

## NEWSLETTER Junio 2014

- **Se puede ahorrar y mejorar. Evaluación del servicio de atención telefónica... Del NHS**
- **The role of GP's compensation schemes in diabetes care: evidence from panel data**
- **Estrategia de integración asistencial y gestión clínica en el área de salud de Soria**
- **El último cribado llegado a nuestra redacción**

## **SE PUEDE AHORRAR Y MEJORAR. EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA... DEL NHS**

Lambert R, Fordham R, Large S, Gaffney B.

A cost-minimization study of 1.001 NHS Direct users. BMC Health Service Research 2013, 13:300.

### Objetivo

Evaluar el impacto económico y sobre la calidad de vida de los usuarios del servicio de atención telefónica del sistema nacional de salud inglés (0845 NHS Direct).

### Tipo de estudio

Análisis de minimización de costes, bajo la perspectiva del sistema. Mediante una encuesta telefónica se recogieron 1.001 consultas de personas que contactaron con el servicio durante el año 2009 y se siguieron durante 4-6 semanas. Se comparó el coste de la recomendación del servicio telefónico frente al de la primera opción indicada por el paciente si no utilizara dicho servicio. El impacto sobre la calidad de vida de las recomendaciones del servicio telefónico se midió usando la escala visual analógica del cuestionario EQ-5D.

### Resultados

Se observaron diferencias significativas en los patrones de derivación entre las recomendaciones del servicio telefónico y las alternativas indicadas por los pacientes ( $p < 0,001$ ). El promedio de ahorro por paciente fue de 19,55£ (34,40£ vs. 53,95£), que para 5 millones de llamadas telefónicas anuales a este servicio representaría un ahorro anual de 97.756.013 libras (115.716.397 euros). Se observaron diferencias significativas sobre la calidad de vida al inicio y al seguimiento entre los que creían que su problema era urgente ( $p = 0,001$ ) y los que indicaron que era "no urgente" ( $p = 0,045$ ). Si bien ambos grupos mejoraron, los casos auto-clasificados como urgentes obtuvieron ganancias mayores en la salud que los que manifestaron que eran "no urgentes", si bien el número de llamadas en las que los usuarios se autclasificaban como urgentes es muy superior (800 vs. 191 llamadas, hubo 10 llamadas clasificadas como "desconocido").

### Conclusiones

El servicio telefónico NHS Direct produjo ahorros sustanciales en términos de derivaciones al compararse con la decisión propia de los pacientes pensadas como primeras alternativas. La calidad de vida también mejoró en los usuarios del servicio telefónico, lo que demuestra que el ahorro puede conseguirse sin percepción de perjuicio a los pacientes.

## **THE ROLE OF GP'S COMPENSATION SCHEMES IN DIABETES CARE: EVIDENCE FROM PANEL DATA**

Elisa Iezzi, Matteo Lippi Bruni, Cristina Ugolini

### Highlights

- We investigate the impact of financial incentives on the quality of primary care.
- We analyse diabetes care in the Italian Emilia-Romagna region between 2003 and 2005.
- We focus on avoidable hospitalisations for type 2 diabetes patients.
- We estimate a panel count data model using a negative binomial distribution.
- Financial incentives reduce avoidable admissions, improving diabetes care quality.

### Abstract

We investigate the impact of the implementation of Diabetes Management Programs with financial incentives in the Italian Region Emilia-Romagna between 2003 and 2005. We focus on

avoidable hospitalisations for diabetic patients for whom GPs receive additional payments exceeding capitation. We estimate a panel count data model to test the hypothesis that those patients under the responsibility of GPs receiving a higher share of their income through ad-hoc payments, are less likely to experience avoidable hospitalisations. Our findings indicate that financial transfers may help improve the quality of care, even when they are not based on the ex-post verification of performance. The estimated effect indicates that, at sample averages, an increase of 100 Euros of the financial incentives paid to GPs (around 17% of the yearly payment received by GPs for diabetes programmes) is expected to reduce the number of diabetic ACSCs by 1%, around 100 cases when projected on the entire region.

