

NEWSLETTER Julio 2014

- **Las promesas de la accesibilidad online a registros y consultas médicas**
- **Copago y adherencia terapéutica: los “efectos adversos” de algunas políticas farmacéuticas**
- **Keep it simple? Predicting primary health care costs with clinical morbidity measures**
- **Metáforas**

LAS PROMESAS DE LA ACCESIBILIDAD ONLINE A REGISTROS Y CONSULTAS MÉDICAS

Palen TE, Ross C, Powers JD, Xu S.

Association of online patient access to clinicians and medical records with use of clinical services. JAMA. 2012; 308: 2012-9.

Objetivo

Comprobar si el uso de servicios médicos disminuye por el hecho de poder acceder a través de internet a un sistema integrado de acceso a la historia clínica y de comunicación con los médicos.

Tipo de estudio

Cohortes retrospectivo con grupo control apareado.

Contexto

Sistema integrado de provisión sanitaria basado en el modelo de seguro privado de salud tipo Kaiser Permanente en un área metropolitana de Estados Unidos.

Población

Asegurados mayores de 18 años con y sin acceso online continuado y activo a plataforma integrada de comunicación bidireccional que permite 1/ consulta de historia clínica (registros de vacunación, plan de cuidados, listado de medicación y de problemas, resultados de pruebas) por parte del asegurado y 2/ intercambiar mensajes entre asegurados y médicos.

Medición resultados

Datos administrativos (edad, raza, sexo, número basal de consultas), clínicos (codificación de enfermedades crónicas) y de intensidad de uso de recursos sanitarios (número de visitas y de consultas telefónicas, consultas en urgencias y hospitalizaciones).

Resultados

Comparado con grupo control y con cifras previas al registro en la plataforma online (comparación intracohorte), el grupo que disfrutaba de acceso activo al sistema integrado de comunicación experimentó un aumento significativo de las consultas cara a cara y telefónicas, ingresos y visitas a urgencias, incluso ajustando por variables administrativas y clínicas.

Los resultados varían visiblemente según la enfermedad crónica de base, viéndose acentuados en el caso de la insuficiencia cardíaca y atenuados en los diagnosticados de enfermedad coronaria.

Conclusiones

El acceso online a los registros clínicos y a los médicos se asocia a un aumento en la intensidad del uso de los servicios sanitarios.

COPAGO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA: LOS “EFECTOS ADVERSOS” DE ALGUNAS POLÍTICAS FARMACÉUTICAS

Sinnott S-J, Buckley C, O’Riordan D, Bradley C, Whelton H.

The Effect of Copayments for Prescriptions on Adherence to Prescription Medicines in Publicly Insured Populations; A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS ONE 2013; 8(5): e64914. doi:10.1371/journal.pone.0064914.

Introducción

Los distintos tipos de copago están destinados a disminuir los gastos del financiador en los medicamentos, especialmente en los considerados como menos esenciales. Sin embargo, los copagos también están asociados con un menor consumo de todos los medicamentos. Las poblaciones que están aseguradas públicamente incluyen algunos grupos de pacientes vulnerables, como las personas mayores y los grupos de bajos ingresos, que pueden ser especialmente susceptibles a la no adherencia a la medicación cuando es necesario pagar. La no adherencia tiene consecuencias potenciales en el aumento de la morbilidad y de los costes en otras partes del sistema.

Objetivo

Cuantificar el riesgo de la falta de adherencia a los medicamentos prescritos en las poblaciones aseguradas públicamente que están expuestas al copago.

Métodos

La población de interés consistió en cohortes que recibieron seguro de salud público. La intervención fue la introducción o un aumento en el copago. El resultado fue la falta de adherencia a los medicamentos, evaluado utilizando medidas objetivas. Ocho bases de datos electrónicas y la literatura gris fueron revisadas sistemáticamente para la búsqueda de artículos pertinentes, junto con búsquedas manuales de referencias de artículos de revisión y los estudios incluidos. La calidad de los estudios fue evaluada utilizando EPOC (Effective Practice and Organisation of Care) y EHPPH (Effective Public Health Practice Project) checklists. Un modelo de efectos aleatorios se utilizó para generar el metanálisis en RevMan v5.1. La heterogeneidad estadística se evaluó mediante el test I^2 ; $p.0.1$ indicó una falta de heterogeneidad.

Resultados

7 de los 41 estudios cumplieron los criterios de inclusión. Cinco estudios contribuyeron con más de 1 resultado al meta-análisis. El meta-análisis incluyó a 199.996 personas en total; 74.236 personas en el grupo de copago y 125.760 personas en el grupo sin copago. El promedio de edad fue de 71.75 años. En el grupo de copago (versus grupo sin copago), la odds ratio (OR) para la no adherencia fue de 1,11 (IC 95% 1.9 a 1.14, $p = 0.00001$). Se observó un nivel aceptable de heterogeneidad en $I^2 = 7\%$, ($p = 0,37$).

Conclusión

Este meta-análisis mostró un 11% más de probabilidades de no adherencia a los medicamentos que necesitan copago en la población asegurada públicamente. Los responsables políticos deben tener cuidado con los posibles resultados clínicos negativos de la falta de adherencia, y también a las posibles repercusiones económicas asociadas.

KEEP IT SIMPLE? PREDICTING PRIMARY HEALTH CARE COSTS WITH CLINICAL MORBIDITY MEASURES

Samuel L. Brillemana, Hugh Gravelle, Sandra Hollinghursta, Sarah Purdya, Chris Salisbury, Frank Windmeijer

Highlights

- Clinical measures greatly increase the predictive power of primary care cost models.
- Counts of diseases perform better than complex multimorbidity measures.
- Capitation for given patient types varies strongly with the morbidity measure.
- Gains from patient selection are substantial with all morbidity measures.
- Pro poor horizontal inequity is smaller the better fitting the cost model.

