

Informe



Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad

Continuidad asistencial y paciente único

01. Contexto
02. Alcance
03. Hipótesis
04. Impacto Directo
05. Resumen Ejecutivo
06. Impacto Indirecto

Continuidad asistencial y paciente único

Contexto

Continuidad asistencial

¿Qué es?

La definición de Continuidad Asistencial puede parecer algo trivial, pero son muchos los matices que se pueden encontrar:

"Es una **red de organizaciones que proveen un continuo coordinado de servicios** a una población definida y está dispuesta a **responsabilizarse clínica y financieramente de los resultados** de la atención y del estado de salud de la población."

Sistemas de atención integrada/ Shortell et al. 1994

"Es un **abordaje integrado de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad** en una población determinada con el objeto de mejorar los resultados de salud."

Gestión de Enfermedades/ Herrera, R. 1995

"Es un concepto que agrupa insumos, organización, gestión y provisión de servicios relacionados con el diagnóstico, tratamiento, cuidado, rehabilitación y promoción de la salud. La integración es un medio de **mejorar los servicios** en términos de **acceso, calidad, satisfacción del usuario y eficiencia**."

Atención integrada/ Gröne y García-Barbero WHO Position Paper 2001

"Atención dirigida a las necesidades del paciente, proporcionada sobre la base de la **coordinación y cooperación** entre los **prestadores de atención general y especializada**, con responsabilidades compartidas y especificación de responsabilidades delegadas."

Atención transmural/ Nationale Raad voor de Volksgezondheid/ College voor Ziekenhuisvoorzieningen 1995

"Es un término general que designa los métodos e intervenciones destinados a organizar y proveer los servicios de **prevención y atención sanitaria más coste-efectivos** a aquellos con las mayores necesidades de salud y a la par, garantizando la continuidad de cuidados y la coordinación entre diferentes servicios."

Atención Integrada/ Ovretveit J. 1998

"Su propósito es la **gestión activa de todos los elementos del continuo de la atención** requerida por los individuos y comunidades de cara a la mejora y mantenimiento de la salud y proveer atención sanitaria bien coordinada, apropiada y efectiva."

Atención Integrada/ Nichol D. Schofield A. 1999

"La **atención integrada** busca cerrar la actual división entre la **atención sanitaria y la social**. El principio rector es la **perspectiva del paciente** haciendo obsoletos los modelos de provisión basados en la oferta."

Atención Integrada/ Alliance for Health and the Future 2005

"Es un **conjunto de técnicas y modelos organizativos** designados para crear **conectividad, alineación y colaboración** entre la atención sanitaria y social (y dentro de ellas) en los niveles de financiación, gestión y provisión."

Atención Integrada/ Kodner y Kyriacou 2000

"Es un abordaje de la atención al paciente que **coordina los recursos** a lo largo de todo el sistema de atención sanitaria y a lo largo de todo el ciclo de vida de la enfermedad."

Gestión de Enfermedades/ Boston Consulting Group 1993

"Es la **provisión de la atención sanitaria de forma coordinada** entre los servicios de atención primaria, secundaria y sociales con énfasis en la calidad, el acceso y los resultados de salud."

Atención Integrada/ New Zealand Ministry of Health 2000

"Un **enfoque poblacional sistemático** para identificar personas en riesgo, intervenir mediante **programas asistenciales específicos y medir resultados**, tanto clínicos como de otra naturaleza."

Gestión de Enfermedades/ Epstein y Sherwood 1996

¿Existe continuidad asistencial?

Desde SIGMADOS se han realizado entrevistas a profesionales sanitarios y encuestas a la población general para obtener más información en este ámbito. La metodología con la que se han realizado estas encuestas ha sido la siguiente:

- **7 entrevistas a profesionales sanitarios**, de las cuales 5 han sido a profesionales médicos de diferentes especialidades con preguntas dirigidas sobre continuidad asistencial y 2 a oncólogos.
- **3000 encuestas a la población** distribuidas con afijación directa por CA con cuotas por sexo y edad, con un error muestral inferior a $\pm 2\%$ para un nivel de confianza del 95%.

De la información obtenida en estas entrevistas, lo primero a destacar es la definición de Continuidad Asistencial propuesta por los profesionales sanitarios entrevistados:

"La continuidad asistencial puede entenderse como el conjunto de procesos, servicios e innovaciones puestos en marcha de forma coordinada e integrada por el sistema sanitario con el fin de ofrecer al paciente la atención sanitaria que precisa con independencia del sistema sanitario (público o privado), póliza o lugar de residencia."

Estos profesionales, además, coinciden en resaltar que **la razón de su cometido profesional y el del conjunto del sistema sanitario debe ser el paciente.**

A continuación, para intentar responder a la pregunta de "¿Existe continuidad asistencial?", se van a plasmar varios mensajes clave de las entrevistas realizada por SIGMADOS a los profesionales sanitarios:

- El paciente como eje vertebrador de la continuidad asistencial.
- La sinergia entre niveles asistenciales como condición indispensable de la continuidad asistencial.
- Romper las barreras territoriales.
- La colaboración público-privada entendida como parte de un sistema.
- Iniciativas y propuestas de cambio.

¿Existe continuidad asistencial?

El paciente como eje vertebrador de la continuidad asistencial 	- La razón del cometido profesional de los sanitarios y del conjunto del sistema debe de ser el paciente. - El obstáculo principal que impide que dicha continuidad sea una realidad radica en la complejidad asociada al conjunto del sistema sanitario en el que se prioriza la estructura, sus protocolos e, incluso, los intereses de los profesionales frente al interés del paciente, que acaba siendo en buena medida cosificado.
La sinergia entre niveles asistenciales como condición indispensable de la continuidad asistencial 	- Cuando el bienestar del paciente es la brújula que guía al conjunto del sistema sanitario, la comunicación, cooperación y coordinación entre los distintos niveles asistenciales se convierte en objetivo primordial sobre el que construir y optimizar la continuidad asistencial. - Estas sinergias evitan perjuicios en el estado emocional del paciente y el profesional puesto que el primero es capaz de percibir y sentir que sus inquietudes y problemas se están abordando eficazmente y el segundo evita verse sometido a la incertidumbre, sobrecarga e impotencia ante el desconocimiento que rodea a la historia clínica del paciente. - La falta de comunicación entre los profesionales implicados en las patologías de los pacientes añade riesgo de derivar en decisiones equivocadas. Tecnologías deficientes y protocolos poco unificados a la hora de registrar la información médica del paciente. Sobrecarga de trabajo y falta de medios humanos, especialmente en Atención Primaria, donde se ve mermada su función preventiva. - La incapacidad para hacer frente a las necesidades que plantean los pacientes en Atención Primaria es de gran relevancia ya que tiene una repercusión directa sobre otros niveles asistenciales, que acaban saturados.

"¿Quién es la principal persona en la salud? yo no vendría a trabajar ningún día de la semana si no hubiera enfermos... yo puedo venir a trabajar sin ecos, con una sala de cateterismo rota, con menos camas, pero no tengo ningún sentido si no tengo enfermos, si no hay enfermos, no tiene ningún sentido mi vida. Con lo cual hay que organizar el proceso en torno al enfermo. Por eso el enfermo es una línea transversal, no es un punto en el que le ve el médico y le dice 'adiós, hasta la siguiente'."

"Mira, yo para saber lo que le pasa realmente a un paciente recurro a la historia clínica y en ella tengo que rebuscar entre cortas y pegas y textos abrumadores dónde está el problema o los problemas estructurados de este paciente. Escribimos mucho, pegamos mucho pero no plasmamos correctamente lo que hay que buscar de forma rápida y facilitadora."

¿Existe continuidad asistencial?

Romper las barreras territoriales 	- Actualmente la variable territorial sigue siendo una tarea pendiente que dificulta cualquier intento de continuidad asistencial entre comunidades autónomas suponiendo, además, un impedimento en el logro de un sistema sanitario equitativo. - Problemáticas: obstáculos a los que el paciente se enfrenta cuando requiere una asistencia sanitaria en una comunidad autónoma distinta a la que reside y, por otro, las distintas opciones y posibilidades sanitarias de las que disponen los pacientes dependiendo del territorio o comunidad en la que se encuentren.
La colaboración público privada entendida como parte de un sistema 	- La colaboración entre el sistema público y el sistema privado sigue constituyendo además de un tabú un "casus belli" por la carga ideológica y los prejuicios asociados a este planteamiento. El paciente que, por cualquier circunstancia, desee o necesite cambiar de sistema se enfrenta a un calvario de complicaciones que no sólo pasan por el hecho de tener accesibilidad a sus propios datos médicos sino también por la necesidad de que éstos sean aceptados por el organismo o los profesionales que le atiendan en su nuevo destino. - Aunque cada vez se producen con menor frecuencia, todavía son comunes las ocasiones en las que se exige al paciente que empiece desde cero en el diagnóstico de una patología ya detectada, estudiada y tratada porque no se acepta el protocolo o tratamiento seguido anteriormente, ni la validez de la información aportada, incurriendo por este motivo en duplicidades y costes innecesarios. - A los impedimentos institucionales y/o profesionales hay que añadir de nuevo la ausencia de comunicación entre los profesionales de ambos ámbitos y los impedimentos técnicos a la hora de incorporar el historial del paciente desde el sistema privado al sistema público y viceversa.

"Lo ideal sería que el paciente sea uno sólo y que ese uno sólo pueda facilitar o pueda tener el médico que le atiende asistencia en cualquier sitio, en cualquier entorno, en cualquier comunidad o en cualquier aseguramiento privado o público, lo que sea, en cualquiera ser uno el paciente, eso sería lo ideal y eso es lo que entendemos como hay continuidad asistencial."

"Sé que el paciente cuando tiene dificultades en la sanidad privada, por temas de coberturas o por temas de lo que él quiera, es un tema que la privada no le va a resolver y se va a la pública, lo que sea tiene tremendas dificultades para conseguir dos cosas: una, conseguir toda la información que le facilite eso y dos, conseguir que se la acepten en el sistema público donde va a continuar la asistencia."

¿Existe continuidad asistencial?

Iniciativas y propuestas de cambio



Ámbito Formativo:

- El replanteamiento hacia un **enfoque más humano** requiere de una sensibilización para cambiar una mentalidad en la que ha primado la estructura organizativa y el interés personal sobre el paciente.

