

# Las TICs y la Gestión de Pacientes Crónicos



**Francesc García Cuyàs<sup>1</sup>, Marc de San Pedro<sup>2</sup>, Albert Ledesma Castelltor<sup>3</sup>**

*1. Coordinador General de les TIC del Departament de Salut i Director de la Fundació TicSalut*

*2. Àrea d'Innovació i Formació. Fundació TicSalut*

*3. Director del Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària*

**El siglo XXI ha entrado de lleno en la era de las tecnologías de la información y la comunicación y éstas están a la orden del día. En este sentido, todos los campos del conocimiento y la ciencia se están adaptando para adecuar las TICs a su dominio de trabajo. No ha sido menos el ámbito sanitario donde la adaptación de las TICs en cuestiones privativas de comunicación, información, educación y participación ciudadana han provocado un cambio en nuestra mentalidad. Dicho cambio también ha contribuido a que en sanidad evolucionemos hacia un modelo de atención no presencial que sirva para complementar y mejorar, sin substituir, la atención presencial que representa la mayor parte del día a día de nuestros centros sanitarios.**

## **CRONICIDAD Y CONTEXTO ACTUAL**

A nivel demográfico y en el ámbito de la salud, el contexto actual evoluciona hacia un entorno de envejecimiento y de aumento de las personas con enfermedades crónicas y en situación de multimorbilidad. Frente a esta situación se genera una elevada utilización de servicios sanitarios muy costosos, como es el caso de la hospitalización urgente. La segmentación de la población en función de sus cargas de morbilidad o de su riesgo en el uso de los servicios promete ser una estrategia útil para construir el modelo de atención, especialmente en su abordaje poblacional. La misión de las TICs en el ámbito de la cronicidad es el de ser un instrumento de apoyo para la transformación del modelo asistencial. En este sentido, la implementación de las TICs en cronicidad tiene entre sus objetivos los siguientes:

- Aumentar la capacidad de resolución en la atención domiciliaria con proactividad, respuesta rápida y especializada.
- Ofrecer instrumentos a los profesionales y proveedores para facilitar la participación e implicación de las personas en el cuidado de su salud y para mejorar la gestión de su demanda de servicios.
- Promover la implicación de las personas en el cuidado de su salud por medio del Canal Personal de Salud.

## **INTEGRACIÓN DE DATOS CLAVE EN LAS ESTACIONES CLÍNICAS DE TRABAJO (ECTS) Y LA HISTORIA CLÍNICA COMPARTIDA EN CATALUNYA (HC3)**

El sistema sanitario catalán ha incorporado sistemas de información como la historia clínica informatizada, guías de práctica clínica o la prescripción electrónica, en cada uno de los ámbitos asistenciales. No obstante, un reto en continua evolución es integrar todos estos sistemas desde una visión centrada en la persona. Existen excelentes desarrollos de historias clínicas electrónicas en los diferentes ámbitos de atención, pero también dificultades en la integración de la información que producen y en su capacidad para ofrecer servicios útiles a profesionales y personas. La interconexión de los distintos sistemas de información y de registro desde plataformas interoperables y transparentes en los sistemas de información propios son aspectos a desarrollar, con el objetivo de facilitar la comunicación entre profesionales y entre éstos y los pacientes. Algunos elementos clave que se proponen incorporar en la HC3 son los relativos a: Diabetes Mellitus, insuficiencia cardiaca, depresión o los referentes a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) siendo el primer paso a tener una visión integrada del proceso asistencial. Los sistemas de información clínica han de garan-

## Especial Las TIC para la atención a crónicos

tizar la continuidad asistencial desde cualquier dispositivo asistencial en el que se preste la atención, asegurando la evaluación de resultados en el abordaje compartido de objetivos poblacionales y promoviendo la participación de las personas en la gestión de su salud, ofreciéndoles servicios y facilitando espacios de participación desde su historia clínica.

Por último, aunque no por ello menos importante, cabe destacar que la integración social y sanitaria en el diseño de los servicios es parte esencial en la implantación de un modelo integrado, especialmente en las personas que están en situación de cronicidad y dependencia.

Como referencia, algunas organizaciones como Kaiser Permanente han sido altamente exitosas, construyendo plataformas tecnológicas que han cambiado el modelo relacional entre pacientes y clínicos, transformando el modelo de atención e incorporando el lema de menos visitas y más contactos no presenciales, con mejores resultados en salud.

