítol de les eficiències hauríem d'aconseguir la millor placa de tòrax al menor cost possible; en el segon, en el de l'efectivitat, ens hauríem de preguntar si aquella placa de tòrax estava ben indicada.

En un treball recent de King's Fund⁹ sobre variabilitat de la pràctica clínica, es diu que el millor estalvi és el de l'ingrés hospitalari innecessari que no es produeix i així sembla que ho ha entès Kaiser Permanente, asseguradora d'arrels californianes que ensenya amb orgull com aconsegueix mantenir pràcticament buits els seus centres hospitalaris que fins fa poc estaven plens. Però com que els miracles sembla que no existeixen, ells mateixos expliquen que el seu secret rau en els plans de salut individualitzats dels seus mutualistes i en la implicació de tots els seus professionals, els especialistes inclosos. Aquests plans de salut es basen en l'autocura dels propis pacients, la prevenció i el treball domiciliari, sempre que sigui possible. Al final, tot fa pensar que només hi ha un camí per estalviar amb criteri clínic: oblidar-se dels models organitzatius per nivells, oblidar-se de la pugna pels recursos entre hospitals i primària i treballar units en les actuacions clínicament necessàries, a domicili millor que en el centre de salut, i en aquest darrer millor que a l'hospital.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Porter ME, Teisberg EO. How physicians can change the future of health care. JAMA. 2007;297(10):1103-11.
- Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L. Eficiencia de las unidades geriátricas de agudos: metaanálisis de estudios controlados. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46(4):186-92.
- Smith TJ, Hillner BE. Bending the cost curve in cancer care. N Engl J Med. 2011; 364(21):2060-4.
- www.thelancet.com/oncology. Delivering affordable cancer care in high-income countries. Vol 12 September/October 2011.
- Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: A technique for assessing unnecessary days of hospital care. Med Care. 1981;19:855-71.
- Bachmann L, Kolb E, Koller T, Steurer J, ter Riet G. Accuracy of Ottawa ankle rules to exclude fractures of the ankle and mid-foot: Systematic review. BMJ. 2003 Feb 22;326:1-7.
- NICE 'do not do' recommendations. Accés el 14 de març de 2012. Disponibles a: www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/index.jsp
- O'Mahony D, Gallagher PF. Inappropriate prescribing in the older population: need for new criteria. Age Ageing. 2008;37:138-41.
- Appleby J, Raleigh V, Frosini F, Bevan G, Gao H, Lyscom T. Variations in health care. The good, the bad and the inexplicable. London: The King's Fund; 2011.