

ME New Medical Economics

AULA DE INNOVACIÓN EN POLÍTICA SANITARIA

UIC

barcelona

Instituto Universitario
de Pacientes

4

Estudio para la Realización de Servicios Terapéuticos Innovadores o Poco Desarrollados en el Ámbito de la Salud Mental

12

La Atención al Mieloma Múltiple: Principales Condicionantes para el Acceso a la Innovación

16

La Gestión del Medicamento, Propuesta de Mejora del Cumplimiento del Índice de la Calidad de Prescripción Farmacéutica

23

Aproximación a la Atención Afectiva-Efectiva a Pacientes con Leucemia Linfocítica Crónica

27

Implementación de Nuevos Roles Profesionales en Salud Mental en el Marco de los ODS

janssen  PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF 

En colaboración con Janssen España

EDITOR

Boi Ruiz García

boi.ruiz@uic.es

COORDINADOR GENERAL

Rafael Lledó Rodríguez

rlledo@uic.es

DIRECTOR

José María Martínez García

jmmartinezgar@gmail.com

EDITA

Health Economics, S.L.

C/ Velázquez 157

28002 Madrid

ISSN: 2792-4033

EDITORIAL

Cada vez vemos con más frecuencia, cómo cualquier proyecto incorpora en su planteamiento la necesidad de la evaluación de sus resultados y por lo tanto, la necesidad de disponer de datos adecuados para ello.

Lo que no se puede medir no se puede comparar ni tampoco juzgar en relación al propósito perseguido. No hay buenas o malas políticas sanitarias, buenos o malos sistemas sanitarios, buenos o malos modelos de gestión. Lo que hay son buenos o malos resultados.

En este número podemos verlo en cada uno de los artículos. Hagan referencia a la creación de un

servicio innovador, a la política sanitaria ante enfermedades concretas y el acceso a tratamientos innovadores, a la calidad de la prescripción farmacéutica en un hospital, o la necesidad de nuevos roles profesionales, incorporan la necesidad de indicadores que midan sus resultados.

Si la cultura de la medición de resultados de lo que hacemos lleva como consecuencia atesorar su valor, vemos también en los artículos referidos cómo es necesario ganar capacidad de respuesta a los cambios de la realidad que nos envuelve. Es decir, solvencia. Todos ellos tienen partes positivas en ese sentido con la finalidad última de dar la mejor respuesta a las personas cuya salud quebrantada lo requiera.

COMITÉ EDITORIAL

Llorenç Sotorres Bartolí

llsotorres@fundacio-puigvert.es

Joan María Ferrer Tarrés

jm.ferrer@fsm.cat

Xavier Mate García

xavier.mate@quironsalud.es

Joan Bosch Sabater

jboschs@uic.es

Candela Calle Rodríguez

ccalle@iconcologia.net

Isabel Amo Mora

iamo@uic.es

Estudio para la Realización de Servicios Terapéuticos Innovadores o Poco Desarrollados en el Ámbito de la Salud Mental en un Centro Privado de Barcelona



Francisco Javier Barón Fernández

Profesor asociado de Psicología de la Universidad Ramon Llull. Director del Gabinete Barón-Buixo. Psiquiatra adjunto del Hospital de Mataró
info@gbb.es



Carlos Loran Constans

Gerente de BarnaClínic+ (Grup Hospital Clínic)
cloran@clinic.cat

ABSTRACT

The work proposes the realization of a business model in the field of Mental Health (Psychology and Psychiatry) focused on a medium-sized city like Barcelona and its surroundings, although with online services focused mainly on Spain without ruling out the realization of Health interventions. Mental for everyone. It is carried out from an existing center. The possibility of different models of private care in ambulatory Mental Health on 24-hour schedules is assessed, the study of the portfolio of services that would be offered and the costs of the different proposed models.

KEYWORDS

Mental health, services, private outpatient care

RESUMEN

El trabajo plantea la realización de un modelo de negocio en el campo de la salud mental (Psicología y Psiquiatría), centrado en una ciudad mediana como Barcelona y sus alrededores, con servicios online y destinados principalmente a España sin descartar la realización de intervenciones en salud mental para todo el mundo. Se ha realizado a partir de un centro existente y se ha valorado la posibilidad de diferentes modelos de atención privada en salud mental ambulatoria en horarios de 24 horas, el estudio de la cartera de servicios que se ofrecerían y los costes de los diferentes modelos propuestos.

PALABRAS CLAVE

Salud mental, servicios, atención privada ambulatoria

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) dice: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La OMS define trastorno mental al síndrome o a un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a una discapacidad. Según la OMS, una de cada cuatro personas sufrirá algún tipo de trastorno mental a lo largo de la vida.

El Estudio Epidemiológico sobre los Trastornos Mentales en nuestro país (ESEMeD) sitúa la depresión mayor como el trastorno mental más prevalente en la población catalana, con un 15,7% de prevalencia a lo largo de la vida. Las mujeres (19,2% de prevalencia durante la vida) resultan mucho más afectadas que los hombres.

Estos datos se han modificado con la pandemia del COVID-19, aumentado las demandas de manera muy importante sobre todo en ciertos segmentos de la población, como es en la salud infanto-juvenil.

A esto se le suma la falta de psiquiatras en la sanidad pública, que no se valora que se compense a corto plazo (estudios hablan como mínimo de 2033), y el aumento de las necesidades psicológicas; que, aunque con cierto alivio, se están paliando mediante la creación en algunas comunidades autónomas del Programa de Bienestar Emocional y Salud Comunitaria en Atención Primaria, aunque no son suficientes.

CONTENIDO

El proyecto surge con la implantación inicial previa de un Centro de Psiquiatría/Psicología privado (SLP). Tras dicha implantación inicial se valora la necesidad de mejorar la autonomía económica del centro:

- El objetivo principal del estudio es proponer la realización de servicios terapéuticos innovadores o poco desarrollados en un centro sanitario privado en Barcelona dedicado prioritariamente a la salud mental.
- El objetivo secundario es valorar cuáles son otros beneficios que pueden obtenerse tras el objetivo principal.

La metodología que se aplica en dicho estudio es valorar diferentes variables que pueden influir en la propuesta de servicios terapéuticos innovadores o poco desarrollados. Entre las diferentes variables que se han estudiado se incluyen:

- a) Datos demográficos de Cataluña.
- b) Cartera de SISCAT (sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña) en el ámbito de la salud mental. Dispositivos principales. Listas de espera del Catsalut.
- c) Cartera de servicios de centros privados en el ámbito de la salud mental.
- d) Realización de tratamientos online y legislación que la regula.
- e) Horarios de trabajos de la población catalana.
- f) Conclusiones tras la valoración de los puntos anteriores. DAFO.

1. CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS PRIVADOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

Se ha realizado una búsqueda en Google con las palabras “psicología”, “psiquiatría”, “terapia” y “Barcelona” y se han encontrado aproximadamente 97.200 resultados.

De todos estos resultados se ha recogido un número representativo de centros privados que se dedican totalmente o en parte a la salud mental en la ciudad de Barcelona. Revisándose aproximadamente 50 centros, de los que se ha valorado la información que exponen en sus páginas web y se ha comparado esta información entre ellos.

2. PROPUESTA DE ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PARA LA REALIZACIÓN DE SERVICIOS Y OPCIONES TERAPÉUTICAS INNOVADORAS O POCO DESARROLLADAS. DEFINICIÓN DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS

Tras el estudio DAFO realizado se propone una nueva estructura organizativa de servicios y opciones terapéuticas.

La línea estratégica se centra en ofrecer en el ámbito de la salud mental un centro con horario presencial y no presencial en franjas horarias de 24 horas durante los 7 días de la semana:

- Realizar un proyecto que, manteniendo la actual franja horaria contratada, la SLP ofrezca un horario de apertura durante todos los días de la semana en la franja de tarde, más tres días a la semana en la franja de mañanas y posibilidad de al menos una franja a la semana en horario nocturno de manera presencial.

Fortalezas	Amenazas
Expertos reconocidos en la mayoría de los trastornos frecuentes.	Disminución de pacientes por aumento de recursos públicos y mejor oferta de los centros privados de la competencia.
Experto reconocido en algunas patologías (psicofarmacología, TLP).	Existencia de centros privados más consolidados en la misma población.
Listas de esperas escasas o nulas.	Aparición de tratamientos que necesiten tecnología que no podamos implementar en el futuro.
Presencia de psiquiatras y psicólogos con formación PIR y psicólogos general sanitarios.	Falta de conocimiento de nuestro centro como centro de referencia al exterior.
Escasa rotación de los psiquiatras y psicólogos de nuestra SLP.	
Intervenciones finitas en el tiempo y a coste moderado.	
Atención a aquellas patologías con mayor listas de espera patologías en la población.	
Centro propio.	
Atención personalizada y continuada incluido correo electrónico y On-Line.	
Posibilidad de tratamientos farmacológicos On-Line en España con la implantación de la receta Electrónica privada.	
Debilidades	Oportunidades
Coste económico de las visitas.	Pocos centros privados con varios despachos grandes para terapia grupal.
Franjas horarias ofrecidas en la actualidad mayoritariamente por la tarde.	Posibilidad de hacer un horario que no ofrezca la competencia (todos los días de la semana).
Falta de determinados expertos en determinadas patologías prevalentes (Asperger) o de infraestructuras de tratamiento (TCA).	Posibilidad de ofrecer terapia no presencial mediante entorno seguro junto a terapia presencial.
No existen urgencias psiquiátricas.	Aumento de la población de la que podamos acceder mediante la incorporación de tratamientos on-line.
No admitimos mutuas salvo con pago reembolsable.	Algunos centros tienen sus terapeutas con edad cercana a la jubilación.
Escasa inversión en publicidad.	

Tabla 1. DAFO comparativo de la SLP con los centros valorados en el estudio y con otras consideraciones.

- Ofrecer en el ámbito de la salud mental psicoterapia/farmacoterapia online en España, de manera programada con un horario de 24 horas durante los 7 días de la semana, con la posibilidad de ampliarlo a otros países de habla hispana.

3. METODOLOGÍA PARA EL DISEÑO DE ACCIONES A DESARROLLAR

Descripción del contexto, lugar y periodo temporal:

- a) El proyecto se realizará en el centro actual en funcionamiento.
- b) El periodo de realización del proyecto será de 5 años
- c) Se dispondrán de todos los espacios actualmente disponibles (12 despachos).

- d) Las visitas, tanto presenciales como online, serán programadas por los administrativos/as.
- e) En Psiquiatría se facturará en por primera visita 130 euros, tanto presencial como online, y 100 euros en Psicología. Las segundas visitas de Psiquiatría serán a 100 euros y las de Psicología a 70 euros. No habrá diferencias de precio si la visita es presencial o no presencial.
- f) Se desarrollará el estudio de costes de dos proyectos que se diferencian por sus franjas de horarios presenciales. A su vez, cada uno de ellos se dividirá en otros dos, dependiendo del porcentaje que reparta la SLP con el profesional que realiza la visita, como luego se especificará.

Proyecto LU-DO-NO. Este proyecto se compone durante la semana de tres franjas horarias de mañanas, franjas horarias de todas las tardes y una franja horaria de noche. El nombre de LU-DO-NO proviene de las iniciales de los días de la semana donde se ofrecen servicios presenciales (lunes a domingo y la franja de noches). En el cuadro horario, se ha colocado en verde la franja propuesta en el estudio de coste LU-DO-NO y en azul la franja del horario actual de la SLP.

Proyecto LU-DO. Este proyecto se compone de tres franjas horarias de mañanas durante la semana, franjas horarias de tarde durante toda la semana. No se ofrecen franjas horarias de noche. El nombre de LU-DO proviene de las iniciales de los días de la semana donde se ofrece el servicio presencial (lunes a domingo). En el cuadro horario en verde, la franja propuesta en el estudio de costes, y en azul la que actualmente realiza la SLP. Tanto en el proyecto LU-DO-NO como en el LU-DO el horario que se ofrecerá para realizar terapia online.

El estudio del proyecto LU-DO-NO y del LU-DO se divide a su vez en dos propuestas, dependiendo si el porcentaje que se paga a los distintos profesionales que trabajan para la SLP es del 70% o del 60%. Por lo tanto, se harán el estudio de 4 proyectos que se denominan:

- Proyecto LU-DO-NO-30. Proyecto durante la semana con tres franjas horarias de mañanas, franja con horario de tarde y una franja de noche. Los profesionales reciben el 70% del precio de cada visita y la SLP se queda con el 30% del porcentaje de esta.

Franjas horarias proyecto LU-DO-NO							
Horarios	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
09:30h/15:30h							
15:30h/20:30h							
20:30h/09:00h							
En azul el horario actual SLP							
En verde el horario del proyecto LU-DO-NO							

Figura 1. Franjas horarias del proyecto LU-DO-NO

Franjas horarias proyecto LU-DO							
Horarios	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
09:30h/15:30h							
15:30h/20:30h							
20:30h/09:00h							
En azul el horario actual SLP							
En verde el horario del proyecto LU-DO							

Figura 2. Franjas horarias del proyecto LU-DO

- Proyecto LU-DO-NO-40. Proyecto durante la semana con tres franjas horarias de mañana, franja con horario de tarde y una franja de noche. Los profesionales reciben el 60% del precio de cada visita y la SLP el 40% del porcentaje de esta.
- Proyecto LU-DO-30. Proyecto durante la semana con tres franjas de mañana, franja con horario de tarde y sin franja de noche. Los profesionales reciben el 70% del precio de cada visita y la SLP el 30% del porcentaje de esta.
- Proyecto LU-DO-40. Proyecto durante la semana con tres franjas de mañana, franja con horario de tarde y sin franja de noche. Los profesionales reciben el 60% del precio de cada visita y la SLP el 40% del porcentaje de esta.