Journal of Health Economics, Volume 34, March 2014, Pages 104–120

## **ESTRATEGIA DE INTEGRACIÓN ASISTENCIAL Y GESTIÓN CLÍNICA EN EL ÁREA DE SALUD DE SORIA**

Delgado Ruiz E, Gaztelu-Iturri Bilbao J, Iglesias Gómez J, Ladrón Moreno E  
Gerencia Integrada de Atención Primaria y Especializada de Soria. SACYL. Soria.

### Resumen

La integración asistencial y una gestión clínica que acerque la toma de decisiones a los profesionales son herramientas claves para un nuevo modelo asistencial, orientado al paciente, resolutorio, eficiente y de calidad. La gestión por procesos permite un efectivo desarrollo de los modelos de integración.

El área de Soria, despoblada, dispersa, envejecida y aislada geográficamente, es ideal para modelos asistenciales integrados y descentralizados que garanticen la equidad, la accesibilidad y la sostenibilidad de la asistencia.

Tras una década de trabajar en planificación estratégica, coordinación entre niveles, descentralización, calidad a través del modelo EFQM y gestión por procesos, y una vez unificadas las estructuras directivas del Área, se elaboran en 2011 nuevas estrategias de integración asistencial y gestión clínica.

La evaluación muestra una consolidación de las actuaciones previas y avances significativos en sistemas de información, integración de Unidades, descentralización y gestión por procesos asistenciales compartidos, donde el número de procesos puestos en marcha, los accesos de profesionales y los resultados en adecuación clínica manifiestan el cambio en las formas de trabajo de la organización.

Tres Unidades específicas integradas, Unidad de Corta Estancia, Unidad de Diagnóstico Rápido y Unidad del Paciente Crónico y Pluripatológico y sus procesos, han supuesto un impulso importante al nuevo modelo.

La integración asistencial puede y debe hacerse con o sin gerencias únicas. Debe vincularse a la mejora continua, la gestión clínica y la descentralización. La unificación de Unidades Directivas facilita los objetivos previstos, siempre que los pasos para una efectiva integración asistencial estén previamente dados o, al menos, definidos.

Gest y Eval Cost Sanit, 2014;15(1):79-93

Texto completo:

<http://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/09 ESTRATEGIA DE INTEGRACION.pdf>

## **EL ÚLTIMO CRIBADO LLEGADO A NUESTRA REDACCIÓN**

Sergio Minué

“All screening programmes do harm; some do good as well, and, of these, some do more good than harm at reasonable cost” (Todos los programas de cribado hacen daño; algunos producen

beneficio también, y de ellos producen más daño que beneficio a un coste razonable). Sir Muir Gray, J Patrick, RG Blanks.

Hace unos días se celebró en Madrid una nueva jornada sobre “Los Logros y retos futuros” del cribado de cáncer de colon, organizado por la llamada Alianza para la Prevención del cáncer de colon , batiburrillo de entidades entre las que se incluyen diez sociedades científicas, dos asociaciones de pacientes, la cooperativa líder en España en distribución de medicamentos (COFARES), la inefable Asociación Española contra el Cáncer ( esa que dice en su web que “ la dosis de radiación empleada en la mamografía es mínima por lo que resulta inofensiva”), y una Fundación ( Tejerina) de muy ambiciosos objetivos , puesto que tiene como objetivos nada menos que “la promoción, desarrollo, protección, divulgación y fomento de toda clase de estudios, así como procedimientos e investigaciones relacionadas con las ciencias de la salud y la vida, el cáncer en general, el cáncer de mama especialmente, el desarrollo de la medicina, el derecho y las humanidades, la docencia, la investigación e innovación de las tecnologías sanitarias”. Ahí es nada.