Ámbito Asistencial y Técnico:

- **Reorganización fundamentada en procesos** en lugar de en especialidades, en favor de otra transversal y basada en la patología.
- Camino libre de trabas que permita un **tránsito libre y fluido entre sistemas**.
- **La Atención Primaria como el primer eslabón de la cadena** en base al cual se debe iniciar e ir articulando la asistencia al paciente.

Ámbito Digital:

- Indispensable la **implantación, integración y centralización de la historia clínica del paciente para impulsar la interoperabilidad**; posible gracias a la implantación de una plataforma.
- La centralización y accesibilidad a la historia clínica del paciente conlleva un ahorro de costes innecesarios por duplicaciones.

Ámbito Económico:

- **Inversión económica y planificación de costes** - La correcta aplicación de los recursos económicos y la actuación de profesionales implicados viene avalada por **las auditorías y controles de calidad**.

Ámbito Político:

- **El pacto de estado es clave para adquirir un consenso y un compromiso** que enfrente los obstáculos que dificultan la continuidad asistencial.
- Para ello, es necesario **marcar prioridades** que resuelvan las trabas existentes en función de la urgencia que presenten y en la que la necesidad y el bienestar del paciente debe ser lo primero.

"...en las carreras se debería hablar más de humanidad. Falta una asignatura de lo que es un enfermo. Sobran asignaturas de lo que es la enfermedad y faltan sobre todo de lo que es un enfermo, de lo que es una persona, de lo que es un ser humano".

¿No deberíamos hacerlo así, en una estructura transversal en la cual exista una continuidad de lo que necesita el paciente, desde que entra en un proceso hasta que acaba ese proceso? Entonces realmente eso es la continuidad asistencial".

"Seguramente vamos a ahorrar una cantidad importante de pruebas de cosas que no hace falta duplicar".

"Entonces ¿qué se puede hacer? Uno, más humanidad en la formación pregrado y posgrado. Dos, que los políticos se involucren de verdad en el patient journey, en el viaje del paciente, optimizando la integración de la medicina especializada, de la medicina primaria y de la medicina privada, que los tres entes formen parte de un mismo sistema porque nos beneficia a todos y que dejemos de creer que yo soy el motor de la medicina para poner el motor en el paciente."

Contexto

¿Qué opina la población?

De la misma forma, desde SIGMADOS se ha realizado una encuesta a la población, con el fin de conocer en detalle cuál es su percepción y opinión en este tema.

En esta encuesta, se han realizado las siguientes preguntas:

Pregunta 1:

¿En qué medida considera usted que es necesario impulsar la cooperación entre la sanidad privada y la sanidad pública para promover un modelo sanitario y sociosanitario más sostenible?

Pregunta 2:

¿Cómo valoraría la posibilidad de recibir tratamiento o hacerse pruebas en la sanidad privada o pública indistintamente, y que todos los datos pudieran ser conocidos y evaluados por el profesional sanitario que le atiende en cada momento?

Pregunta 3:

¿Le parece razonable que sus informes médicos sean compartidos para que los profesionales de otro centro dispongan de ellos?

Pregunta 4:

¿Considera que esta comunicación debe ser autorizada por usted?

La descripción de la muestra (3.000 personas) sobre la que se han realizado las encuestas a la población es la siguiente:



Residentes en España mayores de 18 años con la siguiente distribución:

- 15% entre 18 y 29 años
- 26% entre 20 y 44 años
- 35% entre 45 y 64 años
- 24% para mayores de 65 años



Entre el 25 de abril y el 18 de mayo de 2022.



El canal usado fue el teléfono.



El 71% padecía una enfermedad crónica frente al 29% que no la padecía.



El 74% tenía un tipo de cobertura pública frente al 26% que era privada.

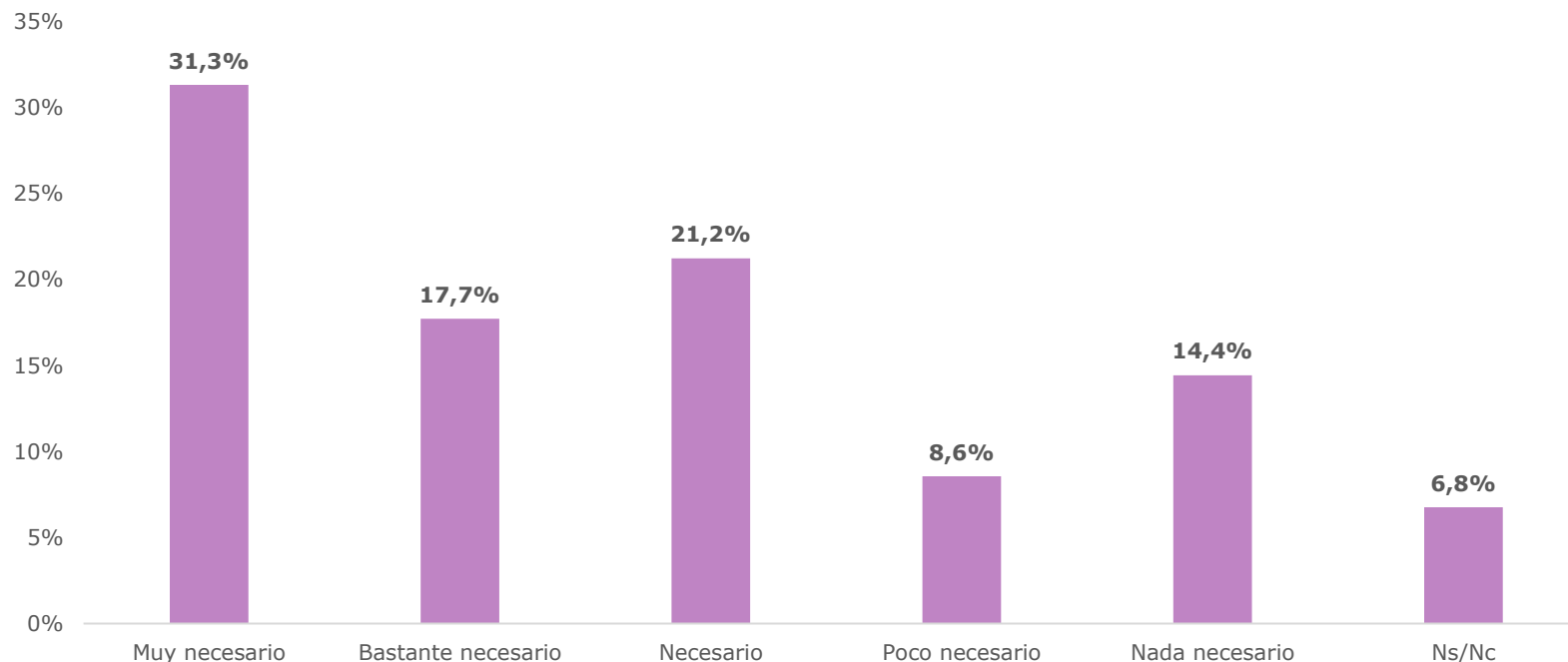
¿Qué opina la población?

Se ha preguntado a la población en qué medida consideran la necesidad de impulsar la cooperación entre la sanidad pública y privada con el objetivo de promover un modelo sanitario y sociosanitario más sostenible. Como se muestra en el gráfico un 31,3% lo considera muy necesario y un 17,7% bastante necesario.



Un 70,2% de la población lo considera muy necesario, bastante necesario o necesario

¿En qué medida considera usted que es necesario impulsar la cooperación entre la sanidad privada y la sanidad pública para promover un modelo sanitario y sociosanitario más sostenible?



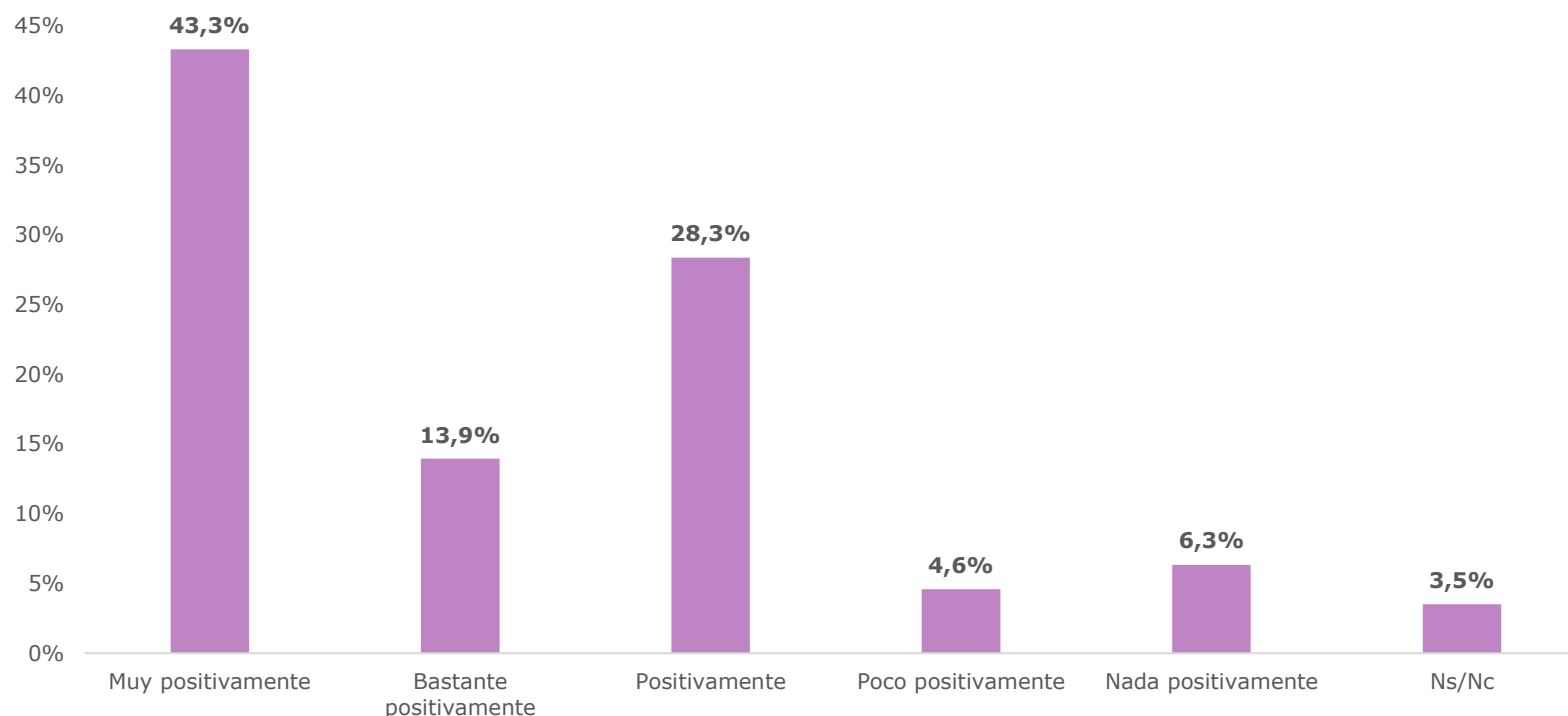
¿Qué opina la población?