Se suponen crecimientos anuales del 30% de la facturación anual. Este crecimiento podría ser polémico, pero se valora que puede ser posible en el marco actual en un proyecto inicial de 5 años.

Para llegar a este porcentaje se ha realizado un estudio en la actual SLP del aumento de la facturación desde su nacimiento hasta la actualidad. Desde la apertura del centro la media de crecimiento de la facturación ha sido del 59%. En los años anteriores al estudio el crecimiento sostenido ha sido mayor del 30%.

Se cree que este mantenimiento del aumento de la facturación al 30% puede ser factible por:

1. Volumen de facturación global actual pequeño.
2. Ampliación de las franjas horarias presenciales y no presenciales, por lo que se espera que suponga mayor afluencia de pacientes.
3. Aumento de la inversión en publicidad.

Se realizarán cálculos simulados de los cuatro proyectos durante cinco años. En estos proyectos se valoran:

- Descripción de los costes de cada proyecto por año y a los cinco años.
- Descripción de la facturación esperada de cada proyecto por año y a los cinco años.
- Descripción del resultado de la cuenta de exploración esperada por año y a los 5 años.
- Descripción del punto aproximado de equilibrio económico de cada uno de los proyectos analizados y tiempo que se tardaría en alcanzarlo.

Estimación de facturación por año con incrementos del 30% (aproximadamente)					
Año	1	2	3	4	5
Ingreso	80.000,00 €	104.000,00 €	135.000,00 €	175.000,00 €	225.000,00 €

Tabla 2. Estimación de facturación por año.

Se valorará la evolución del proyecto de manera continuada siguiendo los indicadores de gestión. Entre los costes habrá que valorar entre otros:

1. Gerencia. Funciones y costes.
2. Programa informático de historias clínicas y otros programas.
3. Personal administrativo.
4. Coste en euros por día abierto y por franja horaria.
5. Publicidad en la web.
6. Otros gastos.

Y, tras el cálculo de costes, según las tablas que actualmente hay para los profesionales administrativos, se tiene:

- Coste de administrativos/as del modelo LU-DO-NO: 40.000 euros aproximadamente.
- Coste de administrativos del modelo LU-DO: 30.000 euros aproximadamente.

4. CÁLCULO DE LOS RECURSOS NECESARIOS PARA LA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DE LA SLP

Ingresos

Si se realiza una proyección de la facturación, con el incremento de la facturación esperada del 30% anual du-

rante los próximos 5 años se pueden estimar los resultados que se muestran en la Tabla 2.

Una vez obtenido el incremento de facturación esperado se puede calcular el número de visitas esperadas para conseguir dicho incremento. El número de visitas necesario para este incremento de la facturación dependerá de dos factores:

- Incremento del número de pacientes que necesitan ser visitados en la SLP, tanto de primeras como de segundas visitas. Actualmente el porcentaje aproximado de las primeras visitas es del 18% y el de las segundas visitas del 82%. Esto es importante porque las primeras o segundas visitas tienen un precio diferente.
- El reparto del porcentaje de facturación por visita. En la tabla se realizan cálculos estimados teniendo en cuenta estas variables (porcentajes de primeras/segundas visitas y porcentaje para el profesional y para la SLP). Se calculan porcentajes del 70% y del 60% para el profesional (30% o 40% para la SLP). Conociendo la facturación estimada y el promedio de visitas se puede calcular.

Modelos de negocios. Comparativa entre ellos

En la Tabla 3 se muestran los resultados comparativos de los beneficios y punto de equilibrio por orden de mayor a menor, teniendo en cuenta los parámetros utilizados anteriormente:

Resultados comparativos de los beneficios y punto de equilibrio por orden de mayor a menor (señalado en verde)							
	Cuenta de explotación	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Suma resultados año 1 al 5
Proyecto LU-DO-40	Gastos	-132.110,00 €	-150.830,00 €	-175.166,00 €	-206.803,00 €	-247.930,00 €	-912.839,00 €
	Facturación	104.000,00 €	135.200,00 €	175.760,00 €	228.488,00 €	297.034,00 €	940.482,00 €
	Total	-28.110,00 €	-15.630,00 €	594,00 €	21.685,00 €	49.104,00 €	27.643,00 €
Proyecto LU-NO-NO-40	Gastos	-143.825,00 €	-162.545,00 €	-186.881,00 €	-218.518,00 €	-259.645,00 €	-971.414,00 €
	Facturación	104.000,00 €	135.200,00 €	175.760,00 €	228.488,00 €	297.034,00 €	940.482,00 €
	Total	-39.825,00 €	-27.345,00 €	-11.121,00 €	9.970,00 €	37.389,00 €	-30.932,00 €
Proyecto LU-DO-30	Gastos	-142.510,00 €	-164.210,00 €	-1.922.742,00 €	-229.652,00 €	-277.634,00 €	-2.736.748,00 €
	Facturación	104.000,00 €	135.200,00 €	175.760,00 €	228.488,00 €	297.034,00 €	940.482,00 €
	Total	-38.510,00 €	-29.010,00 €	-1.746.982,00 €	-1.164,00 €	19.400,00 €	-1.796.266,00 €
Proyecto LU-DO-NO-30	Gastos	-153.825,00 €	-175.525,00 €	-204.057,00 €	-240.966,00 €	-288.949,00 €	-1.063.322,00 €
	Facturación	104.000,00 €	135.200,00 €	175.760,00 €	228.488,00 €	297.034,00 €	940.482,00 €
	Total	-49.825,00 €	-40.325,00 €	-28.297,00 €	-12.478,00 €	8.085,00 €	-122.840,00 €

Tabla 3. Comparativa de los modelos.

1. Incremento de la facturación del 30 por ciento anual durante 5 años.
2. Número de visitas necesarias, dependiendo el porcentaje de facturación para la SLP (30 o 40%).
3. Gastos de que se mantienen de la SLP actual más los gastos de la nueva inversión.

Se han organizado los proyectos por orden en relación con los beneficios y al alcance en menor tiempo del punto de equilibrio (el punto aproximado de equilibrio está marcado en color crema. En el caso del LU-DO-30, dicho punto se da por alcanzado con ligeras pérdidas en el año cuatro).

Punto de equilibrio de los distintos modelos

En este apartado siguiente se valora cuál sería la cuenta de resultados de los nuevos modelos estudiados: el LU-DO-NO-30, el LU-DO-NO-40, el LU-DO-30 y el LU-DO-40 durante los 5 años (Tabla 4). Si se comparan los resultados de explotación de los modelos durante el año 1 hasta el año 5 se valora:

1. Los costes para alcanzar el punto de equilibrio varían de manera importante en cada uno de ellos.
2. Solo en uno de los modelos, el LU-DO-40 tendría beneficios en la finalización del periodo.
3. El año en que cada modelo alcanza el punto de equilibrio también es diferente, siendo el modelo LU-DO-40

(que también es el único modelo que alcanza beneficios) el primero que lo alcanza.

Importancia del porcentaje por visita a los colaboradores vs. costes de la ampliación de franja horaria.

En la Tabla 5 se compara el coste del personal administrativo con la ganancia de la SLP dependiendo de los porcentajes que obtiene de sus profesionales (30 o 40%).

5. INDICADORES DE GESTIÓN DE RESULTADOS DE LA SLP

1. Indicadores de gestión relacionada con variables clínicas:
 - Aumentar el número de pacientes con un trastorno específico que lleguen a la SLP, siendo expertos en dicho tratamiento.
 - Valorar qué pacientes con determinado trastorno, con frecuencia estadística clínica, no llegan a la SLP.
2. Indicadores de gestión en relación terapeuta/paciente:
 - Cuántas visitas tiene cada terapeuta al año.
 - Valorar si el promedio de continuación de segundas visitas por terapeuta es el esperado y no hay terapeutas que pierden más visitas de las esperadas en comparación de la media.

Proyectos	Resultados de explotación y punto de equilibrio					
	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Coste/Beneficio años uno al cinco
Proyecto LU-DO-40	-28.109,91 €	-15.629,91 €	594,09 €	21.685,29 €	49.103,69 €	27.643,25 €
Proyecto LU-DO-NO-40	-39.824,81 €	-27.344,81 €	-11.120,81 €	9.970,39 €	37.388,79 €	-30.931,25 €
Proyecto LU-DO-30	-3.809,91 €	-29.009,91 €	-16.981,91 €	-1.163,51 €	19.400,29 €	-31.564,95 €
Proyecto LU-DO-NO-30	-49.824,81 €	-40.324,81 €	-28.296,81 €	-12.478,41 €	8.085,39 €	-122.839,45 €

Tabla 4. Resultados de explotación y punto de equilibrio.

Comparación del coste del personal administrativo con la ganancia de la SLP horaria				
	Facturación esperada	Porcentaje de facturación para la SLP (40% para SLP)	Porcentaje de facturación para la SLP (30% para SLP)	Diferencias anuales de beneficio de la SLP entre el 30% y 40%
Año 1	104.000,00 €	41.600,00 €	-31.200,00 €	10.400,00 €
Año 2	135.200,00 €	54.080,00 €	-40.560,00 €	13.520,00 €
Año 3	175.760,00 €	70.304,00 €	-52.728,00 €	17.576,00 €
Año 4	228.448,00 €	91.379,00 €	-68.534,00 €	22.845,00 €
Año 5	287.034,00 €	118.814,00 €	-89.111,00 €	29.703,00 €

Tabla 5. Comparación del coste del personal administrativo con la ganancia de la SLP.

3. Indicadores de horarios de visita del centro:

- Facturación en cada franja horaria.
- Número de pacientes/franjas horarias/día de la semana.
- Coste/beneficios por cada franja horaria y su punto de equilibrio.

4. Indicadores económicos globales.

5. Modo del conocimiento de la SLP.

6. Indicadores de gestión relacionados con la terapia online.

7. Indicadores derivados de resultados de la realización de encuestas de satisfacción a los pacientes.

RESULTADOS

Tras el desarrollo de los puntos anteriores se plantea la siguiente discusión:

1. Algunos de los proyectos, tanto el LU-DO-NO-30 como el LU-DO-30, tienen mucho riesgo desde el punto de vista empresarial debido a que:

- Necesitan incrementos sostenidos de facturación para alcanzar el punto de equilibrio.
- Se tardarían más de 5 años en recuperar el capital invertido.

2. El proyecto LU-DO 40 y en menor medida el LU-DO-NO- 40 son más asumibles debido a que:

- Permite obtener, al menos el modelo LU-DO-40, beneficios en 5 años si se consiguen los objetivos como se esperan en el estudio.
- Alcanzan el punto de equilibrio en menor tiempo.

3. El modelo más conveniente es el modelo LU-DO-40. Los motivos por los cuales es la mejor opción son:

- Menor inversión económica exigida.
- Riesgo menor de que, en caso de pérdidas económicas importantes afecte al funcionamiento de la actual SLP.
- Punto de equilibrio alcanzado en menor tiempo.

- Beneficios económicos si se cumplen con los puntos esperados en el estudio.
- Menores pérdidas si no se alcanza dicho punto de equilibrio en el tiempo esperado.
- Permite, en el caso de que se produjera, menor necesidad de un incremento progresivo de la facturación para poder continuar el proyecto.
- Si los incrementos esperados de la facturación no fueran los obtenidos o el tiempo necesario para que dicho incremento se establezca fuera mayor, o incluso si llegado al punto de equilibrio se produjera algún decremento, el modelo LU-DO-40 es posible que pudiera seguir realizándose ya que solo necesita un incremento de facturación de dos años para alcanzar el punto de equilibrio.

4. En el caso de que el trascurso de la realización del proyecto LU-DO-40 se valorara y evolucionara de la manera esperada y revalorando los indicadores de gestión, se podría valorar transformar en parte o de manera total el proyecto LU-DO-40 en el LU-DO-NO-40 o ampliar las franjas horarias diurnas. El aumento de las franjas horarias puede permitir:

- Valorar si las franjas horarias nocturnas se comportan en una franja novedosa y ofrecen beneficios.
- El aumento de las franjas horarias puede permitir mayor facturación.

5. Es más importante conseguir un aumento del incremento sostenido de la facturación por la SLP (al menos durante dos años) mediante el pago a los profesionales del 60% en vez del 70%, por el gasto que suponen ciertas franjas del personal administrativo, como se pueden ver en las tablas.

- Hay que valorar el porcentaje que recibe cada profesional. Los porcentajes a todos los profesionales del 70% dificultan poder ampliar las franjas horarias. Una alternativa sería, una vez alcanzado el punto de equilibrio y recuperada la inversión, valorar la aplicación de diferentes porcentajes que recibe cada profesional, según facture a la SLP.
- La ampliación de franjas horarias puede incrementar la facturación y permitir realizar otros pro-

yectos poco desarrollados, como terapia grupal, otros modelos de terapia, etc.