El objetivo de la citada Alianza ( quizá la más importante de los últimos años, tras la de Civilizaciones) , no es otro que el de de “ concienciar a la población en general, a los profesionales de la medicina y a las Autoridades Sanitarias de las distintas Comunidades Autónomas, de la necesidad de tomar medidas para su prevención”, ante el hecho de que “las campañas de cribado poblacional para detectar el cáncer de colon en los grupos de riesgo no se realizan todavía de forma rutinaria en los programas de salud de muchas Comunidades Autónomas”.

La Alianza recomienda acudir al médico si se tiene más de 50 años “ para que valore si debe realizarte alguna prueba, a fin de comprobar la existencia o no de pólipos y prevenir que se conviertan en tumores” Reconoce en su web que solamente entre el 5 y el 10% de los pólipos se malignizan, pero aún así “es conveniente detectar cuanto antes y extirpar todo tipo de pólipo, para evitar su riesgo potencial de convertirse en un cáncer”. No solamente deberían seguir tales consejos los mayores de 50 , sino todos los que denominan “grupos de riesgo”, es decir personas con antecedentes personales y familiares, personas con enfermedades inflamatorias intestinales, y ya puestos, personas con inactividad física, consumo de tabaco y alcohol ( no especifican cuanto) o personas con mala alimentación. En definitiva, casi todo el mundo. De la intervención sobre las causas ( por ejemplo, de esa mala alimentación, quizá ligada a la situación de pobreza creciente que hemos comentado reiteradamente) la Alianza no se pronuncia.

Tampoco se pronuncia , lo que es mucho más grave, sobre los posibles efectos adversos de las diferentes pruebas diagnósticas, sobre la existencia de resultados falsamente positivos, o sobre la realización de pruebas e intervenciones innecesarias a las que éstas podrían conducir. Welch, Schwartz y Woloshin señalan en su Overdiagnosed ( un libro sobre el que resulta sospechoso el nulo interés en traducirlo), que tras dos décadas de cribado en Estados Unidos el número de cánceres de colon diagnosticado no ha aumentado sino disminuido, lo que sin duda es una buena noticia. Pero ello no es atribuible a la detección y extirpación de pólipos, técnica que comenzó a realizarse de forma más habitual bastantes años después del inicio de la tendencia descendente del número de cánceres colorrectales. Las causas probablemente sean atribuibles a otro tipo de factores, posiblemente ambientales y ligadas a la modificación de la dieta ( en España además, afortunadamente aún mantenemos una dieta algo más saludable que la americana).

Lo que sí es cierto, como señalan, es que existe un evidente sobrediagnóstico de pólipos colorrectales, que afectan nada menos que a una de cada tres personas , y de los cuales más del 90% no producirán nunca un cáncer. La intervención sobre esos pólipos no es inocua: además de producir molestias al paciente , citas y visitas innecesarias, existe el riesgo cierto para los pacientes, de que si se acaba realizando una colonoscopia en 1 de cada 150 exploraciones se produce una hemorragia copiosa, en 1 de cada 1.500 una perforación y en 1 de cada 10.000 una muerte, como señalaba Andreu Segura en Gaceta Sanitaria tomando datos del programa británico.

El mismo Segura en su imprescindible Prevención, yatrogenia y salud pública recién publicado en Gaceta, señala la necesidad de prudencia, “puesto que las medidas preventivas no están exentas de efectos adversos y, además, porque aunque «pueden conllevar grandes beneficios para la comunidad, ofrecen pocos a cada participante individual”.

Uno entiende que las sociedades de especialidades del ramo anden en esta interesante Alianza , pero no deja de sorprenderse que la Sociedad Española de Medicina de Familia y

Comunitaria participe en este tipo de iniciativas, en lugar de abanderar de una vez la defensa de los pacientes del intervencionismo sanitario, tan costoso y tan dañino.

Blog: El Gerente De Mediado