Se ha preguntado a la población cómo valoraría la posibilidad de recibir tratamiento o hacerse pruebas en la sanidad privada o pública indistintamente, y que esos datos pudieran ser conocidos y evaluados por el profesional sanitario que le atiende en cada momento. Como se muestra en el gráfico un 43,3% lo considera muy positivo y un 13,9% bastante positivo.



El 85,6% de la población lo considera muy positivo, bastante positivo o positivo

¿Cómo valoraría la posibilidad de recibir tratamiento o hacerse pruebas en la sanidad privada o pública indistintamente, y que todos los datos pudieran ser conocidos y evaluados por el profesional sanitario que le atiende en cada momento?



Contexto

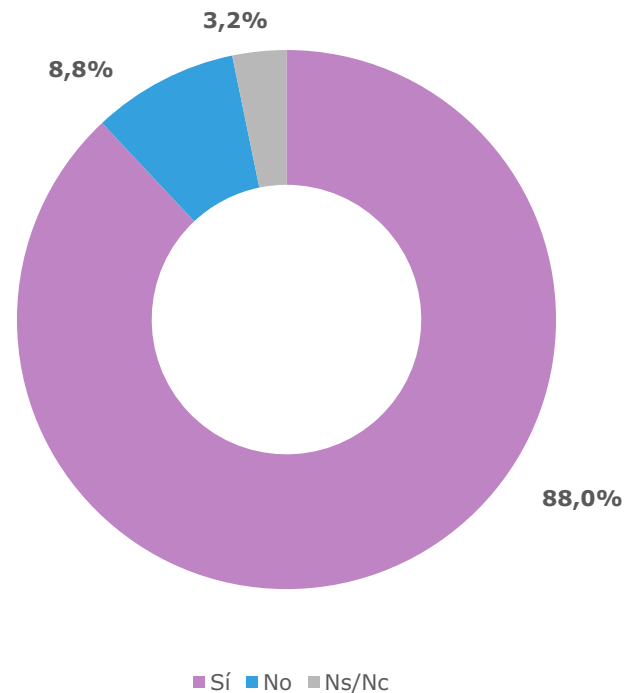
¿Qué opina la población?

Se ha preguntado a la población si le parece razonable que sus informes médicos sean compartidos para que los profesionales de otro centro dispongan de ellos.



El 88% de la población lo considera razonable frente a un exiguo 9% que no lo vería razonable

¿Le parece razonable que sus informes médicos sean compartidos para que los profesionales de otro centro dispongan de ellos?



Contexto

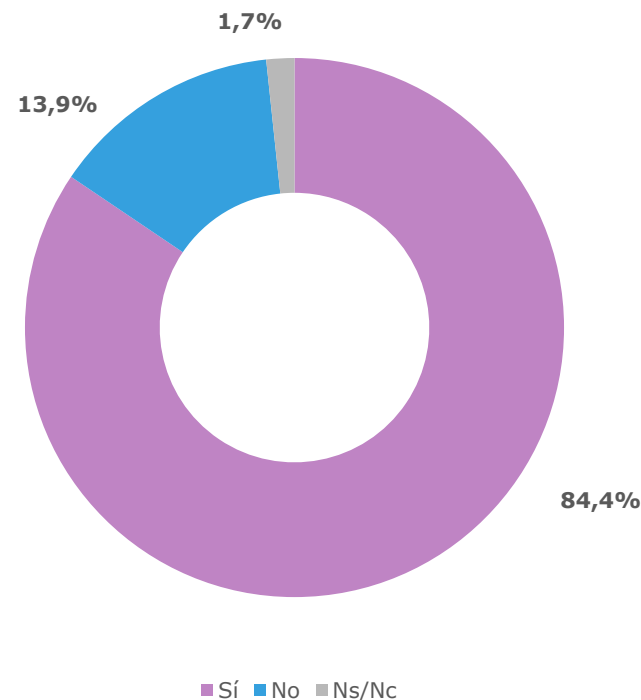
¿Qué opina la población?

Se ha preguntado a la población si considera que esa comunicación (que sus informes médicos sean compartidos para que los profesionales de otro centro dispongan de ellos) debe ser autorizada por el paciente.



El 84,4% de la población piensa que sí frente a tan sólo un 13,9% que no lo considera necesario

¿Considera que esta comunicación debe ser autorizada por usted?



Contexto

¿Qué opina la población?

Además de los datos analizados por SIGMADOS, es de relevancia para el informe incluir información del estudio promovido por la fundación ECO dentro de su proyecto "Cancer Now" bajo el título "Informe sobre la percepción social del cáncer en España", publicado en 2022 y que contiene una encuesta de GAD3.

En este caso, la encuesta ha sido dirigida a:



1.001 ciudadanos españoles de entre 18 y 70 años.



Temática: percepción del cáncer.



Encuestas realizadas de forma online entre el 14 y 17 de septiembre de 2022.



Error muestral de $\pm 3,2\%$ para un grado de confianza del 95,5%.

Entre los hallazgos relevantes, se seleccionan aquellos que tendrán más relación con el presente informe, enfocado en la continuidad asistencial a través de un caso de uso: el viaje de una paciente con cáncer de mama.



Medicamentos Oncológicos

Casi el 80% de las personas encuestadas afirma que los pacientes españoles **tardan más** que otros países de nuestro entorno económico **en disponer de medicamentos oncológicos innovadores**.

¿Es el acceso a medicamentos innovadores un punto de ruptura en la continuidad asistencial?



Información sobre Cáncer

El 70% de los españoles considera que **no reciben suficiente información sobre el cáncer**.

¿La desinformación impacta negativamente en la continuidad asistencial?

¿Qué opina la población?



Detección Precoz

Se ha preguntado a la población cuál de estas áreas relacionadas con el cáncer es la más importante:

- Detección Precoz.
- Investigación.
- Tratamientos.
- Educación / Estilo de Vida.

Un 40% de la población escoge la detección precoz como el área más importante, y un 36,1% de la población escoge la investigación.

¿Qué pasaría si se potenciase el diagnóstico precoz del cáncer, incluyendo la detección precoz en el comienzo del viaje del paciente?



Recursos

El 69,1% de los participantes considera que las administraciones públicas **no dotan a los profesionales sanitarios de los recursos necesarios para abordar el cáncer.**

El 60% de los españoles piensa que el tratamiento del cáncer **no es equitativo** entre las distintas CC.AA.

¿Mejoraría la calidad asistencial gracias a programas de formación en Atención Primaria y Centros de Prevención para el diagnóstico precoz del cáncer?

En el desarrollo del informe se espera dar respuesta a las preguntas planteadas.

Viaje del paciente y puntos de ruptura

Contexto

Viaje del paciente y puntos de ruptura

En esta sección se pretende dibujar el viaje de una paciente con **cáncer de mama**, bajo 3 supuestos:

Viaje 1

Paciente diagnosticada en la sanidad pública y decide continuar su viaje en el sistema público.

Viaje 2

Paciente diagnosticada en la sanidad privada que alterna entre sistema público y privado en función de sus necesidades.

Viaje 3

Paciente diagnosticada en la sanidad pública y decide continuar su viaje en el sistema privado.

Para realizar estos mapas se ha contado con la opinión experta de profesionales sanitarios que conocen de primera mano el proceso asistencial completo de una paciente con cáncer de mama. Gracias a su participación en el proyecto se han validado y enriquecido los puntos de ruptura y se han identificado propuestas que podrían solucionarlos o mitigarlos.

El objetivo de esta sección del informe es **plasmar todos los "puntos de ruptura"** (☀) que pueda haber en el proceso, con el fin de buscar soluciones y analizar qué impacto tendría en el paciente, en el profesional sanitario y en el sistema si se mitigaran estos problemas.

- Los puntos de ruptura relacionados con la Sanidad pública o privada, como organismos independientes, se muestran con letras: **A, B, ...**
- Los puntos de ruptura relacionados con falta de continuidad entre sanidad pública y privada, se muestran con números: **1, 2, ...**



Contexto



Paciente con cáncer de mama



Comienza su viaje en el sistema **PÚBLICO**

Público

Privado



Situación en la que se rompe la continuidad asistencial



Toma de decisión de la paciente

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO

SEGUIMIENTO

POSIBLE RECAÍDA

Cribado poblacional localizado (más común)

Paciente acude al médico por molestia / bulto

Programa de seguimiento AP

B Falta de trazabilidad

Prueba diagnóstica, biopsia y confirmación del diagnóstico*

A Falta de personalización

1 Duplicidad de pruebas

Prueba diagnóstica, biopsia y confirmación del diagnóstico*

Paciente decide seguir en la pública

C Falta de protocolos

Paciente se realiza la biopsia en la privada por larga lista de espera en la pública

1 Duplicidad de pruebas

Pruebas de seguimiento

Inicio del Tratamiento

Paciente alterna entre pública y privada

Pruebas de seguimiento



Paciente alterna entre pública y privada

1 Duplicidad de pruebas

Pruebas de seguimiento

D Acceso tratamientos innovadores

Tratamiento en enfermedad avanzada

*Lo ideal será que sea a través de un Comité de Tumores.

Contexto

Puntos de ruptura relacionados con la continuidad asistencial en Sanidad Pública

Falta de personalización



A Diagnóstico - Programas de Seguimiento en centros de Atención Primaria o centros de prevención.

Hay pacientes que pertenecen a grupos de riesgo (por antecedentes familiares, predisposición genética...) y entran en un programa de seguimiento, ya que en ocasiones hay que activar un programa específico de diagnóstico precoz, realizando revisiones con mayor frecuencia y de forma más individualizada.