6. El seguimiento continuado con indicadores es fundamental para que sea un proyecto que se pueda ajustar a las circunstancias reales mientras se realiza.

Entre las limitaciones del proyecto realizado, se encuentran:

- a) Obtener profesionales que quieran ofrecer sus servicios en franjas de fines de semana y nocturnas puede ser dificultoso.
- b) Inicialmente los profesionales tienen contrato mercantil, con las desventajas que ello supone con relación a ofrecer contratos laborales.
- c) El porcentaje de reparto entre los profesionales y la SLP pueden no ser atractivos para estos.
- d) Los datos obtenidos con el proyecto actual sirven de escasa orientación al estudio de los modelos propuestos. Es necesario conocer los resultados de gestión precisos y continuados de la opción implementada.
- e) La competencia en Barcelona es importante y en algunos casos competimos con centros de prestigio, con largo recorrido y con mayor presupuesto.
- f) Algunas infraestructuras actuales, como el pequeño tamaño de la sala de espera en el caso que el centro funcionara a pleno rendimiento.
- g) Habrá que ver si se corresponden con la realidad los incrementos de explotación estimados. Es muy importante el continuo seguimiento y evolución del proyecto mediante los indicadores de gestión. En caso de menor incremento del esperado o incluso decremento de la facturación habría que revalorar el proyecto.

- h) Se valora el aumento de visitas y de facturación de manera global sin valorar ni la procedencia de las visitas ni la franja horaria en la que los pacientes demandan las visitas.

- i) No se hacen cálculos del IPC anual. En caso de que haya un incremento importante del IPC se tendría que valorar:

1. Disminuir los gastos de explotación.
2. Aumentar la facturación aumentando el incremento del precio de las visitas.
3. Disminuir el porcentaje que se reparte con los colaboradores incrementando el beneficio de la SLP.

- j) No se hacen cálculos de circunstancias imponderables no predecibles.

- k) No se conocen los gastos reales que supone que el centro esté abierto más horas. Solo se ha realizado una estimación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Indicadores de salud 2017 Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Información y estadísticas sanitarias 2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
2. Plan director de salud mental y adicciones. Barcelona: Dirección General de Planificación e Investigación en Salud, Generalitat de Catalunya; 2013.
3. Instituto nacional de Estadística. Datos de condiciones de trabajo de Cataluña 2021.
4. Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Estratègia 2017-2019.



La Atención al Mieloma Múltiple: Principales Condicionantes para el Acceso a la Innovación



Boi Ruiz García

Instituto Universitario de Pacientes.
Universidad Internacional de Catalunya
boi.ruiz@uic.es



Alex Figueras Nadal

Instituto Universitario de Pacientes.
Universidad Internacional de Catalunya

ABSTRACT

Multiple myeloma (MM) is a disease whose survival rates have increased in recent years, thanks to the development of new treatments. In this context, it is essential to work towards improving the quality of life for patients and ensuring equitable access to new innovations.

Financial pressures faced by healthcare systems due to growing demand and the costs associated with introducing innovation can lead to dysfunctions in treatment access, causing uncertainty for patients themselves. In this context, the introduction of policies and actions that guarantee access to cost-effective innovation, based on scientific evidence, transparency, and sustainability, is essential.

Improving knowledge regarding the outcomes of applied harmonization criteria, analysing the long-term effects of new treatments, considering the social repercussions of these treatments, establishing independent observatories of innovation, and relaxing administrative constraints for implementing drug policies are some potential avenues for progress in this field. The outcomes of such efforts can be beneficial not only for the care of MM patients but also for other diseases.

Enhancing patient information and support throughout the care process, considering social needs, are also important aspects in ensuring a better response to patient requirements.

KEYWORDS

Multiple myeloma, patients, access, innovation, psychosocial support, harmonization, communication, continuity of care

RESUMEN

El mieloma múltiple (MM) es una enfermedad cuya supervivencia ha aumentado en los últimos años, especialmente gracias a los nuevos tratamientos desarrollados. En este contexto, es esencial trabajar para mejorar la calidad de vida de los pacientes, así como garantizar un acceso equitativo a las nuevas innovaciones.

Las tensiones financieras a las que están sometidos los sistemas de salud a causa de una demanda creciente y de los costes derivados de la propia introducción de la innovación pueden generar disfunciones en el acceso a los tratamientos, con la consecuente incertidumbre en los propios pacientes. En este contexto, es esencial la introducción de políticas y acciones que permitan garantizar este acceso a la innovación coste-efectiva, bajo criterios de evidencia científica, transparencia y sostenibilidad.

La mejora del conocimiento en cuanto a los resultados de los criterios de armonización aplicados, el análisis de los efectos a largo plazo de los nuevos tratamientos, la consideración de las repercusiones sociales derivadas de estos tratamientos, la creación de observatorios independientes de la innovación, así como la flexibilización de los corsés administrativos para la aplicación de las políticas del medicamento, son algunas de las posibles líneas de avance en este campo, cuyos resultados pueden ser beneficiosos, no solo de cara a la atención de los pacientes afectados de MM sino también de otras patologías.

La mejora de la información a los pacientes, así como del acompañamiento a lo largo del proceso asistencial, teniendo en cuenta las necesidades sociales, son también aspectos de importancia de cara a garantizar una mejor respuesta a las necesidades de los pacientes.

PALABRAS CLAVE

Mieloma múltiple, pacientes, acceso, innovación, acompañamiento psicosocial, armonización, comunicación, continuidad asistencial

INTRODUCCIÓN

El mieloma múltiple (MM) es un cáncer de la médula ósea que representa el segundo cáncer hematológico más frecuente entre la población española. La incidencia de nuevos casos de MM se estima entre 2.000 y 3.000 pacientes anuales. Los avances en la supervivencia han incrementado la prevalencia de la enfermedad hasta los 20.000-25.000 casos activos en tratamiento.

El MM es una enfermedad que se da principalmente en personas de edad avanzada, diagnosticándose mayoritariamente entre los 65 y 74 años, aunque en los últimos años ha habido un aumento en la incidencia entre población más joven (menores de 50 años). Solo el 5-10% de los pacientes con MM tiene menos de 40 años.

La esperanza de vida ha mejorado gracias a los nuevos tratamientos y se sitúa actualmente en una supervivencia de 5 años para aproximadamente el 51% de los pacientes; esto hace que la mejora de su calidad de vida sea uno de los principales retos a abordar.

Asimismo, como sucede en otras patologías oncológicas, el acceso de los pacientes a las nuevas innovaciones terapéuticas supone un importante desafío para los sistemas de salud. Posibilitar el acceso a los nuevos tratamientos que han demostrado su eficacia, haciendo asumibles para el sistema los costes derivados es una ecuación cuya resolución no es sencilla.

En este artículo se pretenden analizar los principales condicionantes respecto al acceso a la innovación en el tratamiento del MM y aportar posibles líneas de mejora de este acceso con criterios de equidad y sostenibilidad.

CONTENIDO

En los últimos años se ha avanzado notablemente en la atención al MM. Sin embargo, los trabajos realizados en este campo señalan aspectos críticos como la incertidumbre que la enfermedad genera en los pacientes, la necesidad de avanzar, en lo posible, en el diagnóstico, el valor de construir vías asistenciales integradas, la importancia de la humanización de la asistencia, el valor del establecimiento de objetivos compartidos entre profesionales y pacientes o la necesidad de profundizar en el abordaje multidisciplinar.

Muchos de estos aspectos acaban confluyendo en una cuestión primordial, muy relacionada con la citada incertidumbre o incertidumbres que genera la enfermedad en los pacientes: la capacidad de acceso a la innovación. A continuación, se pretende realizar una aproximación a los

principales condicionantes y aspectos que repercuten sobre el acceso equitativo a estos tratamientos.

Criterios de armonización y acceso a los tratamientos

Por lo general, los nuevos fármacos desarrollados para el tratamiento del MM tienen un coste elevado, que deben asumir las administraciones responsables de la prestación de los servicios sanitarios, es decir las comunidades autónomas (CCAA). Con el fin de garantizar un buen uso de los recursos públicos, dichas administraciones cuentan con unos programas y comisiones de armonización farmacoterapéutica que establecen los criterios de prescripción de los medicamentos, tanto en el ámbito hospitalario como en la atención primaria. Esto hace que puedan existir criterios de armonización distintos entre comunidades autónomas y, a la vez, que estos puedan ser más o menos laxos y susceptibles a excepciones.

Asimismo, existe la vía de los ensayos clínicos para acceder a tratamientos aún no aprobados, que pueden comportar igualmente criterios de inclusión de pacientes en función de las necesidades del propio ensayo.

Desde la perspectiva de los pacientes, aunque estos criterios estén bien fundamentados, estas eventuales diferencias pueden generar incertidumbres e, incluso, sensación de injusticia o frustración, especialmente si se consideran basadas en condicionantes económicos. A ello hay que sumarle que, con frecuencia, los pacientes están expuestos a fuentes de información muy diversas y no siempre fidedignas.

Es evidente que, ante la obviedad de que un fármaco no puede ser efectivo en todos los casos ni aplicarse a todas las tipologías de pacientes, deben existir unos criterios de prescripción y utilización, pero los profesionales aseveran que deberían basarse siempre en motivaciones clínicas. En el caso del MM, la aplicación de estos criterios clínicos puede resultar incluso más sencilla, puesto que la respuesta a un tratamiento es más precoz que en otras patologías.

Aspectos críticos en el acceso a la innovación

La citada limitación de los recursos disponibles por parte de los sistemas públicos de salud, junto con la introducción constante de nuevos tratamientos altamente costosos, supone un importante desafío para los servicios de salud. Para afrontarlo, es importante que se apliquen decisiones basadas en criterios objetivos, transparentes y basados en la evidencia. A continuación, se señalan algunas líneas susceptibles de mejora:

- Revisión del catálogo de tratamientos financiados por el sistema público de salud en función de la evidencia

disponible, que es cambiante. Ante la realidad de que no pueden financiarse todos los tratamientos a todos los pacientes y en todo momento, deben priorizarse aquellos que realmente aporten valor en forma de resultados de salud, de acuerdo con la evidencia disponible. Esta revisión debería realizarse de forma periódica.

- Estudios de farmacoeconomía dinámicos que contemplen gastos sociales. Debería ampliarse el prisma de los estudios para tener en cuenta no sólo el coste de un tratamiento a corto plazo sino las repercusiones a medio y largo plazo de este (costes evitados tanto para el paciente en términos de salud como para el sistema en forma de ingresos hospitalarios, tratamientos alternativos...). Asimismo, deberían contemplarse las repercusiones y costes sociales asociados en términos de dependencia, necesidades de apoyo, ...
- Análisis comparativos sobre los distintos criterios de armonización existentes entre CCAA. Debería profundizarse en el estudio de los distintos criterios aplicados y los resultados obtenidos en términos de salud y calidad de vida de los pacientes de MM.
- Creación de un observatorio de la innovación. La existencia de un observatorio de la innovación independiente facilitaría la aplicación de criterios de utilización de nuevos tratamientos y generaría una mayor confianza por parte de los pacientes.
- Habilitación de fondos específicos para la financiación de tratamientos para determinadas enfermedades. El actual marco competencial del estado hace que las CCAA deban financiar, sin recursos adicionales, los tratamientos aprobados a nivel estatal. La habilitación de bolsas específicas para la financiación de tratamientos, por ejemplo, en enfermedades oncológicas, facilitarían un acceso más equitativo a los tratamientos.
- Flexibilización de las limitaciones administrativas en la financiación de medicamentos. Debería adaptarse el actual marco administrativo en cuanto a la elaboración de los presupuestos públicos, de forma que dichos presupuestos permitiesen una visión más a largo plazo (plurianual) en cuanto a la financiación de medicamentos. El sistema actual, basado estrictamente en el suministro de bienes, limita las políticas del medicamento e impide la introducción de una gestión con visión a largo plazo.

Comunicación y acompañamiento a los pacientes

En relación con el acceso a la innovación, es fundamental que los pacientes de MM dispongan en todo momento de información sobre las distintas posibilidades de tratamiento y las condiciones de acceso. En este sentido, es

al profesional responsable de la atención a quien corresponde facilitar esta información con rigor y transparencia. Aunque existan diversos perfiles de pacientes en cuanto a la voluntad de disponer de información, esta debe poder ofrecerse en todos los casos.

En el actual contexto de sobreinformación por diversos medios, pueden darse circunstancias en las que los pacientes consideren que se le limita el acceso a un tratamiento, aunque este sea inadecuado para su caso. En este sentido, el profesional debería ser muy explícito a la hora de informar y saber contrarrestar y valorar la información que le puede llegar al paciente por canales informales.

Asimismo, es fundamental el acompañamiento al paciente durante todo el proceso asistencial; especialmente durante puntos de inflexión clave, como pueden ser los cambios de tratamiento o los momentos en que se le comunica la indisponibilidad o no idoneidad de determinados procedimientos por razones de perfil de paciente.