### EXPERIENCIA EN TELEMONITORIZACIÓN

Según la encuesta del Mapa de Tendencias TicSalut 2013 elaborado anualmente por la Fundación TicSalut, se consolida el modelo de atención no presencial centrado en la telemedicina, que ha duplicado su uso desde el año 2011. En la actualidad, más de la mitad de los centros hospitalarios manifiestan que hacen Telediagnóstico, un 44% que utilizan la Teleconsulta y un 13% que utilizan la Telemonitorización. En el ámbito de la telemonitorización, cabe destacar la puesta en marcha de varios proyectos importantes, uno de ellos es Renewing Health, desarrollado con financiación europea y otro es el proyecto iCOR con un modelo de financiación público-privado.

#### Proyecto Renewing Health

En Cataluña el proyecto Renewing Health (REgioNs of Europe WorkINg toGether for HEALTH), llevado a cabo mediante la colaboración de diferentes proveedores de salud, ha facilitado la implementación de un servicio de telemonitorización en casa de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) utilizando videoconferencia, cuestionarios y pulsioxímetros. En cuanto a beneficios ha supuesto la reducción de reingresos y el incremento de la calidad de vida de los pacientes que han tenido una exacerbación debida a EPOC.

Renewing Health se ha llevado a cabo mediante un consorcio de nueve de las regiones europeas más avanzadas en la implementación de servicios

de las TIC relacionados con la salud. En dichas regiones los servicios están ya operativos a nivel local para la telemonitorización y el tratamiento de los pacientes crónicos que sufren de diabetes, enfermedades pulmonares o cardiovasculares crónicas obstructivas. Los servicios se han diseñado para dar a los pacientes un papel central en la gestión de sus propias enfermedades, ajustando la selección y dosificación de medicamentos, promoviendo el cumplimiento del tratamiento, y ayudando a los profesionales de la salud a detectar los primeros signos de empeoramiento en las patologías supervisadas.

#### Proyecto iCOR

La insuficiencia cardíaca es una de las enfermedades crónicas más prevalentes y costosas, representando uno de los principales retos del sistema de salud público. Es la tercera causa de muerte de tipo cardiovascular en nuestro territorio y supone la primera causa de ingreso hospitalario en pacientes mayores de 65 años. Una detección precoz de las recaídas y un tratamiento especializado pueden suponer una gran mejora en la evolución de los pacientes que sufren insuficiencia cardíaca. El proyecto de Telemedicina para la Insuficiencia Cardíaca (iCOR) del Hospital del Mar, desarrollado con tecnología de Telefónica, se inició en el año 2010 para hacer el seguimiento del enfermo de alto riesgo sin necesidad de trasladarse ni al hospital ni al centro de atención primaria, y nace como complemento del Programa de Insuficiencia Cardíaca, que mediante un nuevo modelo de gestión de esta patología crónica y con la estrecha colaboración de los equipos de profesionales del hospital y los de atención primaria, ha logrado disminuir la mortalidad y los reingresos hospitalarios.

Los resultados obtenidos demuestran con evidencia clínica que la telemonitorización junto con la teleintervención y un nuevo modelo de gestión, no sólo es coste-eficiente, sino que mejora radicalmente la calidad de vida y asistencial de los pacientes, al tiempo que reduce de forma muy notable los costes sanitarios, siendo uno de los avances más importantes para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario.

Algunos resultados del proyecto:

- Reducción de la mortalidad en un 34%
- Reducción de las hospitalizaciones en un 63%
- Reducción de los reingresos en un 41%
- Reducción del coste por paciente en un 68%

A su vez destaca el alto nivel de satisfacción mostrado por los pacientes que han participado en el proyecto ya que se sienten mejor controlados y seguros.

### EL PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADO COMPARTIDO (PIIC) PARA EL PACIENTE CRÓNICO

El Plan de Intervención Individualizado Compartido (PIIC) para el paciente crónico se alinea con los objetivos fijados por el Programa de prevención y atención a la cronicidad (PPAC) del Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya para un mejor seguimiento de los pacientes crónicos. El objetivo del PIIC es el de dar respuesta al reto que representan la cronicidad y la dependencia en Cataluña, potenciando la promoción de la salud y la prevención de los factores de riesgo y de las enfermedades crónicas que tienen más impacto. Mediante dicho plan se despliega la atención de estos casos desde las fases más incipientes hasta los estadios con mayor complejidad y dependencia. Todo ello en el marco de las líneas estratégicas y los proyectos del Plan de Salud 2011-2015, que hacen de la atención a los enfermos crónicos uno de los actuales pilares del sistema sanitario catalán y en el que la gestión de las TICs juega un rol importante. Cada paciente dispone de un plan de intervención individualizado compartido que interrelaciona la información sobre su estado de salud, la medicación que toma y los factores de vulnerabilidad que tiene asociados. El objetivo es mejorar la calidad de vida de estos pacientes, teniendo en cuenta no sólo sus enfermedades sino todos los aspectos que pueden condicionar su calidad de vida.