El problema radica en la falta de homogeneidad en los procesos y en la falta de recursos de personas que sepan y puedan hacer este tipo de aproximación. Es necesario un plan de formación en este ámbito para el personal de Atención Primaria y de centros de prevención.

Falta de trazabilidad



B Diagnóstico – Prueba diagnóstica, biopsia y confirmación del diagnóstico

En los centros de salud normalmente no se hacen biopsias, pero cuando se hacen, el circuito es complicado y se pueden llegar a perder algunas muestras. No hay mecanismos de trazabilidad entre niveles asistenciales. Además, en algunas ocasiones se pueden dar biopsias fallidas por falta de especialización en los equipos. Es importante tener equipos especializados que sepan dónde se encuentra el nódulo, lo encuentren y obtengan información relevante.

En el sistema público puede ocurrir que Atención Primaria envíe a la paciente a una lista de pruebas especiales. Cuando la paciente entra en la lista, el profesional de Atención Primaria no sabe dónde se va a realizar la biopsia, ni la duración, ni quién será el responsable de dar el resultado a la paciente. Es posible que el resultado vuelva al propio Centro de Salud, pero puede darse la situación de que la paciente sea citada en un centro y con un profesional desconocidos para ella para recibir un diagnóstico que puede ser muy difícil de asimilar. Este flujo no está estandarizado.

Contexto

Puntos de ruptura relacionados con la continuidad asistencial en Sanidad Pública

C **Falta de protocolos** **Tras el diagnóstico, N protocolos en lugar de 1.**

Una vez confirmado el diagnóstico, la paciente puede entrar al hospital por cirugía, ginecología, etc. Hay ocasiones en las que la paciente llega a profesionales sanitarios que no tratan el cáncer. Por ello, al no tener un proceso claro, sería necesario crear un protocolo de actuación para conocer quién es el responsable de la derivación de la paciente en función del resultado.

D **Acceso a tratamientos innovadores** **Posible Recaída** - Paciente con posible recaída que necesita medicamentos más costosos.

Hay tratamientos que se ofrecen en el sistema privado pero no se ofrecen en el sistema público. De forma general, en el sistema público se ofrecen biosimilares y genéricos, con el fin de ahorrar costes al sistema.

Puntos de ruptura en la continuidad asistencial entre Sanidad Pública y Sanidad Privada

1 **Duplicidad de pruebas** **Diagnóstico** - Paciente que está en el sistema público decide realizarse la biopsia en un centro privado debido a una larga lista de espera en el sistema público.

Esta paciente puede volver al sistema público tras realizarse la biopsia.

Para este tipo de casos sería interesante potenciar la eficiencia de las citas, para que la paciente pueda dar aviso en el sistema, que pueda salir de la lista de espera para la biopsia pero que pueda volver a entrar en el sistema de una forma estructurada.

1 **Duplicidad de pruebas** **Tratamiento y Seguimiento** - Paciente que está en el sistema público y también se hace pruebas de seguimiento en el sistema privado.

Hay ocasiones en las que una paciente que está siendo tratada en el sistema público decide realizarse pruebas de seguimiento en el sistema privado porque quieren tener una segunda opinión o por falta de confianza con su médico actual. De esta forma se rompe la continuidad asistencial, ya que se dan casos de pruebas y consultas duplicadas.

Contexto



Paciente con cáncer de mama



Comienza su viaje en el sistema **PRIVADO**

Público

Privado



Situación en la que se rompe la continuidad asistencial



Toma de decisión de la paciente

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO

SEGUIMIENTO

POSIBLE RECAÍDA

Paciente decide seguir en la privada

D Falta de prevención

Cribado poblacional localizado**

Paciente acude al médico por molestia / bulto

Programa de seguimiento en centro de prevención

A Falta de personalización

B Falta de trazabilidad

Prueba diagnóstica, biopsia y confirmación del diagnóstico*

C Falta de protocolos

Inicio del Tratamiento

2 Falta de coberturas

Inicio del Tratamiento

Paciente decide cambiar a la pública porque el tratamiento no está cubierto por su aseguradora

Paciente "decide" cambiar a pública

Pruebas de seguimiento

3 Duplicidad de citas

2 Falta de coberturas

Tratamiento en enfermedad avanzada

Paciente vuelve varias consultas con su médico de privada hasta que coge confianza con su nuevo Dr. de la pública

Consultas y seguimiento

El tratamiento no está cubierto por la sanidad privada

*Lo ideal será que sea a través de un Comité de Tumores.

**Muy pocos centros de sanidad privada cuentan con un sistema de cribado poblacional localizado.

Contexto

Puntos de ruptura relacionados con la continuidad asistencial en Sanidad Privada

Falta de personalización

A **Diagnóstico - Programas de Seguimiento** en centros de Atención Primaria o centros de Prevención.

Hay pacientes que pertenecen a grupos de riesgo (por antecedentes familiares, predisposición genética, ...de seguimiento, ya que en ocasiones hay que activar un programa específico de diagnóstico precoz, realizando revisiones con mayor frecuencia y de forma más individualizada.

El problema radica en la falta de homogeneidad en los procesos y en la falta de recursos de personas que sepan y puedan hacer este tipo de aproximación. Es necesario un plan de formación en este ámbito para el personal de centros de prevención.

Falta de trazabilidad

B **Diagnóstico - Prueba diagnóstica, biopsia y confirmación del diagnóstico**

En los centros de salud normalmente no se hacen biopsias, pero cuando se hacen, el circuito es complicado y se pueden llegar a perder algunas muestras. No hay mecanismos de trazabilidad entre niveles asistenciales.

Además, en algunas ocasiones se pueden dar biopsias fallidas por falta de especialización en los equipos. Es importante tener equipos especializados que sepan donde se encuentra el nódulo, lo encuentren y obtengan información relevante.

Falta de protocolos

C **Tras el diagnóstico, N protocolos en lugar de 1.**

Una vez confirmado el diagnóstico, la paciente puede entrar al hospital por cirugía, ginecología, etc. Hay ocasiones en las que la paciente llega a profesiones sanitarios que no tratan el cáncer. Por ello, al no tener un proceso claro, sería necesario crear un protocolo de actuación para conocer quien es el responsable de la derivación de la paciente en función del resultado.

Falta de prevención

D **Diagnóstico - Detección Precoz.**

En Sanidad Privada, salvo en mutualistas, no existe un proceso organizado que permita la detección precoz de un tumor. En el caso de los mutualistas si ocurre porque está definido por convenio.

Contexto

Puntos de ruptura relacionados con la continuidad asistencial en Sanidad Pública y Privada

Falta de coberturas



Inicio del tratamiento de la enfermedad. Paciente que está en el sistema privado, decide seguir su tratamiento en el sistema público debido a que su póliza privada no lo cubre.

Para el caso de cáncer de mama, hay ocasiones en las que el tratamiento (principalmente suministrado por vía oral) no está cubierto por la póliza del paciente. Por ello, debido a los altos costes del tratamiento, la paciente decide ir al sistema público a recibir el tratamiento y donde:

- Es probable que le tengan que repetir pruebas para confirmar su estado actual de salud, al no ser que las traiga en formato legible y las pueda compartir con su nuevo doctor.
- Puede que el oncólogo no esté totalmente de acuerdo con el tratamiento sugerido previamente.

De esta forma se rompe la continuidad asistencial.

Falta de coberturas



Posible recaída – tratamiento en enfermedad avanzada. Paciente que está en el sistema privado, recae y tiene que seguir su tratamiento en el sistema público debido a que su póliza privada no lo cubre.

Duplicidad de citas



Posible recaída - seguimiento. La paciente que inicia su segundo tratamiento en la pública, vuelve en varias ocasiones a su médico de la privada para confirmar su estado de salud, hasta que coge confianza con su nuevo médico de la sanidad pública. Lo que provoca duplicidad de citas y ruptura de la continuidad asistencial.

Contexto

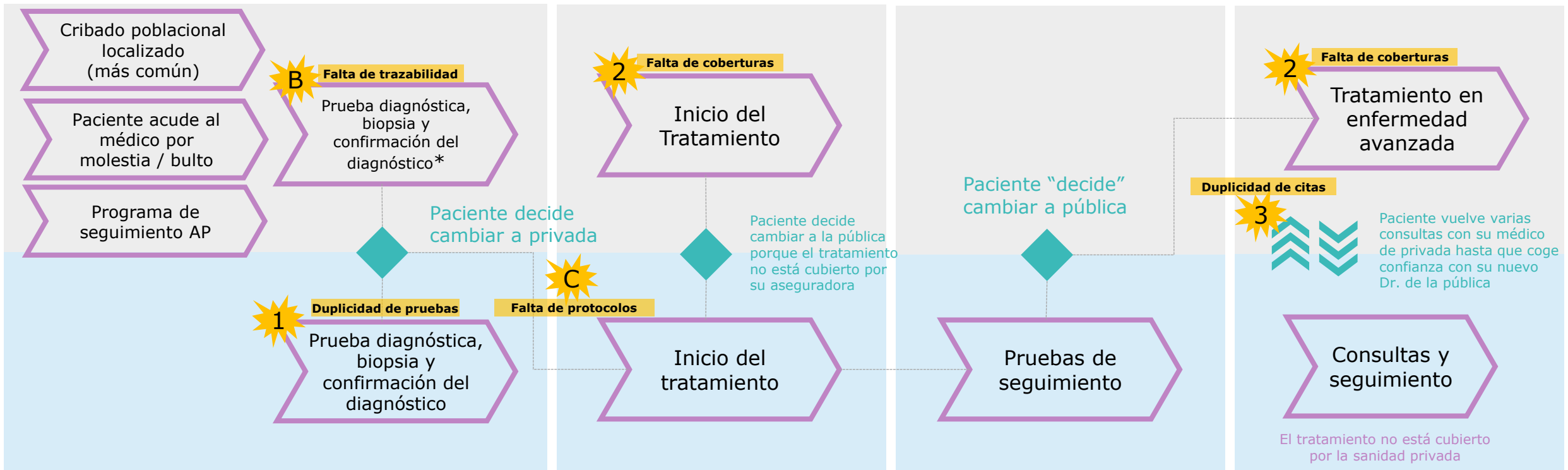


DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO

SEGUIMIENTO

POSIBLE RECAÍDA



*Lo ideal será que sea a través de un Comité de Tumores.