Continuidad asistencial

El tratamiento de una enfermedad compleja como el MM puede comportar el tránsito de los pacientes por distintos niveles y recursos asistenciales. En este contexto, es fundamental garantizar la continuidad asistencial, con un necesario seguimiento de los eventuales cambios de centro o de equipo asistencial. Debe evitarse que los pacientes se sientan desorientados o perdidos en el sistema.

Esto implica, por ejemplo, la necesidad de reconducir a los pacientes al centro de origen después de un determinado tratamiento en un centro más especializado. En este sentido, es muy importante que la persona afectada tenga siempre un profesional de referencia.

Asimismo, la naturaleza de la enfermedad y las necesidades que de ella se derivan hacen necesaria, y lo harán aún más en el futuro, una atención integral e integrada desde la perspectiva social y sanitaria. La interacción, coordinación e integración de los recursos sanitarios y sociales es una necesidad perentoria y un reto en el que queda camino por recorrer.

CONCLUSIONES

Del análisis de los distintos aspectos relacionados con la atención a los pacientes afectados por MM y, especialmente con relación al acceso a los nuevos tratamientos, se destacan las siguientes conclusiones:

- En general, en España, el periodo de aprobación de un nuevo tratamiento es considerablemente largo. Este hecho, junto con la eventual introducción de cri-

terios de armonización restrictivos, puede suponer un retraso en el acceso a la innovación.

- Existe una percepción de que la limitación en el acceso a la innovación mediante la armonización responde a criterios económicos de fondo, cuando esta armonización debería basarse en criterios clínicos.
- Los criterios de armonización, así como una autorregulación de la prescripción por parte de los profesionales, son necesarios, pero siempre basados en criterios clínicos. Estos procesos deben contar también con la participación de los pacientes.
- Desde esta perspectiva clínica, los criterios de armonización deberían ser también transparentes, de manera que permitan aumentar la confianza de los pacientes. Las limitaciones en el acceso, especialmente si son poco transparentes y se acaban produciendo excepciones, generan incertidumbre y malestar en los pacientes.
- Deberían realizarse estudios para tener un mayor conocimiento sobre los resultados de los criterios de armonización aplicados. Asimismo, deberían realizarse estudios comparativos entre CCAA sobre los criterios aplicados y sus resultados.
- En los estudios llevados a cabo para fijar criterios de armonización deberían tenerse en cuenta los costes y beneficios a medio plazo, así como los gastos no estrictamente sanitarios (incorporar los costes sociales de no aplicar los tratamientos).
- Las limitaciones administrativas son un condicionante muy importante para la innovación. La imposibilidad de aplicar una política presupuestaria plurianual en cuanto a la financiación de medicamentos limita la introducción de políticas que tengan en cuenta los beneficios de un tratamiento a medio o largo plazo.
- La distribución competencial según la cual la administración responsable de la aprobación de nuevos tratamientos no asume los costes derivados, y viceversa, puede generar mecanismos perversos de contención del gasto, que, a su vez, supongan un freno a la innovación.
- Deberían habilitarse fondos específicos para determinadas patologías (como las oncológicas) que permitieran incorporar los nuevos avances terapéuticos efectivos.

- La creación de un observatorio independiente sobre la innovación sería un instrumento útil para su introducción de acuerdo con criterios sólidos y racionales.
- Ante la limitación de los recursos disponibles, es necesaria una revisión periódica de las prestaciones financiadas por el sistema público de salud para incorporar la innovación efectiva y desfinanciar los tratamientos con menos valor.
- Se han producido avances muy notables en los últimos 10-15 años en el tratamiento del MM. Asimismo, la vertiente económica está incorporada en la práctica clínica: los facultativos realizan un importante trabajo de gestión clínica, con la introducción de genéricos o biosimilares, para poder contener el gasto. En consecuencia, desde esta autorresponsabilidad, los médicos prescriptores deberían tener todas las herramientas a su alcance para tratar a los pacientes en caso necesario.
- Es muy importante la información que los profesionales transmiten a los pacientes, especialmente en cuestiones de acceso. El profesional debe ser muy explícito a la hora de dar información y contrarrestar eventuales datos inciertos o incompletos que pueden llegarle al paciente por canales informales.
- Es esencial el acompañamiento al paciente y disponer de un profesional de referencia durante todo el proceso asistencial, especialmente cuando se producen cambios de tratamiento o de centro/equipo asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer. Comisión Europea. Bruselas. 2022
2. Estrategia en Cáncer en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad 2021
3. Plan de abordaje de las Terapias Avanzadas en el sistema Nacional de Salud. Medicamentos CAR Ministerio de Sanidad. 2018
4. Foro Atención Afectiva y Efectiva. Mieloma Múltiple. Universidad Internacional de Catalunya. 2022
5. Informe sobre la salud en el Mundo La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. OMS. 2010
6. Informe de recomendaciones para la atención de calidad del Mieloma Múltiple. Asociación Linfoma Mieloma y Leucemia. España 2017

La Gestión del Medicamento, Propuesta de Mejora del Cumplimiento del Índice de la Calidad de Prescripción Farmacéutica



Alba Ramon Cirera
Universitat Internacional
de Catalunya
alba.ramon@outlook.com



Lluís Campins i Bernadàs
Jefe de Servicio de Farmacia del
Consorci Sanitari del Maresme
(Mataró)
lcampins@csgm.cat



Rafael Lledó Rodríguez
Gerente del Consorci Sanitari del
Maresme (Mataró)
rlledo@csgm.cat

ABSTRACT

Prescribing quality indicators play a crucial role in evaluating healthcare standards and treatment efficacy, ensuring the rational and efficient utilization of medications. This article explores the development of a dashboard designed for monitoring adherence to the “Índice de Calidad de la Prescripción Farmacéutica” at Mataró Hospital. Through the implementation of this tool: a higher percentage of compliance is expected, thereby fostering transparency, and enabling real-time corrective measures. This not only facilitates comprehensive long-term planning but also supports strategic decision-making to ensure a higher standard of healthcare quality.

KEYWORDS

Quality indicator, prescription, medicines, quality care, hospital pharmacy

RESUMEN

Los indicadores de calidad sobre la prescripción son importantes para evaluar la adecuación de la atención médica y efectividad de los tratamientos, además de garantizar el uso racional y eficiente de los medicamentos. En este artículo se aborda la creación de un cuadro de mando para dar seguimiento al cumplimiento del Índice de Calidad de la Prescripción Farmacéutica (IQF) en el Hospital de Mataró. A través de esta herramienta se espera un mayor cumplimiento del IQF, fomentando la transparencia e inclusión de medidas correctivas a tiempo real, lo que facilita la planificación a largo plazo y la toma de decisiones estratégicas para asegurar una mayor calidad asistencial.

PALABRAS CLAVE

Indicador de calidad, prescripción, medicamentos, calidad asistencial, farmacia hospitalaria

INTRODUCCIÓN

El gasto público interanual en medicamentos y productos sanitarios, entre julio de 2022 y junio de 2023, se ha situado en 28.400 millones de euros, lo que supone un crecimiento del 3,8% respecto a los doce meses previos. La utilización de medicamentos tiene un alto impacto sanitario tanto a nivel de recursos como de resultados en salud sobre el Sistema Nacional de Salud (SNS); a nivel hospitalario la inversión en farmacia supuso casi 9.000 millones de euros en el año 2022, lo que representó un crecimiento del 4,37% sobre el año anterior¹.

Estos datos demuestran que la gestión del medicamento es importante para asegurar el uso eficiente de los recursos públicos. La eficiencia considera tanto la inversión económica como la eficacia de la inclusión de dicho medicamento o tecnología sanitaria dentro de la cartera básica del SNS.

Los indicadores de prescripción farmacéutica son herramientas ampliamente utilizadas por los sistemas sanitarios para mejorar la gestión de los medicamentos. Estos indicadores son útiles para:

- Ayudar a garantizar el uso adecuado y seguro de los medicamentos, contribuyendo así a reducir los riesgos de efectos secundarios y efectos adversos^{2,3,4}.
- Evaluar la calidad de la atención médica y efectividad de los tratamientos. Al monitorear las pautas de prescripción, es posible identificar patrones de uso que podrían indicar problemas de salud subyacentes o necesidades de capacitación para los profesionales de la salud^{2,5}.
- Controlar el presupuesto. Los indicadores de prescripción pueden ayudar a promover el uso eficiente de los recursos en sistemas de salud con presupuestos limitados^{2,4}.

Existen ejemplos de varios países del entorno que han implementado sistemas de indicadores de la calidad de la prescripción farmacéutica como parte de la gestión de la calidad de la atención asistencial.

- En el Reino Unido, el *National Health Service* (NHS) utiliza indicadores de prescripción para evaluar la efectividad de los tratamientos, la adherencia a pautas clínicas y la variación en la prescripción entre diferentes regiones⁶.
- En Francia, la *Haute Autorité de Santé* (HAS) ha establecido indicadores para evaluar la calidad de la prescripción y la utilización de medicamentos. Estos indicadores abordan cuestiones como la adecuación de la prescripción, la duración de los tratamientos y el uso de medicamentos genéricos⁷.

- En Italia, el *Agenzia Italiana del Farmaco* (AIFA) trabaja en colaboración con las regiones para desarrollar indicadores de prescripción que evalúen la eficiencia, la seguridad y la calidad de la prescripción de medicamentos en todo el país⁸.
- En Alemania, el *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen* (IQWiG) desarrolla y evalúa indicadores de calidad para diversos aspectos de la atención médica, incluida la prescripción de medicamentos. Estos indicadores abarcan desde la seguridad de la prescripción hasta la eficacia y eficiencia de los tratamientos; se utilizan para medir y mejorar la calidad en la atención médica en todo el país⁹.

Dentro del contexto de un sistema sanitario de cobertura universal, de financiación pública y equidad de acceso de la población, como es el SNS español¹⁰, el establecimiento de indicadores de prescripción farmacéutica es muy habitual. Principalmente estos indicadores se fijan a nivel autonómico, ya que durante las décadas de los 80 y 90 se produjo el proceso de descentralización sanitaria con el traspaso a las comunidades autónomas (CCAA) de las competencias en materia de sanidad y la financiación corre a cargo de los presupuestos generales y propios de cada comunidad autónoma¹¹. De este modo, en cuanto a la prestación farmacéutica, la financiación se decide a nivel del Ministerio de Sanidad de forma centralizada, aunque la financiación está a cargo de las CCAA.

En el caso de Cataluña, es el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) el organismo que tiene como principal objetivo garantizar la atención sanitaria de cobertura pública, íntegra y de calidad en Cataluña¹². En concreto, la Gerencia del Medicamento tiene entre sus funciones¹³:

- Diseñar, ejecutar e implementar las estrategias del uso racional del medicamento de forma coordinada e integrada con las estrategias asistenciales del CatSalut.
- Definir las políticas de prestación farmacéuticas, así como su gestión eficiente.
- Establecer criterios de uso de los medicamentos en todo el sistema de salud de Cataluña.
- Hacer la previsión presupuestaria, el seguimiento y el control del gasto farmacéutico.
- Hacer recomendaciones de medidas de eficiencia para el uso de los recursos, así como la elaboración de pautas de priorización de tratamientos en patologías crónicas y prevalentes.
- Evaluar y hacer el seguimiento de los resultados en salud en el uso de los medicamentos.

Los indicadores de prescripción son una herramienta que utiliza el CatSalut para el cumplimiento de algunos de sus objetivos. El Índice de Calidad de la Prescripción Farmacéutica / Índex de Qualitat de la Prescripció Farmacèutica (IQF) permite medir de forma cuantitativa y cualitativa la prescripción farmacológica efectuada por parte de los profesionales sanitarios en la atención primaria, comunitaria y especializada¹⁴.

El IQF se utiliza para fijar objetivos basados en diferentes indicadores. Los mismos se determinan anualmente (año natural) por parte del CatSalut e informa a los proveedores de salud. El objetivo de fijar los indicadores es incentivar el uso de fármacos priorizados a partir de criterios de uso racional y eficiencia. Además, también persiguen reducir la variabilidad en el abordaje farmacoterapéutico de las patologías más prevalentes y evitar prescripciones inadecuadas. Al ser indicadores, también permite hacer una comparativa (a nivel territorial o de centros) del uso de los fármacos incluidos en este Índice.

El IQF incluye 3 tipos de indicadores de prescripción con los siguientes objetivos¹⁴:

- Indicadores universales: el objetivo es potenciar estrategias dirigidas a garantizar el uso racional del medicamento de forma general¹⁴.
- Indicadores de prevalencia: el objetivo es medir el grado de utilización de determinados grupos de fármacos con el objetivo de evitar la hiperprescripción o la infra-prescripción a nivel poblacional. Actualmente todos los indicadores incluidos de este tipo en el IQF son de hiperprescripción¹⁴.
- Indicadores de selección: el objetivo es promover el uso de fármacos más eficaces, seguros y eficientes mediante la priorización de fármacos de elección en determinadas patologías¹⁴.

El IQF se aplica en distintas áreas y líneas asistenciales. Para el año 2023 se aplica en las Áreas de Gestión Asistencial (AGA) y también a los Equipos de Atención Primaria (EAP) y las Unidades Proveedoras (UP) de atención especializada (hospitales).