Actualmente se está trabajando con un nuevo formato del PIIC estructurado para que sea una herramienta que facilite, interactiva y garantice la continuidad asistencial en los pacientes identificados como crónicos complejos o con enfermedad crónica avanzada. Es por ello que, entre la información que debe contener, existen algunas indicaciones para orientar la atención y el seguimiento por parte de profesionales diferentes a los que habitualmente tratan al enfermo, como por ejemplo el 061-CatSalut Respon que, para prestar una asistencia adecuada, han de conocer de manera rápida i resumida qué hacer concretamente con uno de estos pacientes cuando se ha previsto una pauta de actuación de forma consensuada. Con este objetivo se proponen una serie de mejoras en el PIIC estructurado, consensuadas entre el equipo funcional de la historia clínica compartida, el programa de prevención y atención a la cronicidad (PPAC) y el 061-CatSalut Respon. El PIIC, no deja de ser más que una pieza de un complejo puzzle de la integración asistencial contemplándose para ello plataformas de interoperabilidad que hagan realidad el flujo de información entre diferentes proveedores de salud, regiones y autonomías.

### MODELO DE ATENCIÓN NO PRESENCIAL

El Modelo de atención no presencial en el sistema sanitario catalán (2013-2016) surge como un nuevo canal de comunicación con el objetivo de promover y facilitar una relación más cercana entre los profesionales del ámbito sanitario y las personas, al tiempo que se configura como una herramienta útil para resolver problemas de salud y situaciones administrativas o de seguimiento que no necesitan de visita presencial en los centros sanitarios y sociosanitarios mediante la utilización de las TIC y la implementación de ofertas de servicios a través de ellas.

Este modelo mejora servicios que ya existen en la atención presencial y también crea de nuevos, acercando más el sistema de salud a las personas. Así por ejemplo un ciudadano podrá aprovechar el uso del nuevo modelo de atención no presencial para agilizar algunas consultas clínicas o trámites burocráticos que se podrán resolver por vía telemática en vez de tener que acudir presencialmente a la consulta.

Otro aporte del modelo es que ayudará a estrechar la proximidad en las áreas rurales, ya que en aquellas zonas más alejadas, los ciudadanos podrán disfrutar de una atención más cercana con los profesionales sanitarios gracias a disponer de una atención más personalizada y más continuada.

Además, este modelo ofrece una atención más cercana y especializada para los pacientes con uno o varios problemas crónicos de salud, que son unos de los principales beneficiados de este tipo de atención mucho más continuada e individualizada y que da en todo momento más seguridad a las personas, familias y cuidadores. El medio principal para desarrollar el nuevo modelo de atención no presencial es el Canal Personal de Salud (CPS), un proyecto del Departament de Salut. Este es un espacio digital personal e intransferible, de consulta y de relación. Todos los ciudadanos tendrán acceso al CPS para usar los servicios de Atención no Presencial que se ofrezcan.

### REFERENCIAS

- *Telemedicina i teleassistència* (<http://bit.ly/1j2dwsl>)
- *Història clínica compartida a Catalunya (HC3)* (<http://bit.ly/1kLaCel>)
- *Renewing Health, Regions of Europe working together for health* ([www.renewinghealth.eu](http://www.renewinghealth.eu))
- *Telemedicina: Telemonitorización y teleintervención en pacientes con IC crónica: desarrollo y experiencias del proyecto iCOR.* (<http://bit.ly/1niCNXa>)
- *Els equips d'atenció primària de l'ICS milloren l'atenció als pacients crònics complexos* (<http://bit.ly/1jCRngp>)
- *Aprobado por el Gobierno el Impulso del Modelo de Atención no Presencial en el Sistema Sanitario de Cataluña 2013-2016* (<http://bit.ly/SzjVXp>)
- *Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.* (<http://bit.ly/1niCUIz>)