Contexto

Puntos de ruptura relacionados con la continuidad asistencial en Sanidad Pública y Privada (por separado)

Falta de personalización



B Diagnóstico – Prueba diagnóstica, biopsia y confirmación del diagnóstico.

En los centros de salud normalmente no se hacen biopsias, pero cuando se hacen, el circuito es complicado y se pueden llegar a perder algunas muestras. No hay mecanismos de trazabilidad entre niveles asistenciales. Además, en algunas ocasiones se pueden dar biopsias fallidas por falta de especialización en los equipos. Es importante tener equipos especializados que sepan dónde se encuentra el nódulo, lo encuentren y obtengan información relevante.

En el sistema público puede ocurrir que Atención Primaria envíe a la paciente a una lista de pruebas especiales. Cuando la paciente entra en la lista, el profesional de Atención Primaria no sabe dónde se va a realizar la biopsia, ni la duración, ni quién será el responsable de dar el resultado a la paciente. Es posible que el resultado vuelva al propio Centro de Salud, pero puede darse la situación de que la paciente sea citada en un centro y con un profesional desconocidos para ella para recibir un diagnóstico que puede ser muy difícil de asimilar. Este flujo no está estandarizado.

Falta de trazabilidad



C Tras el diagnóstico, N protocolos en lugar de 1.

Una vez confirmado el diagnóstico, la paciente puede entrar al hospital por cirugía, ginecología, etc. Hay ocasiones en las que la paciente llega a profesionales sanitarios que no tratan el cáncer. Por ello, al no tener un proceso claro, sería necesario crear un protocolo de actuación para conocer quién es el responsable de la derivación de la paciente en función del resultado.

Contexto

Puntos de ruptura en la continuidad asistencial entre Sanidad Pública y Sanidad Privada

Duplicidad de pruebas

- 1 Diagnóstico.** Paciente que es diagnosticada en el sistema público y decide continuar su viaje en el sistema privado.

Una paciente comienza su viaje en el sistema público, debido a que ha sido objeto de cribado poblacional y diagnosticada con cáncer de mama. Tras el diagnóstico decide seguir en el sistema privado, para ello, si no dispone de las pruebas en el formato adecuado y por la falta de interoperabilidad entre ambos sistemas, sería necesario que se repitiese las pruebas de imagen y la biopsia para confirmar el diagnóstico y continuar su viaje en el nuevo hospital, rompiendo así la continuidad asistencial.

Falta de coberturas

- 2 Inicio del tratamiento de la enfermedad.** Paciente que está en el sistema privado, decide seguir su tratamiento en el sistema público debido a que su póliza privada no lo cubre.

Para el caso de cáncer de mama, hay ocasiones en las que el tratamiento (principalmente suministrado por vía oral) no está cubierto por la póliza del paciente.

Por ello, debido a los altos costes del tratamiento, la paciente decide ir al sistema público a recibir el tratamiento y donde:

- Es probable que le tengan que repetir pruebas para confirmar su estado actual, a no ser que las traiga en formato legible y las pueda compartir con su nuevo doctor.
 - Puede que el oncólogo no esté totalmente de acuerdo con el tratamiento sugerido previamente.
- De esta forma se rompe la continuidad asistencial

Falta de coberturas

- 2 Posible recaída - tratamiento en enfermedad avanzada.** Paciente que está en el sistema privado, recae y tiene que seguir su tratamiento en el sistema público debido a que su póliza privada no lo cubre.

Duplicidad de pruebas

- 3 Posible recaída - seguimiento.** La paciente que inicia su segundo tratamiento en la pública, vuelve en varias ocasiones a su médico de la privada para confirmar su estado de salud, hasta que coge confianza con su nuevo médico de la sanidad pública. Lo que provoca duplicidad de citas y rotura de la continuidad asistencial.

Contexto

Propuestas

Propuestas de los expertos

Como consecuencia del análisis realizado, en esta sección se describen las propuestas para mitigar los puntos de ruptura en la continuidad asistencial entre la Sanidad Pública y la Sanidad Privada.

Todo ello con el fin de mejorar el viaje del paciente desde su inicio, es decir, tanto a nivel diagnóstico y tratamiento, como todo el seguimiento y control posteriores a la superación de la enfermedad.

Se describen **tres propuestas**, enfocadas prioritariamente en mejorar la experiencia por parte del paciente en su proceso de forma holística:

1

Estrategia integrada de Planes de Prevención y Promoción de la Salud

...para reducir la enfermedad, identificar las variables de riesgo y activar los programas de diagnóstico precoz cuando sea necesario. Estandarizando programas, unificando planes, involucrando y formando a la Atención Primaria y Médicos de Familia, como agentes activos de la prevención y promoción de la Salud.

2

Comités Mixtos (Privado/Público), por área de salud con fin terapéutico y/o de investigación

...para que las decisiones en los procesos complejos, contemplen opiniones de todos los expertos involucrados haciendo que el paciente cuente con todos los medios de diagnóstico, tratamientos, ensayos clínicos adecuados, independientemente de si estos son privados o públicos.

3

Estructuras integradas y grupos multidisciplinarios de apoyo durante todo el proceso asistencial

...que promuevan el acompañamiento en todo el viaje asistencial del paciente, de forma coordinada, proactiva y cercana, incluso después de su curación siempre y cuando se requiera.

1 Estrategia integrada de Planes de Prevención y Promoción de la Salud

Hay algunos tipos de cáncer, como los de mama, colon, próstata y cérvix, **para los cuales sería interesante desplegar un plan de prevención**, ya que funcionan y son coste-efectivos.

Estos planes de prevención se llevan a cabo en **Atención Primaria**, ponen especial atención en pacientes que tienen características de riesgo (antecedentes familiares, predisposición genética...) y deciden en qué casos hay que activar un **programa específico de diagnóstico precoz**. Su objetivo es individualizar el riesgo, ya que algunos pacientes necesitan revisiones con mayor frecuencia.

Se han identificado dos problemas principales en el desarrollo y despliegue de estos planes de prevención, tanto en el sistema público como en el privado:

1 Falta de personal con conocimiento y competencias para realizar este tipo de aproximación

2 Falta de homogeneidad y automatismos

Por ello, se plantea una estrategia integrada de Planes de Prevención y Promoción de la Salud, con la cual se prepare a los profesionales sanitarios para activar programas específicos de diagnóstico precoz cuando sea necesario y de forma homogénea. De esta forma, el paciente oncológico comenzará su viaje lo antes posible y tendrá un mejor pronóstico.

En el caso específico del cáncer de mama, hay dos situaciones en las que hay que potenciar la información y la formación relacionados con esta estrategia integrada:

- Mujeres con alteraciones de su mama, ya sea por hiperplasias atípicas o mujeres jóvenes con enfermedades en principio benignas pero que pueden tener una mala evolución.
- Grupos de mujeres con historia familiar de cáncer de mama.



Estrategia integrada, Información y Formación en seguimiento tras terapia

También es importante destacar la formación a Atención Primaria (e incluso a especializada), para el **seguimiento y control de personas que superan la enfermedad (largos supervivientes)**. Esto es debido a que son **pacientes de mayor riesgo** (cardiovascular, nivel óseo, etc.).

2 Comités Mixtos

El cáncer, debido a que tiene una evolución diferente según sea su biología, requiere de una **evaluación individualizada y una visión multidisciplinar**. Por ello, la mayoría de los centros cuentan ya con Comités de Tumores para cada tipo de tumor.

Lo mejor para un paciente es que su viaje lo decida un Comité de Tumores y para evitar que se produzcan rupturas en la continuidad asistencial es cuando se hace necesaria la **creación de Comités de Mixtos**.

Los Comités de Tumores están formados por los profesionales sanitarios que deberían acompañar a la paciente durante todo su viaje asistencial: radiólogos, ginecólogos, cirujanos, patólogos, oncólogos y farmacéuticos, ente otros.

Es por ello que se propone la creación de **Comités Mixtos** (Público/Privado) para el tratamiento de casos complejos que necesiten un experto, entrar en un ensayo o una cobertura especial.



Comités Mixtos

De este modo se plantea un escenario en el que cada paciente estará asignada a un Comité de Tumores. Además, se propone la creación de **Comités mixtos** formados por profesionales de ambos sistemas sanitarios. De esta forma, habrá ocasiones en las que un representante del público propone a un paciente para el Comité Mixto y viceversa, lo cual generará una serie de sinergias como:

- **Beneficios para la sanidad pública** como opción de nuevas terapias que no entran en su cartera de servicio (protonterapia).
- **Beneficios para la sanidad privada** como tratamientos dispensados por la sanidad pública que no entran dentro de sus pólizas.
- **Generación de un foro de discusión** entre sistemas que estimulará la comunicación a la hora de pedir opiniones, compartir casos clínicos y tomar decisiones compartidas.
- Localizar fórmulas para la **inclusión en ensayos clínicos**, independientemente de su titularidad, que potencien la investigación y beneficien al paciente-

2 Comités Mixtos: Continuidad terapéutica para prescripción de tratamientos

Como se ha analizado en los puntos de ruptura del proceso de continuidad asistencial, cuando un paciente está siendo tratado en el sistema privado, su **tratamiento no siempre está incluido en su póliza**.

Sin embargo, ese mismo tratamiento sí está financiado en el sistema público. Es por ello que **muchos pacientes deciden cambiarse de sistema para continuar con el tratamiento de su enfermedad**.

Al realizar el cambio de sistema y no existir interoperabilidad entre la historia clínica del paciente en el sistema privado y en el sistema público, cuando el paciente llega

al nuevo centro, es muy probable que éste no tenga nada de información sobre él, y que tengan que repetir pruebas para averiguar cuál es el estado actual de la enfermedad y analizar qué decisión es la más acertada para continuar con el tratamiento y seguimiento. Esto ocurre aunque a veces el paciente lleve al sistema público todos los informes de su médico del hospital privado.

Se propone integrar la **continuidad terapéutica como parte de los Comités Mixtos**.

Oncólogos homologados en el Comité Mixto solicitarán la incorporación del caso concreto para dispensación del tratamiento o inclusión en un ensayo clínico en base a evidencias clínicas y de forma protocolizada.

Esta Continuidad terapéutica propuesta deberá contar con procesos basados en la evidencia clínica, tanto en la recepción de la prescripción como en la dispensación del tratamiento, rigiéndose con protocolos consensuados, definidos y claros.