El IQF incluye diferentes indicadores específicos para patologías concretas o genéricos con los siguientes objetivos¹⁵:

- Mejora del proceso asistencial: el objetivo es fomentar las mejores prácticas farmacológicas asistenciales garantizando el uso racional del medicamento y disminuir la variabilidad territorial que conduzca a unos mejores resultados en salud. Se evalúa el grado de adecuación a las recomendaciones definidas por el Programa d'harmonització farmacoterapèutica (PHF)¹⁵.
- Mejora de los resultados en salud: los indicadores basados en resultados en salud informan sobre el efecto de

los tratamientos en los pacientes. Establecen la efectividad y es la forma más directa de estimar la calidad asistencial. El objetivo es la mejora de los resultados en salud de la población tratada¹⁵.

La implementación del IQF va ligada a los contratos del CatSalut con las Unidades Proveedoras, con lo cual, la cumplimentación de los indicadores establecidos está ligada a una contraprestación económica. Esto fomenta la implementación de una misma política farmacéutica y del medicamento en todo el territorio.

Para las UP es clave lograr el máximo cumplimiento de estos indicadores, ya que, de esta forma, asegura que sus pacientes son tratados atendiendo criterios de eficiencia y, además, pueden asegurar un mayor presupuesto.

Parece evidente que la correcta monitorización del IQF por parte de los órganos gestores de los hospitales (UP del CatSalut) es fundamental. Para dar respuesta a esta necesidad se ha propuesto generar un cuadro de mando con datos fiables y actualizados de forma periódica. Este deberá ayudar al seguimiento y consecución del IQF fijado por el CatSalut por parte del Consorci Sanitari del Maresme (CSdM) – Hospital de Mataró.

CONTENIDO

El CSdM es una empresa pública del Servicio Catalán de la Salud. Es una Organización Sanitaria Integrada (OSI) y ofrece servicios de atención primaria, especializada, socio-sanitaria, salud mental y atención a la dependencia. Presta servicios a un área de más de 438.000 habitantes y colaboran alrededor de 2.000 profesionales¹⁶. La financiación del CSdM es a través de los presupuestos generales de la Generalitat de Catalunya. En el año 2021 su presupuesto fue de 172 millones de euros¹⁷.

El objetivo del estudio es diseñar una herramienta que contribuya a aumentar el cumplimiento del IQF del CSdM – Hospital de Mataró.

El proyecto consta de 7 fases (Figura 1). Iniciándose con el diseño del estudio para llegar a la implementación de la herramienta de seguimiento del IQF.

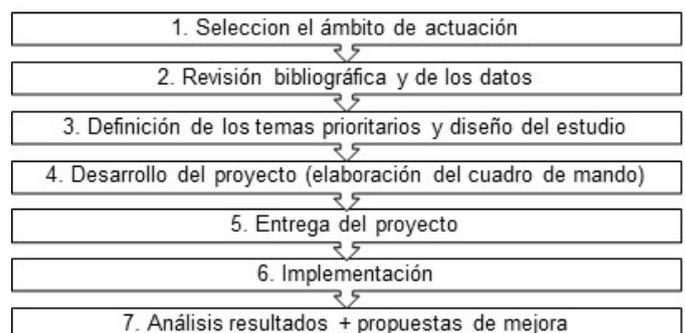


Figura 1. Estructura metodológica.

El ámbito de actuación seleccionado fue el Hospital de Mataró. Junto con la Dirección Médica y el Servicio de Farmacia del centro se decidió empezar la elaboración de esta herramienta por un único IQF. En este caso, se decidió empezar por el IQF de atención especializada (IQF-AE) como piloto. La herramienta fue elaborada pensando en que se podría utilizar para otros IQF en una segunda fase de implementación, si el piloto cumplía con los objetivos. También se acordó realizar una estimación de los recursos necesarios para la elaboración e implementación de la herramienta (coste de la infraestructura/material y coste humano por horas de dedicación según el perfil del empleado).

Se realizó una búsqueda bibliográfica no sistemática con los siguientes términos: “Índex de Qualitat Farmacèutica”, “Indicadors de prescripció farmacèutica + CatSalut”, “Mediació hospitalaria de dispensació Ambulatoria”, “Índex de Qualitat Farmacèutica”, “Índices de Calidad en la Prescripción de Medicamentos” y “Medidas de Control en la Calidad de la Prescripción de los Medicamentos”.

Después de esta primera fase de análisis se concluyó que la herramienta para la elaboración de un cuadro de mando debería tener las siguientes características:

1. Herramienta Excel.
2. Incluir todos los ítems del IQF.
3. Fácilmente actualizable con los datos reportados por parte del CatSalut al centro hospitalario periódicamente o datos internos.
4. Fácilmente actualizable si se modifica alguno de los indicadores (fórmula de cálculo o umbrales) por parte del CatSalut anualmente.
5. Que permita una previsión de cierre anual de cada uno de los ítems que conforman el IQF de forma automática, así como el cierre anual global tanto en porcentaje como en puntuación final.
6. Visual para poder identificar rápidamente aquellos ítems que componen el IQF que están próximos a un cambio de tramo. Cada uno de los IQF está definido por unos puntos de corte y puntuaciones¹².
7. Que permita la elaboración de informes de seguimiento.
8. Fácilmente extrapolable para que se pueda ampliar este cuadro de mando a otros IQF, por ejemplo, los IQF-MH-DA (Medicación Hospitalaria de Dispensación Ambulatoria).

RESULTADOS

Cuadro de mando elaborado a través de Office Excel compuesto por 3 bloques: análisis, datos IQF y puntos de corte y puntuaciones.

1. Análisis (Figura 2): contiene el análisis de cada uno de los indicadores y subindicadores que conforman el IQF en porcentaje de cumplimiento y puntuación. El análisis es mensualizado y se actualiza de forma automática a partir de los datos procedentes del bloque de “Datos IQF” y “Puntos de corte y puntuaciones”.
 - a. Bloque inicial de resumen de los 2 grandes indicadores, universales y de sección (A).
 - b. Cada subindicador se encuentra mencionado en una caja azul (B) y el análisis de cada uno de ellos se encuentra en la tabla (C) y gráfico (D).

La tabla contiene el resumen del porcentaje y puntuación mensual, así como una previsión del cierre del año vinculado a un código semafórico en la que se indica en qué tramo se prevé cerrar el año (rojo: mínima puntuación hasta verde: máxima puntuación).

El gráfico contiene la mensualización del porcentaje de cumplimiento del subindicador del IQF junto con los umbrales de puntuación (líneas horizontales de colores). Esto permite detectar rápidamente de forma visual si se está próximo a los umbrales fijados para cada uno de los indicadores. Esto puede ayudar a identificar ágilmente la proximidad de un cambio de puntuación (por debajo o por encima) e implementar acciones para cumplir los objetivos.

Tanto la tabla como el gráfico se pueden utilizar para realizar informes de resumen mensuales para la dirección del centro y los jefes de servicio responsables.

2. Datos IQF: contiene los datos enviados por parte del CatSalut periódicamente (mantiene la misma estructura). También se puede añadir esta información de forma manual con los datos internos del Hospital de Mataró.
3. Puntos de corte y puntuaciones: contiene la información detallada sobre el cálculo de los porcentajes de cumplimiento de cada subindicador y su puntuación correspondiente. El contenido de este bloque solo deberá ser actualizado de forma anual en aquellos indicadores que se modifiquen por parte del CatSalut (umbral o fórmula de cálculo).

El cuadro de mando contiene un sistema de alerta (semafórico) el cual permite analizar rápidamente el estado de cumplimiento de cada uno de los indicadores y subindicadores en el momento actual, así como la proyección esperada de cada uno de ellos a final de año. Esto permite identificar rápidamente aquellas áreas donde implementar acciones que tengan más sentido en base a la mejora de la puntuación final del IQF.

Este análisis de los datos va a permitir tener la misma evaluación con las mismas variables, poder hacer la comparativa y ver la evolución mensual rápidamente e identificar y

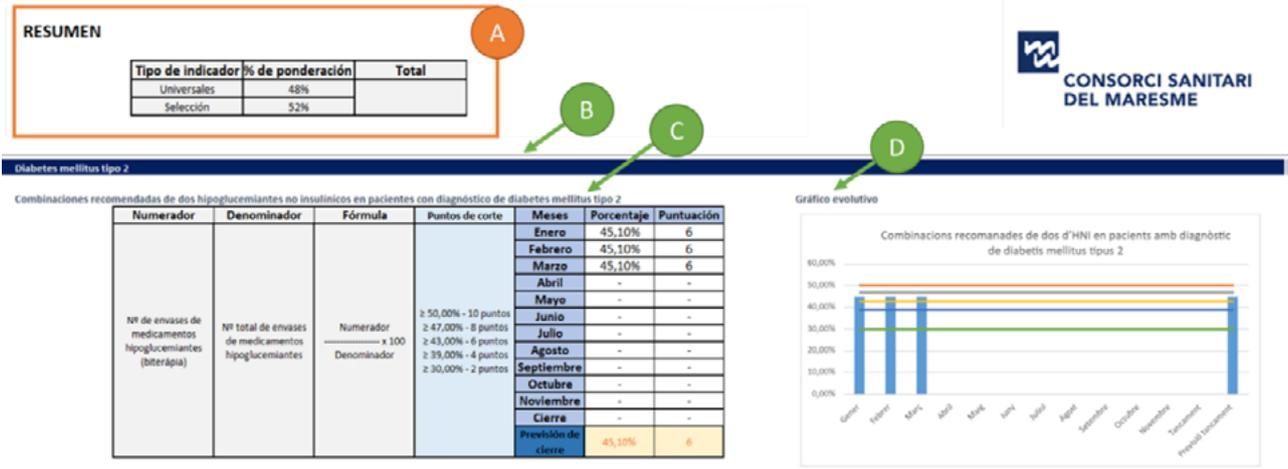


Figura 2. Fragmento del cuadro de mando de cumplimiento y seguimiento del IQF para el Hospital de Mataró.

priorizar aquellos indicadores donde se debe incidir para conseguir una mejora del IQF en el centro.

Para poder evaluar si el cuadro de mando cumple con la función por la cual ha sido diseñada en el Hospital de Mataró, se fijan unos indicadores que van a permitir hacer este análisis: se contemplan unos indicadores cuantitativos y cualitativos.

A nivel cuantitativo se hará una revisión de la serie histórica de la puntuación obtenida del IQF del Hospital de Mataró y se comparará con las obtenidas después de la implementación del cuadro de mando (Tabla 1). Si al cerrar el año la evolución de los subindicadores del IQF ha mejorado desde su implementación, puede ser un indicio de que esta herramienta es adecuada para el objetivo fijado.

Año	Indicador	Subindicador	% de mejora
2021			
2022			
2023			

Tabla 1. Tabla para el seguimiento de los indicadores y subindicadores.

La elaboración del cuadro de mando ha tenido un coste para el Hospital de Mataró de 206,66€ y se estima que la fase de implementación le supondrá un coste anual de 130,41€. Esto viene derivado de:

Fase del proyecto	Perfil	Horas de dedicación	€/hora	Coste total
Desarrollo	Directora Médica	00:30h	58,28 €	206,66 €
	Jefe Servicio Farmacia Hospitalaria	03:00h	45,68 €	
	Farmacéutico hospitalario	01:00h	40,47 €	
	Técnico (desarrollador) (1)	08:00h	0 €	
Implementación	Farmacéutico hospitalario (2)	00:15h/mes	40,47 €	130,41 €/año

Tabla 2. Estimación de horas de dedicación y coste total del personal implicado en el desarrollo e implementación del cuadro de mando en el Hospital de Mataró.

(1) En este caso no se considera ningún coste económico asociado a la parte técnica, ya que forma parte de un Trabajo Final de Máster en Gestión Sanitaria (UIC) y no repercute en ningún coste económico

(2) En la estimación de las horas de dedicación se ha considerado el tiempo esperado de dedicación.

- Coste de la infraestructura/material: se ha considerado coste nulo. El desarrollo ha sido a través del programa Office Excel, que ya tiene disponible el centro. No ha requerido una inversión adicional.
- Coste humano (Tabla 2): para la fase de desarrollo del cuadro de mando se han considerado las horas de dedicación por cada perfil del empleado y para la fase de implementación se ha hecho una estimación según el tiempo esperado de dedicación mensual y perfil del empleado (Tabla 2).

La primera limitación que se observa del estudio es que actualmente este cuadro de mando está siendo implementado por parte de la Farmacia del Hospital de Mataró y, por ahora, no hay resultados sobre el efecto en el cumplimiento del IQF, ya que se requiere un período de mínimo 12 meses para poder visualizar los resultados de forma adecuada.

Otra de las limitaciones es que la mejora del cumplimiento del IQF no está ligada únicamente al uso del cuadro de mando. Hay otras variables que influyen en la mejora del cumplimiento, como, por ejemplo, que los criterios fijados por el CatSalut sean asumibles, que los servicios impactados para la mejora del IQF estén dispuestos a realizar las acciones necesarias para que se pueda visibilizar este cambio y, que se disponga del tiempo y recursos suficientes para poder plantear e implementar estos cambios que van a repercutir en la mejora del IQF en un período relativamente corto en el tiempo.