Abstract

Models of the determinants of individuals' primary care costs can be used to set capitation payments to providers and to test for horizontal equity. We compare the ability of eight measures of patient morbidity and multimorbidity to predict future primary care costs and examine capitation payments based on them. The measures were derived from four morbidity descriptive systems: 17 chronic diseases in the Quality and Outcomes Framework (QOF); 17 chronic diseases in the Charlson scheme; 114 Expanded Diagnosis Clusters (EDCs); and 68 Adjusted Clinical Groups (ACGs). These were applied to patient records of 86,100 individuals in 174 English practices. For a given disease description system, counts of diseases and sets of disease dummy variables had similar explanatory power. The EDC measures performed best

followed by the QOF and ACG measures. The Charlson measures had the worst performance but still improved markedly on models containing only age, gender, deprivation and practice effects. Comparisons of predictive power for different morbidity measures were similar for linear and exponential models, but the relative predictive power of the models varied with the morbidity measure. Capitation payments for an individual patient vary considerably with the different morbidity measures included in the cost model. Even for the best fitting model large differences between expected cost and capitation for some types of patient suggest incentives for patient selection. Models with any of the morbidity measures show higher cost for more deprived patients but the positive effect of deprivation on cost was smaller in better fitting models.

Journal of Health Economics, Volume 35, May 2014, Pages 109–122

METÁFORAS

Sergio Minué

En "*Wish you were here*", uno de sus discos más universales, Pink Floyd nos daban la bienvenida a la máquina en una de sus canciones, repleta de sintetizadores. Corría el año 1975 y en ella la banda mostraba su desilusión con la industria musical, preocupada únicamente en ganar dinero, ignorando su función original de expresión artística. Tuvieron que pasar casi 20 años para que el paradigma de la máquina hiciera su aparición en los sistemas sanitarios. Tras la aparición del Working for patient en Reino Unido y del Informe Abril en España, se introdujeron nuevos términos para modelar la realidad, palabras como output, input, proceso, cliente, producto... Ideas como el "just in time", la satisfacción de las expectativas del cliente, o la gestión de procesos fueron aceptadas sin oposición por los profesionales sanitarios, con el fundamento de que lo que había conseguido resultados espectaculares en la producción de automóviles, debía conseguirlos también en los sistemas sanitarios. De forma que instrumentos ideados, desarrollados y aplicados en el mundo industrial (de Fagor a British Petroleum), como las normas ISO o EFQM, empezaron a extenderse por los sistemas sanitarios, no solamente en las "periferias" del negocio (instalaciones, lavandería, almacén) sino en el propio corazón del negocio (el ejercicio clínico).

Las metáforas con las que explicamos la realidad que nos rodea son importantes, y en el sistema sanitario llevamos veinte años bajo el dominio de la metáfora de la máquina. En el fondo, la mayor parte de los grandes instrumentos introducidos en estos años responden a ese paradigma: protocolos, guías, procesos, modelos de certificación, modelos de gestión de crónicos, estratificación de riesgos...

El sistema sanitario, al igual que Internet, un bosque o el cuerpo humano es un ejemplo de sistema adaptativo complejo, "sistemas formados por componentes sencillos que ejercen interacción mutua" según Gribbin. Se definen por las siguientes características:

- Límites difuminados no rígidos.
- Las acciones de los agentes están basadas en reglas internas a menudo implícitas.
- Los agentes y el sistema se adaptan mutuamente.
- Los sistemas están interrelacionados con otros sistemas y evolucionan simultáneamente.
- Las tensiones y paradojas son fenómenos naturales que no necesariamente deben ser resueltos.
- La interacción conduce continuamente a nuevas conductas emergentes.
- Se autoorganizan a partir de reglas simples aplicadas localmente
- La relación predominante es no lineal.
- Existe una gran sensibilidad a las condiciones iniciales: de pequeñas causas, grandes efectos.
- Los Sistemas adaptativos complejos no son previsibles.

Todas estas características son cumplidas sin excepción por las organizaciones sanitarias. Sin embargo políticos, gestores y profesionales siguen prefiriendo confiar en planteamientos tan

simplistas como creer que un hospital, o un centro de salud puede ser organizado como si fuera la cadena de montaje de un automóvil.

Los Sistemas adaptativos complejos oscilan permanentemente entre el orden y el caos. Como señala Stacey en las situaciones de orden (en las que la certidumbre es máxima y el acuerdo entre profesionales es alto) cabe sistematizar, estandarizar, fijar procedimientos. En las situaciones de caos (incertidumbre extrema y falta de acuerdo) solo queda rezar y probar como salir vivos. Y entre una y otra, cuando se surfea en el borde del caos, Wilson, Holt y Greenhalgh recomendaban en el BMJ intervenciones como el uso de la intuición, la confianza en las decisiones de los afectados (lo que llamaban "dar especificaciones mínimas"), la "segmentación " (no pretender solucionar todos los problemas a la vez), las preguntas provocativas o, precisamente, el uso de metáforas.

Para tratar algo tan complejo como un ser humano, que se rige por principios tan complejos como la homeostasis, seguimos prefiriendo creer que la mejor forma de organizar los servicios es establecer cadenas de montaje como si fueran robots. Así nos va.

Blog: El Gerente De Mediado