Profesionales sanitarios responsables de la continuidad terapéutica

Consensuan las peticiones de tratamiento, independientemente del centro al que pertenezca el paciente.

El fin último de la continuidad terapéutica es que el paciente pueda recibir la mejor solución y el mejor tratamiento, independientemente de la titularidad y en el menor tiempo posible.

3 Estructuras integradas y grupos multidisciplinares de apoyo durante todo el proceso asistencial

Todos los profesionales entrevistados coinciden en que **el paciente se encuentra perdido** en algunas fases del proceso de continuidad asistencial.

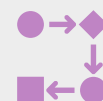
Cuando el paciente es diagnosticado con cáncer, **existen diferentes vías de acceso al hospital**: cirugía, ginecología, radiología, etc. En este contexto, no es relevante la vía de acceso.

La propuesta es crear un protocolo estandarizado que remita directamente al Comité de Tumores una vez se disponga del diagnóstico. Este, englobará todas las casuísticas, implementando un proceso de comunicación fluido con el paciente, que deberá saber en todo

momento **cuál es el siguiente paso que tiene que dar para seguir con su proceso asistencial**.

También es importante ahora **dar respuesta al ámbito sociosanitario**, incluyendo en el proceso a **grupos multidisciplinares de apoyo**: psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, nutricionistas, etc. Cuando un paciente es diagnosticado con algún tipo de cáncer u otra patología compleja, necesita apoyo para lidiar con el resto de aspectos de su vida, sobre todo el laboral y el familiar, incluyendo el análisis del impacto psicológico. Si el paciente tiene acceso a profesionales que le puedan ayudar en este proceso, su calidad de vida se verá incrementada, tendrá claro a quién acudir en caso de tener algún problema, tendrá mayor confianza en el sistema y será capaz de afrontar su enfermedad desde otra perspectiva.

Durante todo el proceso, el paciente tiene que tomar muchas decisiones, y es importante que cada miembro del equipo multidisciplinar con el que interactúe le ayude a tomar estas decisiones, que serán decisiones compartidas.



Equipos de apoyo integrales multidisciplinares

Sería interesante crear un **modelo común de apoyo** que se pueda modificar en función de las necesidades de cada centro. En el que se puedan incluir aspectos como:

1. Psicología
2. Nutrición.
3. Trabajo social
4. Enfermería
5. Fisioterapia
6. Unidad del dolor
7. Medicina de Familia
8. Otros

Proceso "ideal" simplificado



01. Contexto

02. Alcance

03. Hipótesis

04. Impacto Directo

05. Resumen Ejecutivo

06. Impacto Indirecto

Análisis del hipotético impacto de la implantación de medidas para mejorar los puntos de ruptura de la continuidad asistencial en pacientes de cáncer de mama

El objetivo de este informe es realizar un **ejercicio teórico** de estimación de las potenciales repercusiones que, bajo determinadas hipótesis, podría existir en España en el caso de **mejorar los puntos de ruptura de la continuidad asistencial en pacientes con cáncer de mama.**

Dado el desconocimiento actual sobre la naturaleza y magnitud del cambio, para llevar a cabo este análisis **se establecen un conjunto de supuestos de partida que permiten realizar este ejercicio cualitativo y cuantitativo teórico** de estimación del impacto de la medida, además de información obtenida a través de reuniones con expertos.

El análisis incluye una estimación de **consecuencias directas**, en términos de **experiencia en el paciente**, en los **profesionales sanitarios** y en el **sistema.**



01. Contexto

02. Alcance

03. Hipótesis

04. Impacto Directo

05. Resumen Ejecutivo

06. Impacto Indirecto

Principales supuestos de partida para la elaboración del estudio

Dato de partida 1

Cada año se diagnostican 33.000 nuevos casos de cáncer de mama en España.⁽¹⁾

Dato de partida 2

El 6% de los cáncer de mama que se diagnostican al año son metastásicos.⁽¹⁾

Dato de partida 3

Las listas de espera para consultas externas en España es 89 días de media.⁽²⁾

Dato de partida 4

9.268.356 personas en España tienen seguro privado (sin contar mutualistas). Lo que equivale a un 19,6% de la población.⁽³⁾

Hipótesis 1

El 5% de las pacientes son derivadas a consultas erróneas.*

Hipótesis 2

Del total de mujeres que se encuentran en un estadio IV de la enfermedad y se están tratando en la sanidad privada, un 68% se cambia al sistema público debido a falta de coberturas en tratamiento oral.⁽⁴⁾

Hipótesis 3

Aproximadamente un 30% de las pacientes con enfermedad localizada desarrollan metástasis a lo largo de su enfermedad⁽¹⁾.

Hipótesis 4

El coste de una consulta es de 84€ y el de una mamografía de 87€.⁽⁵⁾

(1) Fuente: Grupo GEICAM de Investigación en Cáncer de Mama.

(2) Fuente: Ministerio de Sanidad | Sistemas de Información Sobre Listas de Espera en el SNS

(3) Fuente: ICEA. Informe 1641. Estadística salud diciembre 2020

(4) Fuente: dato facilitado por un grupo de Hospitales privado.

(5) Fuente: media realizada a partir de datos de precios públicos encontrados en páginas web de las Comunidades Autónomas que lo tienen disponibles.

*Dato tomado como supuesto para la realización del estudio.

Principales supuestos de partida para la elaboración del estudio

Hipótesis 5

El coste de seguimiento anual de una paciente con cáncer de mama por estadio es⁽¹⁾:

- Estadío 0: 172€
- Estadío I: 908€
- Estadío IIa y IIb: 994€
- Estadío IIIa y IIIb: 1.166€
- Estadío IV (metastásico): 17.879€

(1) Fuente: "Coste del tratamiento del cáncer de mama por estadio clínico en el País Vasco"

01. Contexto
02. Alcance
03. Hipótesis
04. Impacto Directo
05. Resumen Ejecutivo
06. Impacto Indirecto

Información de partida

En España se estiman **132 casos de cáncer de mama por cada 100.000 habitantes**.⁽¹⁾

Teniendo en cuenta que la población española es de 47,35 millones, el número de personas diagnosticadas con cáncer de mama en 2023 **superaría las 35.000**⁽²⁾. Además, el número total de pacientes con cáncer de mama en 2023 se estima en 516.827⁽²⁾.

Si tenemos en cuenta que el número de asegurados es de más de 9 millones y, considerando los datos anteriores sobre la prevalencia del cáncer de mama en España, se podría asumir que **hay más de 8.500 personas potenciales con cáncer de mama en España, que tienen seguro privado y que podrían moverse entre el sistema público y privado durante su enfermedad.**

Esta sección del informe pretende realizar un análisis sobre el impacto que tendrían algunas de las propuestas realizadas por los expertos para la mejora de la continuidad asistencial. Se calculará el **impacto para el paciente, el profesional sanitario y para el sistema**, en el caso específico del cáncer de mama y bajo los siguientes supuestos:

Definición de una estrategia integrada de Planes de Prevención y Promoción de la Salud

Existencia de Comités Mixtos (Privado/Público), por área de salud, terapéutico y/o de investigación

Configuración de estructuras integradas y grupos multidisciplinares de apoyo durante todo el proceso asistencial

(1) Fuente: Grupo GEICAM de Investigación en Cáncer de Mama.

(2) SEOM - Sociedad Española de Oncología Médica

Definición de **una estrategia
integrada de Planes de Prevención
y Promoción de la Salud**

Impacto Directo



Impacto en el paciente

Como se habla en el informe, hay expertos que identifican la necesidad de activar programas específicos de diagnóstico precoz para pacientes que tienen características de riesgo. Sin embargo, hay falta de automatismo y una necesidad de potenciar la formación en estos procesos.

Por ello, se plantea el despliegue de una **estrategia integrada de Planes de Prevención y Promoción de la Salud**, en el cual se prepare a los profesionales sanitarios para identificar variables de riesgo y activar programas específicos de diagnóstico precoz cuando sea necesario y de forma homogénea. De esta forma, el paciente oncológico comenzará su viaje lo antes posible y tendrá un mejor pronóstico.

(1) Fuente: Servicio Andaluz de Salud

(2) Fuente: Salud Castilla y León

(3) Fuente: Servizo Galego de Saúde

(4) Fuente: Asociación Española Contra el Cáncer

Al hacer una búsqueda en internet con las palabras “*diagnóstico precoz cáncer de mama*”, aparecen diferentes artículos referentes a programas de detección precoz del cáncer de mama. Algunos ejemplos:

- Servicio Andaluz de Salud⁽¹⁾: este programa consiste en la realización de mamografías cada 2 años a toda la **población femenina entre 50 y 69 años** residente en Andalucía.
- Salud Castilla y León⁽²⁾: la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, ofrece la posibilidad de realizar un estudio mamográfico **a todas las mujeres residentes y con edades comprendidas entre los 45 y los 69 años**.
- Servizo Galego de Saúde⁽³⁾: este programa va dirigido a todas las **mujeres residentes en Galicia con edades comprendidas entre los 50 y los 64 años**.

Estos programas de cribado van dirigidos a toda la población femenina mayor de, mínimo, 45 años.

Sin embargo, el punto de ruptura del que se habla en el informe corresponde con la falta de **programas específicos de diagnóstico precoz**, que permitan implantar la **estrategia integrada** con la cual se realicen revisiones con mayor frecuencia y de forma más **individualizada**. Según datos de la Asociación Española Contra el Cáncer⁽⁴⁾, **el 20% de los tumores de mama se dan en mujeres menores de 45 años, personas que se encuentran fuera de los cribados tradicionales**.

Por tanto, potenciando esta estrategia integrada, la información y formación en Atención Primaria, la creación de protocolos homogéneos para identificar variables de riesgo en casos de cáncer de mama tempranos (pacientes que pertenecen a grupos de riesgo por antecedentes familiares, predisposición genética, etc.) junto con la activación de programas específicos de diagnóstico acorde a estos hallazgos **podría suponer un adelanto en el diagnóstico de este 20% de personas**.

Impacto Directo



Impacto en el paciente

Un artículo de la Organización Mundial de Salud indica que “**el diagnóstico temprano del cáncer salva vidas y reduce los costes de tratamiento**”⁽¹⁾.