El control de los indicadores de calidad en la gestión sanitaria es de vital importancia para garantizar una prestación de la atención médica segura, efectiva y eficiente. Estos indicadores actúan como herramientas de medición que permiten evaluar y mejorar constantemente los servicios de salud que se brindan.

El seguimiento mensual del cumplimiento del IQF en el Hospital de Mataró va a permitir al centro saber el estado en el que se encuentra cada subindicador y de esta forma clasificarlos en:

- **Adecuados:** se encuentran dentro de unos umbrales aceptables por parte del centro. Por lo que estos no van a requerir ninguna intervención específica, más que asegurar que se sigue con la misma tendencia.
- **Mejorables a corto plazo:** son aquellos indicadores que con acciones de implementación ágil se puede mejorar el porcentaje de cumplimiento, así como la puntuación obtenida.
- **Mejorables a largo plazo:** son aquellos indicadores que, o bien están muy alejados al % mínimo de cumplimiento, o que el esfuerzo que se debería realizar para conseguir aumentar su cumplimiento es muy elevado.

Con esta clasificación de los indicadores, se pueden generar acciones para la mejora del IQF acordadas con cada uno de los servicios implicados y, de esta forma, se podría incrementar el cumplimiento del IQF.

Cabe destacar que este cuadro de mando se ha realizado con la herramienta Office Excel, de todos modos, actualmente existen herramientas mucho más adecuadas para realizar este tipo de seguimientos de forma automática y mucho más precisa. La inversión en este tipo de infraestructuras por parte de las instituciones públicas es clave para maximizar las oportunidades de mejora de la asistencia sanitaria. Hasta que esto no suceda, se pueden seguir usando herramientas de este tipo para generar cuadros de mando, ya que la inversión económica es mínima, fácil de desarrollar y puede reportar beneficios importantes.

Al monitorear estos indicadores, los gestores y profesionales de la salud pueden identificar áreas de mejora y tomar decisiones informadas para optimizar los procesos y la calidad del cuidado. Esto no solo beneficia a los pacientes al recibir tratamientos más efectivos y seguros,

sino que también contribuye a la gestión eficiente de los recursos.

Los indicadores de calidad también fomentan la transparencia y la rendición de cuentas en el sistema de salud. Al establecer estándares medibles y comparables, se pueden identificar desviaciones y tomar medidas correctivas en tiempo real. Además, estos indicadores permiten detectar tendencias a lo largo del tiempo, lo que facilita la planificación a largo plazo y la toma de decisiones estratégicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Hacienda [Internet]. Indicadores sobre el Gasto Farmacéutico y Sanitario. [Accedido: 01.12.2023]. Disponible en: Indicadores sobre Gasto Farmacéutico y Sanitario: Ministerio de Hacienda y Función Pública
2. Spackman E, Clement F, Allan GM, et al. Developing key performance indicators for prescription medication systems. *PLoS One*. 2019 Jan 15;14(1):e0210794.
3. Spencer R, Bell B, Avery AJ, et al. Identification of an updated set of prescribing--safety indicators for GPs. *Br J Gen Pract* 2014;64:e181–e190.
4. Ofori-Asenso R. A closer look at the World Health Organization's prescribing indicators. *J Pharmacol Pharmacother*. 2016 Jan-Mar; 7(1): 51–54.
5. Fujita K, Moles RJ, Chen T. Quality indicators for responsible use of medicines: a systematic review. *BMJ Open*. 2018 Jul 16;8(7):e020437.
6. Gomez-Cano M, Wiering B, Abel G, Campbell JL, Clark CE. Medication adherence and clinical outcomes in dispensing and non-dispensing practices: a cross-sectional analysis. *Br J Gen Pract*. 2020 Dec 28;71(702):e55-e61. doi: 10.3399/bjgp20X713861. PMID: 33257460; PMCID: PMC7716871.
7. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. Haute Autorité de Santé. [Accedido: 04.12.2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
8. Agenzia Italiana del Fármaco [Internet]. [Accedido: 04.12.2023]. Disponible en: Italian Medicines Agency (aifa.gov.it)

9. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen [Internet]. [Accedido: 04.12.2023] Disponible en: Institute for Quality and Efficiency in Health Care | IQWiG.de
10. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud [Internet]. España 2012. [Accedido: 01.12.2023]. Disponible en: sanidad.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012__Español.pdf
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Recursos Económicos del Sistema Nacional de Salud Datos y Cifras 2003 [Internet]. [Accedido: 04.12.2023]. Disponible en: sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/libro_recursos_naranja.pdf
12. Servei Català de la Salut. El CatSalut y el modelo sanitario catalán [Internet]. [Accedido: 01.12.2023]. Disponible en: El CatSalut i el model sanitari català. CatSalut. Servei Català de la Salut (gencat.cat)
13. Servei Català de la Salut [Internet]. Gerència del medicament. [Accedido: 01.12.2023]. Disponible en: http://sac.gencat.cat/sacgencat/AppJava/organisme_fitxa.jsp?codi=19925
14. Servei Català de la Salut. Gerència el Medicament [Internet]. Argumentari de l'índex de qualitat de la prescripció farmacèutica (IQF). Versió 2022. [Accedido: 02.12.2023]. Disponible en: Argumentari de l'índex de qualitat de la prescripció farmacèutica (IQF) (gencat.cat).
15. Servei Català de la Salut [Internet]. Gerència del Medicament. Índex de qualitat de la prescripció farmacèutica de la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (IQF-MHDA). Versió 2022. [Accedido: 02.12.2023]. Disponible en: Índex de qualitat de la prescripció farmacèutica de la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (IQF-MHDA) (gencat.cat)
16. Consorci Sanitari del Maresme [Internet]. [Accedido: 02.12.2023]. Disponible en: El Consorci | Consorci Sanitari del Maresme (csdm.cat).
17. Consorci Sanitari del Maresme [Internet]. Memòria 2021. [Accedido 02.12.2023]. Disponible en: Memòria 2021 - Consorci Sanitari del Maresme (csdm.cat)



Aproximación a la Atención Afectiva-Efectiva a Pacientes con Leucemia Linfocítica Crónica



Carles Constante

Director Gerente Vall d'Hebron
Institute of Oncology



Alex Figueras Nadal

Instituto Universitario de Pacientes.
Universidad Internacional de Catalunya

ABSTRACT

Chronic lymphocytic leukaemia (CLL) is the most common form of adult leukaemia in Western countries. It accounts for between 20 and 40% of cases of leukaemia, with a mean age of onset of the disease of 72 years. In their initial state, patients usually do not require treatment and can lead a normal life for years. However, they should undergo periodic controls to check if the disease evolves or remains stable.

The characteristics of the disease differ substantially from those of other oncological pathologies, so its approach has differential characteristics, both from the clinical point of view and from the perspective of monitoring, information and communication with patients.

The information associated with the different phases of the care process should be aimed at understanding the disease on the part of the patients, reinforcing the importance of periodic controls and minimizing the restlessness and anxiety that the characteristics themselves may initially cause. Likewise, throughout the care process, both in terms of therapeutic alternatives (if treatment is necessary) and in information and follow-up, the individual preferences of each patient must be respected.

In this sense, a multidisciplinary approach to the needs of each patient is also fundamental, delving into case management and offering the different care services that each person may require throughout their disease process.

Guaranteeing access to the necessary treatment for patients (assessing its cost-effectiveness), ensuring equity of care with criteria of care quality, patient safety, proximity and guarantee of availability of professionals, and delving into the evaluation of results are some of the of the challenges that the health systems must face in the care of patients with CLL.

KEYWORDS

Leukaemia, chronic lymphocytic leukaemia, patients, access, innovation, accompaniment, communication, continuity of care, equity, evaluation, multidisciplinary care

RESUMEN

La leucemia linfocítica crónica (LLC) es la forma más común de leucemia en adultos en los países occidentales. Supone entre el 20 y el 40% de casos de leucemia, con una media de edad de aparición de la enfermedad de 72 años. En su estado inicial, los pacientes no suelen requerir tratamiento y pueden llevar una vida normal durante años; únicamente deben someterse a controles periódicos para controlar si la enfermedad evoluciona o se mantiene estable. Las características de la enfermedad difieren sustancialmente de las de otras patologías oncológicas, por lo que su abordaje tiene características diferenciales, tanto desde el punto de vista clínico como desde la perspectiva del acompañamiento, información y comunicación con los pacientes.

La información asociada a las distintas fases del proceso asistencial debe encaminarse a la comprensión de la enfermedad por parte de los pacientes, al refuerzo de la importancia de los controles periódicos y a la minimización de la inquietud y la ansiedad que pueden ocasionar inicialmente las propias características de la enfermedad. Asimismo, en todo el proceso asistencial, tanto en lo referente a las alternativas terapéuticas (en caso de ser necesario un tratamiento) como en la información y acompañamiento, deben respetarse las preferencias individuales de cada paciente. En este sentido, es también fundamental el abordaje multidisciplinar de las necesidades de cada paciente, profundizando en la gestión de casos y ofreciendo los distintos servicios asistenciales que cada persona pueda requerir a lo largo de su proceso de enfermedad.

Garantizar el acceso al tratamiento necesario para los pacientes (valorando su coste-efectividad), asegurar la equidad de la atención con criterios de calidad asistencial, seguridad de paciente, proximidad y garantía de disponibilidad de profesionales, y profundizar en la evaluación de resultados son algunos de los retos que el sistema de salud debe afrontar en la atención a los pacientes con LLC.

PALABRAS CLAVE

Leucemia, leucemia linfocítica crónica, pacientes, acceso, innovación, acompañamiento, comunicación, continuidad asistencial, equidad, evaluación, atención multidisciplinar

INTRODUCCIÓN

La leucemia linfocítica crónica (LLC) es la forma más común de leucemia en adultos en los países occidentales (Europa y América del Norte), suponiendo entre el 20 y el 40% de casos de leucemia. Mayoritariamente, afecta a personas mayores de 60 años, situándose en 72 años la media de edad de aparición de la enfermedad.

En España, cada año se diagnostican alrededor de 30 nuevos casos por millón de habitantes, el 80% de los cuales mediante una analítica rutinaria o de forma casual, ya que suelen ser totalmente asintomáticos.

En su estado inicial, los pacientes no suelen requerir tratamiento y pueden llevar una vida normal durante años; únicamente deben someterse a controles periódicos para controlar si la enfermedad evoluciona o se mantiene estable. Requiere tratamiento la enfermedad activa, sintomática, de progresión rápida o causante de insuficiencia medular.

Tanto a los pacientes que no requieren tratamiento como en aquellos que lo han finalizado, se les recomiendan revisiones cada 3-12 meses (exploración física, hemograma de sangre periférica con diferenciación de leucocitos).

En los últimos años se han producido avances notables en relación con la enfermedad, gracias a un mayor conocimiento de su biología y a la aparición de nuevos fármacos dirigidos a dianas específicas, que han logrado mejorar tanto la supervivencia libre de progresión como la supervivencia global.

En este artículo se pretende llevar a cabo una aproximación, desde la perspectiva de la atención afectiva-efectiva, a las particularidades del proceso asistencial a los pacientes afectados de LLC y a la respuesta que les ofrece el sistema sanitario en aspectos como el acceso a los tratamientos, la equidad en la atención y la relación entre profesionales y pacientes.

CONTENIDO

1. PROCESO ASISTENCIAL

En el proceso asistencial se deben tener en cuenta las particularidades de la LLC respecto a otras patologías hematológicas. Estos aspectos diferenciales condicionan el abordaje de la enfermedad tanto desde el punto de vista clínico como en lo referente al proceso de atención integral, acompañamiento y comunicación con el paciente.

La detección de LLC crónica es, mayoritariamente, casual (fundamentalmente por el especialista en Medicina

Familiar y Comunitaria o en el servicio de Urgencias) a través de un hemograma por cuestiones ajenas a la enfermedad y conduce a una derivación al servicio de Hematología correspondiente.

Desde el momento de la detección, es fundamental la información al paciente sobre las características de la enfermedad, puesto que este puede vivir con inquietud situaciones como los procesos de espera o la no prescripción de un tratamiento, que pueden contrastar con su visión apriorística sobre una enfermedad hematológica.

Conviene tener en cuenta que las recomendaciones de la *European Society for Medical Oncology (ESMO)* y la *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)* apuntan a una estrategia de espera y seguimiento para los pacientes en estadio incipiente y sin síntomas activos. Esto consiste en no llevar a cabo un tratamiento específico hasta el momento en que la enfermedad esté activa y realizar controles con la frecuencia antes indicada (entre 3 y 12 meses).

Ante esta estrategia, la información, la comunicación y la existencia de un referente asistencial próximo y de confianza, son fundamentales para ayudar al paciente a convivir con la enfermedad y con la necesidad de ir realizándose el citado seguimiento periódico.