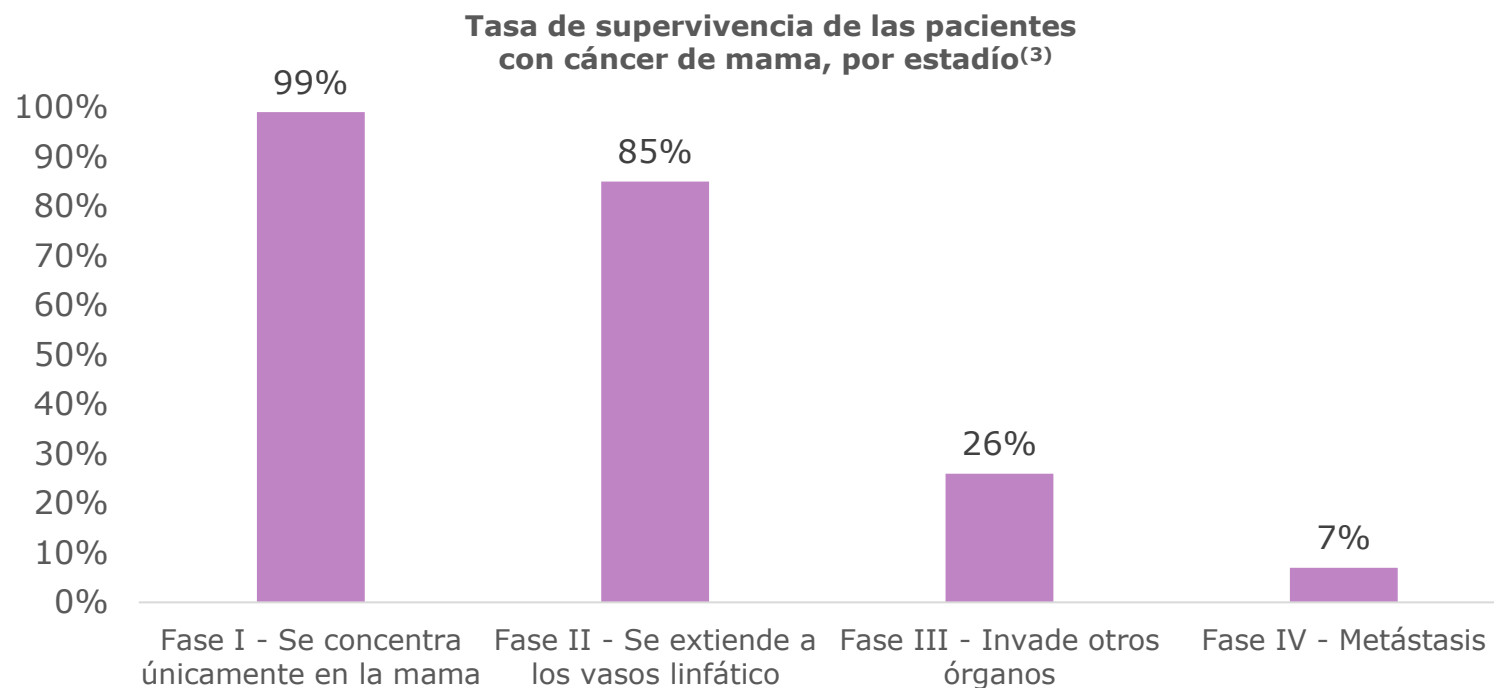
Concretamente, en el caso del Cáncer de Mama y según datos de la Red Española de Registros de Cáncer⁽²⁾, las tasas de supervivencia son:

- 96% a un año del diagnóstico.
- 90% tras tres años.
- 86% a cinco años.

Es importante destacar que, en general, la tasa de supervivencia a 5 años disminuye a medida que aumenta la edad de las mujeres en el momento del diagnóstico.

La tasa de supervivencia de las pacientes con cáncer de mama varía dependiendo del estadio en el que se encuentre la enfermedad.

La tasa de supervivencia mayor (99%), se da en pacientes en Fase I – Se concentra únicamente en la mama, mientras que la menor tasa de supervivencia (7%), se da en pacientes en Fase IV – Metástasis.



(1) Fuente: Organización Mundial de la Salud | Acceso en: <https://www.who.int/es/news/item/03-02-2017-early-cancer-diagnosis-saves-lives-cuts-treatment-costs>

(2) Fuente: Red Española de Registros de Cáncer

(3) Fuente: Statista | Tasa de supervivencia de las pacientes con cáncer de mama a fecha de 2018, por estadio.

Impacto Directo



Paciente



Profesionales
sanitarios



Sistema

Impacto en el paciente

Teniendo en cuenta los datos expuestos en las páginas anteriores, se podría indicar que gracias a la existencia de **estrategias integrales** que aporten **programas específicos de diagnóstico precoz y prevención** con pacientes que pertenecen a grupos de riesgo, se **podría adelantar el diagnóstico de este 20% de personas**. Y además, adelantar el diagnóstico de estas pacientes conllevaría un **aumento de su supervivencia** de hasta 92 puntos porcentuales si el cáncer se detecta en la Fase I en lugar de detectarse en la Fase IV.



**Hasta un 20% de
diagnósticos más
tempranos**



Mayor supervivencia

Impacto en el profesional sanitario

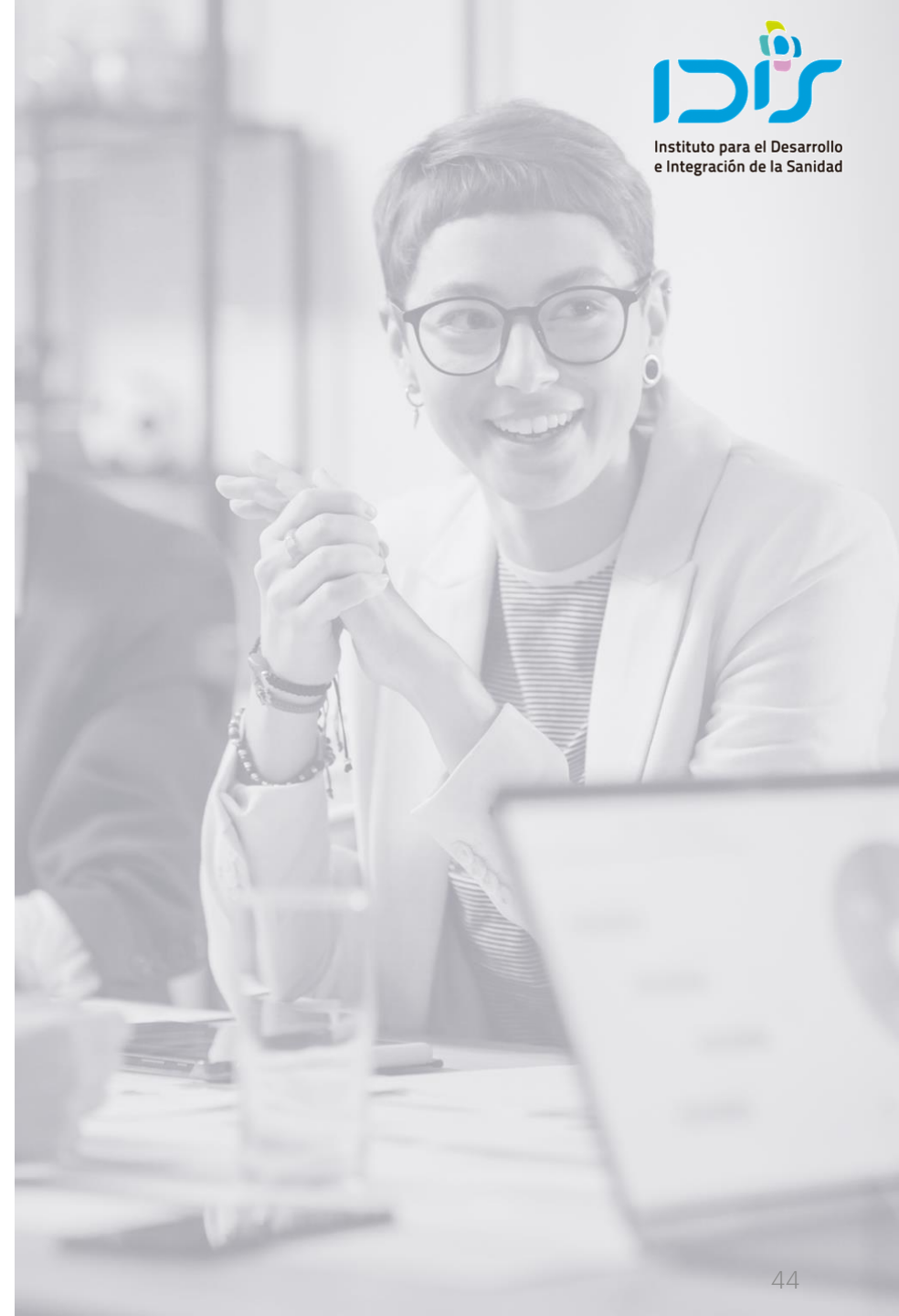
Estos programas específicos de diagnóstico precoz y de prevención involucrarían tanto a Atención Primaria como a Atención Especializada. Estos planes tendrían beneficios para el Profesional Sanitario, quienes no sólo recibirían más información y formación, sino que además tendrían una visión integral de todo el viaje del paciente.



**Más información y
formación**



**Visión integral del viaje
del paciente**



Impacto Directo



Impacto en el sistema

En España, el 6% de las mujeres tiene cáncer de mama metastásico cuando se les diagnostica por primera vez.⁽¹⁾

Según el estudio "Costes del tratamiento del cáncer de mama por estadio clínico en el País Vasco"⁽²⁾, el coste inicial y el coste de seguimiento anual tiene una variación significativa dependiendo del estadio:

Si consideramos que gracias a la puesta en marcha de esta estrategia integral con programas de diagnóstico precoz potenciando la formación de profesionales, podríamos adelantar el diagnóstico de hasta un 20% de mujeres, y teniendo en cuenta que cada año se diagnostican más de 33.000 nuevos casos de cáncer, **se podría adelantar el diagnóstico de 396 casos metastásicos de cáncer de mama al año.**

Estadio	Coste seguimiento anual
0	172€
I	908€
IIa y IIb	994€
IIIa y IIIb	1.166€
IV (metastásico)	17.879€

Del total (33.000), el 6% se diagnostican metastásicos:

1.980 diagnósticos metastásicos / año

Sin embargo, gracias a estos programas, se podría adelantar el diagnóstico del 20%, que podrían ser diagnosticados en una fase anterior:

396 casos adelantados / año

De todos ellos, el 30% pasará a un estadio metastásico:

119 casos en estadio IV

Sin diagnóstico precoz	Con diagnóstico precoz
$396 * 17.879 = \mathbf{7.080.084€}$	$119 * 17.879 = \mathbf{2.127.601€}$ $277 * 1.166 = \mathbf{322.982€(*)}$ Total = 2.450.583€ (*) Para este cálculo tomamos el valor mayor: coste en Fase III

La diferencia entre realizar un diagnóstico precoz y no realizarlo supondrá un ahorro de 4.629.501€ al año.