El sistema sanitario público ofrece las garantías necesarias para realizar este seguimiento con criterios de equidad y para realizar, en caso de evolución de la enfermedad, el tratamiento que cada paciente requiera (incluso tratamientos complejos, en caso necesario). Conviene señalar que buena parte de las personas afectadas no requerirán este tratamiento específico. Asimismo, conviene señalar que la edad media de diagnóstico es de 72 años y la esperanza de vida tras el diagnóstico se sitúa entre 7 y 12 años, un período muy condicionado por esta edad media alta.

2. INFORMACIÓN A LOS PACIENTES

De las características de la LLC señaladas anteriormente y del consiguiente proceso asistencial a que se someten los pacientes, puede concluirse fácilmente la necesidad de un abordaje particular en lo referente a la comunicación e información al paciente.

Es esencial ofrecer información adecuada para reducir la ansiedad de los afectados, pero al mismo tiempo se deben respetar las preferencias de cada paciente respecto a los límites de la información que desea recibir. Esto es particularmente significativo respecto a la información que cada paciente desee tener sobre la posible evolución de la enfermedad.

Conviene señalar que el pronóstico de un paciente con LLC es muy variable y hay que tener en cuenta que el 5-10% de los pacientes con LLC puede sufrir una evolución a una variedad agresiva de linfoma, denominado Síndrome de Richter, que requiere de tratamiento quimioterápico intensivo.

En este punto, los profesionales asistenciales se encuentran ante una dicotomía, puesto que deben respetar las preferencias del paciente, intentar no generar más inquietud, pero, al mismo tiempo, tener en cuenta que en el entorno actual es difícil que los pacientes no acaben informándose por otros canales que pueden no ser veraces o, simplemente, no ser la mejor vía para obtener una información tan sensible para ellos.

En cualquier caso, el respeto a las preferencias individuales de cada paciente es fundamental. Como también lo es que, más allá de la información directa que los pacientes reciban de su Hematólogo u otro profesional asistencial, puedan tener también acceso a fuentes de información fidedignas y veraces, a ser posible con algún tipo de acreditación.

3. EQUIDAD DE ACCESO Y ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DE LA ATENCIÓN

Un condicionante para la atención a los pacientes (que, lógicamente, no afecta únicamente a los afectados de LLC) es la limitación en la disponibilidad de determinados especialistas y, fundamentalmente, su concentración en las áreas más pobladas.

Aunque el desarrollo de la telemedicina puede ayudar a paliar este problema, la atención a distancia no es óptima ni deseable en todos los casos y momentos, por lo que es esencial hallar fórmulas que permitan a los pacientes acceder a la atención necesaria con criterios de equidad, proximidad, calidad asistencial y seguridad clínica.

En este sentido, en la línea de algunas iniciativas emprendidas en el territorio, es imprescindible una reorganización territorial que facilite el establecimiento de alianzas e iniciativas para compartir o unificar servicios entre centros hospitalarios, flexibilizar la dependencia funcional de los profesionales y establecer incentivos o compensaciones a los desplazamientos de estos.

Asimismo, debe analizarse el papel que puede asumir la atención primaria de salud en el seguimiento a los pacientes afectados de LLC, especialmente a aquellos que, por el estadio de su enfermedad, no requieren tratamiento específico.

4. ACCESO A LA INNOVACIÓN

En la última década se han producido avances muy notables en los tratamientos disponibles frente a la LLC. En

España estos nuevos tratamientos son asumidos por el sistema público, lo que ha permitido avanzar en la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Asimismo, los ensayos clínicos permiten el acceso de determinados perfiles de pacientes a tratamientos aún no autorizados ni financiados.

En el nuevo contexto de introducción de nuevos tratamientos resulta fundamental garantizar la equidad de acceso y al mismo tiempo asegurar la sostenibilidad del sistema, por lo que la evaluación de los resultados adquiere un papel fundamental. Deben evaluarse bien los resultados de los tratamientos y procesos asistenciales en términos de coste-efectividad, así como también los resultados de la introducción de los criterios de armonización terapéutica establecidos por las comisiones competentes. Debe extenderse asimismo la incorporación de la visión y experiencia del paciente en la evaluación. También es fundamental disponer de guías de práctica clínica y de formación específica a los profesionales.

En el acceso y elección de los tratamientos, deben tenerse en cuenta igualmente las preferencias de los aspectos como la calidad de vida, la perspectiva de supervivencia, el tratamiento domiciliario... Este aspecto es especialmente remarcable en el caso de esta enfermedad, frente a la que existen actualmente alternativas terapéuticas con distinto grado de intensidad y temporalidad, con diferentes vías de administración y con posibilidad de procesos de medicación hospitalarios o domiciliarios. Las preferencias del paciente son muy importantes, pero la elección debe tomarse en base a una información bien fundamentada que debe aportar siempre el médico.

5. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

El abordaje multidisciplinar es básico para dar respuesta a las necesidades complejas y variadas de los distintos perfiles de pacientes. Aspectos como la atención psicológica, la nutrición, la sexualidad, las necesidades específicas de las personas mayores o con pluripatología... no se abordan de forma completa y existen diferencias sustanciales entre centros y territorios.

Aunque las asociaciones de pacientes realizan una labor muy importante, es clave que los centros puedan ir ofreciendo este conjunto de servicios en función de las necesidades concretas de cada paciente.

La Psicooncología, por ejemplo, no se presta de forma homogénea en el conjunto del sistema ni se ofrece por igual a todos los pacientes. Además, los Hematólogos apuntan que muchas veces desconocen si los pacien-

tes requieren o no este tipo de atención y se acaban derivando solo los casos más claros.

En este sentido, se señala el papel que puede tener la Enfermería en la gestión de casos y en la coordinación asistencial multidisciplinar, puesto que se trata de los profesionales que generan más confianza en los pacientes, los que establecen mayores vínculos con ellos y, en definitiva, los que les resultan más próximos. Esta gestión individualizada de casos es un paso importante en la mejora de la atención.

CONCLUSIONES

Del análisis de los distintos aspectos anteriormente tratados, relacionados con la atención a los pacientes afectados por LLC, se destacan las siguientes conclusiones:

- El sistema sanitario ofrece una atención equitativa y de calidad a los pacientes con LLC.
- Las características diferenciales de la LLC respecto a la mayoría de las enfermedades oncológicas hacen necesario un abordaje distinto, no solo en cuanto a clínica, sino también en lo que se refiere a la información y comunicación a los pacientes para evitar situaciones innecesarias de ansiedad.
- Las preferencias de los pacientes, desde una información fundamentada, son esenciales tanto a la hora del eventual tratamiento como para decidir el detalle de la información que desean recibir.
- Tiene un gran valor disponer de fuentes de información accesibles, veraces, actualizadas y acreditadas, enfocadas a las necesidades de los pacientes.
- Los ensayos clínicos suponen un instrumento importante para poder ofrecer tratamientos innovadores a los pacientes.
- La evaluación es fundamental para poder comparar los resultados y las eventuales diferencias que puedan existir entre centros o territorios que ofrezcan tratamientos distintos. Esta evaluación debe ir acompañada de la publicación de los resultados para conseguir mayor transparencia y rendimiento de cuentas.
- La reorganización territorial mediante la existencia de servicios compartidos o colaborativos entre hospitales puede suponer una vía para mejorar

la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la equidad territorial de la atención, pero debe ir acompañada de mecanismos de incentivo para los profesionales.

- La gestión de casos, en la cual la Enfermería puede tener un papel clave, es una línea de avance fundamental para la mejora de la atención y de la respuesta a las necesidades individuales de cada paciente.
- Existe igualmente un camino de avance en el abordaje multidisciplinar de la atención, para poder dar respuesta a necesidades complejas e individuales en ámbitos como la atención psicológica, la nutrición, la sexualidad, la dependencia...
- La coexistencia de la atención presencial y telemática y el papel de los distintos niveles asistenciales en la atención y seguimiento de los pacientes con leucemia linfocítica crónica suponen otras líneas que deben someterse a análisis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Universitario de Pacientes. UIC. Foros IUP Atención afectiva y efectiva en oncohematología. Marzo de 2022. <https://www.uic.es/sites/default/files/2023-03/Foro-AE-Oncohematologia.pdf>
2. De la Serna J. Leucemia linfocítica crónica. Guía para pacientes y familiares. AEAL. 2015 http://www.aeal.es/nueva_web/wp-content/uploads/2015/09/GUIA_LLC_AEAL.pdf
3. Empendium. Medicina basada en la evidencia. Leucemia linfocítica crónica. <https://empendium.com/manualmibe/compendio/chapter/B34.II.15.12>.
4. Fundación Josep Carreras. Leucemia linfocítica crónica. <https://www.fcarreras.org/es/cancerdelasangre/sindromes-linfoproliferativos/LLC>
5. Grupo español de la Leucemia Linfocítica Crónica. Guías de tratamiento. 2023 <https://www.gellc.es/>
6. Actualización en oncología y hematología para farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria. 2020. <https://svfh.es/wp-content/uploads/2020/11/14.-Leucemias-linfociticas.-Francisco-Ferriols.pdf>



Implementación de Nuevos Roles Profesionales en Salud Mental en el Marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible



Sònia Rivero Ortega

Psiquiatra, Jefa Clínica de Salud Mental y Adicciones de la Fundació Sanitària de Mollet

so.rivero@fsm.cat



Joan Maria Ferrer Tarrés

Director de Docencia, Calidad e Investigación Fundació Sanitària Mollet

jm.ferrer@fsm.cat

ABSTRACT

The Sustainable Development Goals (SDGs) set out in the 2030 Agenda of the United Nations (UN) address the universal need to achieve development for all people.

Health is a basic, transcendent and transversal sustainable development goal, but it is essential to achieve it to guarantee others such as the elimination of inequalities and the guarantee of work.

Understood as health management strategies, the SDGs would support the creation, planning and execution of new professional roles in the field of mental health.

Accompaniment and Mutual Support Technicians (TeAM) are people who have gone through the experience of a mental illness and who have received specific training to provide support to others in their recovery process. They would work in collaboration with the healthcare teams, their role being complementary to that of clinical professionals.

Its inclusion in the Specific Care Program for Incipient Psychosis (PAE-TPI) would improve the experience of patients and their families and the quality of their care at the onset of a psychotic disorder.

The creation of specific indicators is also proposed to evaluate its effectiveness and efficiency in terms of the prognosis of the disease.

KEYWORDS

Peer support, recovery, first-episode psychosis intervention program, person-centered care, sustainable development goals

RESUMEN

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) marcados en la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) abordan la necesidad universal de lograr un desarrollo a favor de todas las personas.

La salud es un objetivo de desarrollo sostenible básico, trascendente y transversal, pero resulta imprescindible para su consecución garantizar otros, como la eliminación de las desigualdades y la garantía de trabajo.

Entendidos como estrategias de gestión sanitaria, los ODS avalarían la creación, la planificación y la ejecución de nuevos roles profesionales en el ámbito de la salud mental.

Los Técnicos de Acompañamiento y Apoyo Mutuo (TeAM) son personas que han pasado por la experiencia de una enfermedad mental y que han recibido formación específica para brindar apoyo a otros en su proceso de recuperación. Trabajarían en colaboración con los equipos asistenciales, siendo su papel complementario al de los profesionales clínicos.

Su inclusión en el Programa de Atención Especializada a los Trastornos Psicóticos Incipientes (PAE-TPI) permitiría mejorar la experiencia de los pacientes y de sus familias y la calidad en su atención en el debut de una psicosis.

Se propone la creación de indicadores específicos para la evaluación de la intervención tanto en el usuario como en el propio TeAM.

PALABRAS CLAVE

Técnico de acompañamiento y apoyo mutuo, recuperación, programa específico de atención a la psicosis incipiente, atención centrada en la persona, objetivos de desarrollo sostenible

INTRODUCCIÓN

En el año 2015, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) aprobó la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible. Se concretaron así 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)¹ como un llamamiento universal a la acción para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar la paz y la prosperidad de todas las personas en todo el mundo.

Dentro de los ODS señalamos de especial interés: la salud y bienestar, el trabajo decente y crecimiento económico, la reducción de las desigualdades y, por último, las alianzas para lograr los objetivos.

La salud mental puede y debe contemplarse en cada uno de los ODS como un estado transversal. El empleo debe ser considerado como una pieza fundamental en el proceso de recuperación de las personas con problemas de salud mental, quienes lideran en España las tasas de desempleo dentro de los individuos que sufren una discapacidad.

A nivel local, las instituciones sanitarias pueden ser promotoras de las transiciones necesarias para impulsar cambios. La inclusión de estos objetivos en la planificación estratégica de las organizaciones optimizaría la salud de las comunidades y de los sistemas naturales de los que dependen, resultando en un elemento clave como dinamizadores de la economía. Por lo tanto, actuarían como facilitadoras de la promoción de la salud no solo desde el ámbito asistencial, también desde la gestión, dirigiéndonos a la inclusión y fomentando la sostenibilidad del sistema.

La definición y la creación de nuevos roles sanitarios, alineados con los ODS y con las actuales políticas de salud y social, impulsarían la ocupación de calidad entre las personas con un trastorno mental.

Junto con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, existen elementos que proporcionan el contexto para la implementación de los TeAM en los equipos de atención en salud mental.

La Comisión Europea y el Consejo de Europa firmaron en Helsinki la declaración europea para la salud mental (Resolución EUR/RC55/R2), en la que la salud mental se incorpora como prioridad en la agenda europea. Este documento reconoce la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales como objetivos fundamentales para la protección y mejo-

ra del bienestar y la calidad de vida de toda la población (Organización Mundial de la Salud, 2005).

La Declaración de Helsinki² identifica la salud mental como un asunto de salud pública y la hace presente como parte integrante de otras políticas públicas relacionadas con los derechos humanos, la asistencia social, la educación o el empleo.

Asimismo, las acciones descritas en las estrategias del Pla de Salut de Catalunya 2021-2025³ tienen como objetivo la transformación del sistema sanitario para encarar los retos de futuro de forma que se facilite la eclosión y la consolidación de servicios de salud integrados, centrados en la persona y de proximidad, como podría ser la incorporación del TeAM. Para facilitar este cambio es necesario responsabilizar y hacer partícipes a las personas, familias y comunidades, y reorientar el modelo asistencial hacia una corresponsabilidad, fomentando el alineamiento de todos los actores y promoviendo la actuación sobre los determinantes sociales de la salud.

Sin embargo, la justificación se deriva del modelo de Recuperación en Salud Mental⁴. La recuperación se define como un proceso personal, único y multidimensional de cambio de actitudes, sentimientos, valores, metas, habilidades o roles que posibilita una vida satisfactoria y esperanzada, a pesar de las limitaciones causadas por el trastorno, y no se entiende como la simple desaparición de los síntomas.

De este modo, se lograría mantener una vida significativa y productiva, experimentando una sintomatología y en procesos incluso de evolución a la cronicidad⁵.

Las personas atendidas, familiares y profesionales han abogado por sistemas orientados a la recuperación, la toma de decisiones compartidas y la creación de servicios comunitarios⁶.

Se reivindica un abordaje y atención que reconozca a las personas afectadas como ciudadanas de pleno derecho, que les facilite explorar sus fortalezas y asumir roles activos de apoyo a otras personas.

A fin de integrar esta nueva forma de entender el proceso de atención en salud mental son necesarias diferentes transformaciones del sistema biomédico que requieren de una reconceptualización del proceso de salud y enfermedad, además de un cambio en la manera en que los diagnósticos psiquiátricos son percibidos y tratados.

La esquizofrenia y otras formas de psicosis son una de las primeras causas de discapacidad en el mundo y su-

ponen una gran carga, a nivel sanitario y social, así como en términos económicos y de sufrimiento humano.

El Programa de Atención Especializada a los Trastornos Psicóticos Incipientes (PAE-TPI) tiene como objetivo la detección precoz y el tratamiento integral y multidisciplinar de estos procesos.

Se considera que mantener un abordaje específico durante este período es clave para mejorar el pronóstico al minimizar el posible deterioro funcional, las recaídas, el desarrollo de síntomas resistentes al tratamiento y la acumulación de pérdidas a nivel personal, social y laboral⁷.

Uno de los elementos distintivos del modelo de recuperación son las intervenciones llevadas a cabo por personas con experiencia propia y en primera persona, motivo por el que la propuesta de incorporación a un equipo profesional puede resultar acorde a la forma de entender la salud mental por parte de las personas y de sus familias.

CONTENIDO

1. OBJETIVOS

Este proyecto tiene como propósito explorar la función, los desafíos y el efecto de los técnicos de acompañamiento y apoyo mutuo en salud mental con intención de evaluar el resultado de su intervención en el tratamiento de personas con un proceso psicótico incipiente y poder también valorar la situación psicosocial del propio TeAM tras su incorporación al equipo asistencial PAE-TPI.

Con la ejecución de este proyecto se promovería la inclusión laboral de personas que han experimentado una enfermedad mental como TeAM en el Programa de Atención a la Psicosis Incipiente y se favorecería una mejora del pronóstico, al contemplarse su ejercicio en el marco de la atención de proximidad y centrada en las personas atendidas y sus familiares.

2. MÉTODOS

Se efectuó una revisión exhaustiva de la literatura científica relacionada con el apoyo mutuo en salud mental y adicciones. Se realizó una búsqueda en bases de datos como MEDLINE, Google Scholar, EMBASE y PsycINFO, utilizando términos de búsqueda específicos relacionados con el apoyo de pares, apoyo social, apoyo familiar y atención integrada.

La ayuda mutua y el apoyo entre iguales se fundamenta en teorías psicológicas que consideran que la proximidad social fomenta la motivación⁸.

Este tipo de acompañamiento contribuye a ampliar las redes sociales ofreciendo aceptación, apoyo, empatía y sentido de comunidad, lo que incrementa la esperanza, la autonomía, la autoeficacia y la toma de responsabilidades⁹.

Específicamente, por su incorporación al sistema, la figura del técnico de acompañamiento y de apoyo entre iguales permite adoptar un rol terapéutico y social valioso.

Se trata de llegar a comprender la situación de la persona atendida a través de la experiencia compartida a nivel emocional y psicológico, siendo un modo de dar y de recibir ayuda basado en principios clave: respeto, responsabilidad compartida y un acuerdo de lo que resulta útil dentro de esa relación recíproca.

Mediante un análisis DAFO se mostró que el contexto actual es favorable:

- Las oportunidades incluyen la consonancia con el modelo de Atención Centrada en la Persona, el reconocimiento e implementación del Modelo de Recuperación y la necesidad de dar respuesta a la ausencia de profesionales con soluciones alternativas. Además, la colaboración y las alianzas entre el ámbito sanitario y el social pueden ser facilitadoras.
- Las amenazas implican la resistencia en el entorno a la hora de encajar un nuevo rol para la atención y el acompañamiento de las personas con problemas de salud, así como los desafíos que encontrar los técnicos (como salarios precarios, estigma, discriminación y prejuicios, roles laborales poco definidos, alienación y falta de oportunidades de capacitación).
- Las fortalezas abarcan la posibilidad de mejorar la calidad asistencial y la experiencia de los pacientes y sus familias, y la oportunidad de colaborar en la asistencia de personas de forma positiva, comunicativa y cooperativa.
- Las debilidades comprenden la necesidad de garantizar la dignidad de las personas, la selección y capacitación adecuada de los técnicos de acompañamiento y apoyo mutuo, la confidencialidad, el consentimiento informado, la documentación de la relación entre iguales, la regulación profesional, la remuneración justa y la formación continuada.

RESULTADOS

El apoyo mutuo es una práctica común en todas las sociedades, en base a la necesidad humana de pertenencia y de reconocimiento, de acompañamiento y de comprensión junto con la aceptación del sufrimiento como parte del proceso vital, escuchada en un entorno seguro y libre de juicios.

El técnico de acompañamiento y apoyo mutuo entre iguales contribuiría a la mejora de la calidad de vida de las personas en las fases iniciales de un trastorno psicótico, como una propuesta dentro del modelo de recuperación, de la atención centrada en la persona y de su trato en su propio entorno y en la comunidad.

Incluir a los técnicos en acompañamiento y apoyo mutuo entre pares en los equipos de gestión intensiva de casos graves como podrían resultar los atendidos en PAE-TPI, demostró el aumento de su sensación de capacidad, de control y de esperanza para efectuar cambios, aumentó su capacidad de autocuidado y promovió su sentido de pertenencia a la comunidad y también la satisfacción con diversos ámbitos de la vida, disminuyendo el nivel de depresión y psicosis en los pacientes¹⁰.

Existen diversos planteamientos a fin de medir la eficacia de las iniciativas de apoyo entre iguales a nivel internacional. La *Canadian Mental Health Association* (CMHA) hizo referencia a la disminución de las hospitalizaciones, la reducción de los síntomas de ansiedad, la mejoría en el soporte social y de la calidad de vida¹¹.

Por otro lado, una revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios mostró una evidencia moderada de efectos positivos en la reducción de la necesidad de ingresos, mejor relación y vinculación con los servicios, más empoderamiento, buenos niveles de activación y mayor esperanza en su recuperación¹².

Se ha observado que los programas de apoyo entre iguales resultan más necesarios en jóvenes, observándose que la soledad y el aislamiento resultan condiciones desafiantes, junto con el consumo de sustancias¹³.

La implicación de los iguales en el abordaje del malestar y del sufrimiento tiene un resultado positivo en la prestación de servicios, porque aportan un conocimiento desde la experiencia, credibilidad y confianza, consideraciones que también se deberían poder analizar de forma conveniente.

Por otro lado, en muchos estudios se identifican aspectos beneficiosos para los técnicos, proporcionando una mejor calidad de vida con mayor satisfacción, reducción del estigma y menor utilización de los servicios de salud^{14,15}.

El impacto económico ha sido estudiado en la literatura, concluyendo que la contención de costes para el sistema viene dada por la reducción de las tasas de reingreso, visitas a los servicios de urgencias y menores estancias, que en conjunto superan sustancialmente el coste de la implementación de esta intervención. A priori, los técnicos pueden resultar proveedores de un servicio a un menor coste que otro tipo de profesionales. Se debe subrayar, sin embargo, que en ningún caso su función pretende sustituir las intervenciones de carácter asistencial, sino que debe plantearse como un servicio de carácter social, eficaz y humanizador, resultando también en un beneficio para el propio técnico al poder reformular su identidad, aumentar sus responsabilidades y ganar en confianza y bienestar general¹⁶.

La incorporación de este rol profesional, por lo tanto, conduciría a beneficios para las personas que reciben tratamiento, para el equipo asistencial y para el propio TeAM (Figura 1).



Figura 1. Resultados esperables de la intervención del TeAM en 3 ámbitos de acción diferenciados.

CONCLUSIONES

Se hace necesario el desarrollo de estrategias de intervención que permitan lograr una atención clínica veraz, de proximidad y centrada en la persona. Deben discutirse determinados desafíos que deberían enfrentar los técnicos de acompañamiento y apoyo mutuo, como salarios precarios, estigma, discriminación y prejuicios y roles laborales poco definidos.

Se destaca la importancia de garantizar una adecuada selección y capacitación de estos profesionales y amerita una revisión de la regulación profesional que permita una contratación regularizada, no enmascarada.

La inclusión de los TeAMS en los equipos asistenciales puede mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y adicciones. Es necesario seguir investigando y desarrollando métodos de tratamiento innovadores que ayuden a las personas a llevar vidas tan valiosas, autónomas y significativas como sea posible.

BIBLIOGRAFÍA

- Gamez MJ. Objetivos y metas de desarrollo sostenible [Internet]. Desarrollo Sostenible. 2015 [citado el 9 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Wma.net. [citado el 9 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Pla de salut de Catalunya 2021-2025. Pla de salut de Catalunya [Internet]. 2021 [citado el 9 de diciembre de 2023];2021:2025. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/7948>
- Larry, Tondora J, Staeheli M, Connell M, Frey J, Chinman M. Recovery guides: An emerging model of community-based care for adults with psychiatric disabilities. 2005.
- Davidson, L. & González-Ibáñez, A. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 189-205.
- Ostrow L, Steinwachs D, Leaf PJ, Naeger S. Medicaid Reimbursement of Mental Health Peer-Run Organizations: Results of a National Survey. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2015 Jul 29;44(4):501–11.
- Memòria del Programa d'Atenció Específica a les persones amb Trastorn Psicòtic Incipient del Pla Director de Salut Mental i Adiccions 2007-2016 [Internet]. 2007 [cited 2023 Dec 10]. Available from: https://salutintegralbcn.gencat.cat/web/.content/30_ambits/salut-mental-adiccions/memoria_programa_atencio_especifica.pdf
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.
- Bradstreet, S., & Pratt, C. W. (2010). The role of peer support in the lives of people with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 61(3), 229-231.
- Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry* 2012 Jun;11(2):123-128 [FREE Full text] [doi: 10.1016/j.wpsyc.2012.05.009] [Medline: 22654945]
- Peer Support [Internet]. central.cmha.ca. [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://central.cmha.ca/our-services/peer-support/>
- Lloyd-Evans B, Mayo-Wilson E, Harrison B, Istead H, Brown E, Pilling S, et al. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry* 2014 Feb 14;14:39 [FREE Full text] [doi: 10.1186/1471-244X-14-39] [Medline: 24528545]
- Lubman DI, Cheetham A, Jorm AF, Berridge BJ, Wilson C, Blee F, et al. Australian adolescents' beliefs and help-seeking intentions towards peers experiencing symptoms of depression and alcohol misuse. *BMC Public Health* 2017 Aug 16;17(1):658 [FREE Full text] [doi: 10.1186/s12889-017-4655-3] [Medline: 28814325]
- Cabassa LJ, Stefancic A, O'Hara K, El-Bassel N, Lewis-Fernández R, Luchsinger JA, et al. Peer-led healthy lifestyle program in supportive housing: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2015 Sep 2;16:388 [FREE Full text] [doi: 10.1186/s13063-015-0902-z] [Medline: 26329472]
- Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health* 2011 Aug;20(4):392-411. [doi: 10.3109/09638237.2011.583947] [Medline: 21770786]
- Beales A, Wilson J. Peer support—the what, why, who, how and now. *J Ment Health Train Educ Prac* 2015;10(5):314-324. [doi:10.1108/JMHTEP-03-2015-0013]



En colaboración con Janssen España