(1) Fuente: GEICAM | Cáncer de mama metastásico

(2) Fuente: "Coste del tratamiento del cáncer de mama por estadio clínico en el País Vasco"

Nota: Los cálculos se han realizado teniendo en cuenta las hipótesis establecidas en el apartado "03. Hipótesis" del informe

Existencia de **Comités Mixtos
(Privado/Público), por área de
salud con fin terapéutico y/o de
investigación**

Impacto Directo



Impacto en el paciente

Como se ha analizado en la sección de “Propuestas” del informe, el tratamiento de las pacientes con cáncer de mama no siempre está incluido en su póliza y muchas toman la decisión de realizar un **cambio a la sanidad pública**. Sin embargo, al no existir una total interoperabilidad entre ambos sistemas de salud, es altamente probable que tengan que llevarse a cabo pruebas adicionales para cerciorarse del estado actual de la enfermedad.

De esta necesidad se propone la creación de **Comités Mixtos en los que se integra la continuidad terapéutica**, entidades integradas por profesionales de la sanidad pública y privada que validarán la correcta prescripción de tratamientos o la inclusión en ensayos clínicos para los pacientes.

Elección del tratamiento más eficaz

La existencia de esta continuidad terapéutica proporcionará a los pacientes que padecen cáncer una **seguridad adicional** al estar su tratamiento **validado por un grupo de profesionales sanitarios** que asegurarán la mejor opción de las existentes para el paciente.

De la misma manera, el profesional sanitario tendrá más herramientas a su disposición para **tomar la mejor decisión**, debido a que forma parte de un grupo de expertos.

Acceso más temprano al tratamiento

Si un paciente realiza el cambio de la sanidad privada a la pública debido a la falta de cobertura de su póliza, tendría que volver a pedir cita en su médico de Atención Primaria y ser derivado al especialista. Tendría que **esperar, de media, en torno a 90 días** para comenzar su tratamiento, debido al tiempo promedio de las listas de espera en España⁽¹⁾.

En este sentido, la creación de Comités Mixtos con la continuidad terapéutica integrada agilizará este proceso considerablemente **disminuyendo el tiempo de espera** del paciente, que recibiría el tratamiento apropiado en pocos días.



Hasta 90 días menos de espera en recibir el tratamiento para pacientes en el sistema privado que se cambian al sistema público por falta de coberturas, ya que no tendrían que repetir el proceso.

(1) Fuente: Sistema de información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

Nota: Los cálculos se han realizado teniendo en cuenta las hipótesis establecidas en el apartado “03. Hipótesis” del informe

Impacto Directo



Impacto en el paciente

Visión holística del paciente

La existencia de un **Comité Mixto** y un grupo multidisciplinar de apoyo transversal será el instrumento organizativo de la atención oncológica de calidad. En estos Comités mixtos se integrarán los profesionales tanto de la sanidad privada como de la pública, para completar la visión holística del paciente. Como se ha analizado en la sección de “Propuestas” del informe, la atención multidisciplinar es fundamental en la asistencia de los pacientes oncológicos y supone la participación en la toma de decisiones de todos los especialistas implicados en el diagnóstico, estadificación y tratamiento de los pacientes desde el inicio de su enfermedad.

Eso significa que un paciente es **valorado a la vez por todos los especialistas** que intervienen en el proceso asistencial, con un profesional que actúe de referente para el paciente⁽¹⁾.

Diagnósticos más tempranos

En ciertas ocasiones los pacientes pueden ser derivados a unos u otros servicios, aumentando el tiempo de toma de decisión final de tratamiento, lo que puede afectar a la supervivencia global del paciente. **La presencia de un Comité de Tumores podría mitigar el riesgo de la dificultad de completar el diagnóstico de los tumores.** De media, **la lista de espera en consultas del SNS en España es de 89 días⁽²⁾, la ausencia de un Comité de Tumores podría provocar, algunos casos, que un paciente comience su tratamiento hasta 3 meses más tarde.**

Una **diferencia de inicio de tratamiento de 3 meses** podría ser clave para la supervivencia de una paciente con cáncer de mama.

Maximizar la eficiencia de los tratamientos

Una visión holística de cada caso permitirá una mejor **toma de decisión basada en la evidencia** aportada por cada uno de los servicios. Esto supone una serie de beneficios como pueden ser la **maximización de la eficiencia de los tratamientos**, permitiendo su protocolización, el **acceso a una gama más amplia de tratamientos** (debido a las posibles sinergias entre el sistema público y privado), ensayos clínicos disponibles y la **agilización de la toma de decisiones** cuando un paciente decide realizar un cambio de la sanidad privada a la pública por falta de cobertura en su póliza.

Esto contribuirá a **mejorar la vida del paciente en cuanto a supervivencia y calidad de vida.**

(1) Fuente: Manual SEOM de Prevención y Diagnóstico precoz del cáncer.

(2) Fuente: Ministerio de Sanidad | Sistemas de Información Sobre Listas de Espera en el SNS

Impacto Directo



Paciente



Profesionales
sanitarios



Sistema

Impacto en el paciente

Eliminación de duplicidades

Como se ha mencionado anteriormente, el cambio de la paciente con cáncer de mama desde la sanidad privada a la pública supone la realización de **pruebas adicionales** para evaluar su estado actual, lo cual provoca una serie de interrupciones en el proceso de atención sanitaria.

Si existiesen Comités Mixtos, los pacientes se **evitarían la duplicidad de las pruebas diagnósticas** y además se ahorrarían una consulta de atención primaria, una consulta de atención especializada y los consiguientes desplazamientos hasta el hospital, los cuales pueden variar desde 1 hasta 70 Km dependiendo de la zona de España⁽¹⁾.

Impacto en el profesional sanitario

Visión integral del viaje del paciente

Los Comités Mixtos que incluyen la continuidad terapéutica estarán formados por un grupo de expertos, lo cual **favorecerá una comunicación directa** entre ellos y asegurará no sólo que el paciente se le pauté el tratamiento más eficaz o se le incluya en el ensayo clínico para su patología, sino que además, si éste realiza un cambio de la sanidad privada a la pública, dicho **tratamiento se mantenga**.

Esto contribuirá de forma directa en mostrar una **visión integral del viaje del paciente**.

(1) Fuente: El País | Artículo: ¿A cuánto está tu pueblo de un hospital o una escuela? Un mapa del contraste entre campo y ciudad



Impacto Directo



Impacto en el sistema

El hecho de tener Comités Mixtos con integración de continuidad terapéutica podría **reducir el número de consultas y pruebas repetidas y las listas de espera**, debido a que habría un menor número de pacientes que se cambian de la sanidad privada a la pública por un problema de coberturas en su seguro **33.000 pacientes/año**

Pacientes diagnosticadas con metástasis:

$$6\% * 33.000 = \mathbf{1.980 \text{ pac}}$$

+

Pacientes que terminarán siendo metastásicas:

$$30\% * (33.000 - 1.980) = \mathbf{9.306 \text{ pac}}$$

Con seguro privado:

$$19.6\% * (9.306 + 1.980) = \mathbf{2.212 \text{ pac}}$$

Que vuelven al Sistema Público:

$$68\% * 2.212 = \mathbf{1.504 \text{ pac}}$$

1.504 pacientes* de Cáncer de Mama metastásico pasan de la Sanidad Privada a la Pública al año

Pruebas y consultas repetidas: Por cada paciente que se cambia del sistema privado al sistema público por falta de coberturas en su póliza, tiene que asistir a su médico de Atención Primaria, a su especialista y realizarse una prueba para evaluar su actual estado de salud:

Coste consulta 1: **84€**

Coste consulta 2: **84€**

Coste prueba diagnóstica: **87€**

Cada paciente que se cambia de la sanidad privada a la pública supone un coste mínimo de 255€

A este gasto habría que añadirle el de urgencias, pruebas de seguimiento, nuevas cirugías, hospitalizaciones y complicaciones. Ya que todas las nuevas interacciones serán con el sistema público.

$$\text{Gasto total/paciente: } 255\text{€} + 17.879\text{€} = \mathbf{18.134\text{€}}$$

Una vez sabido el gasto de una paciente metastásica, se puede calcular el gasto de todos los pacientes metastásicos que cambian de Sanidad Privada a Pública:

$$\text{Gasto total: } 18.134\text{€} * 1.504 \text{ pacientes} = \mathbf{27,3 \text{ M€ al año}}$$

Nota: Los cálculos se han realizado teniendo en cuenta las hipótesis establecidas en el apartado "03. Hipótesis" del informe

*Para los cálculos hemos tenido en cuenta que el 100% de asegurados (sin tener en cuenta a mutualistas) están recibiendo su tratamiento en la sanidad privada

Impacto Directo



Impacto en el sistema

Ahorro en costes por anticipación en el diagnóstico

Si se adelantase 90 días el diagnóstico del 5% de pacientes que son derivadas a servicios erróneos, y asumiendo que gracias al Comité de Tumores Mixtos esto se evitaría y el diagnóstico sería en fases más tempranas:

5% de pacientes al año = 1.650 pacientes

Las pacientes que incurren con un mayor gasto son las que se diagnostican en fase metastásica (6%):

6% de 1.650 = 99 pacientes

Sin Comité de Tumores:

No se adelantaría el diagnóstico de estas 99 pacientes, que serían metastásicas:

99 pacientes * 17.879€ = **1,77M€**

Total = 1,77M€

Con Comité de Tumores:

Si asumimos que se adelanta el diagnóstico de estas 99 pacientes a una fase anterior (I, II o III), y teniendo en cuenta que, aún así, un 30% de pacientes llegará a estadio IV (Metastásico):

30 pacientes metastásicas
30 pacientes * 17.879€ = **536.370€**

69 pacientes en Fase I, II o III
69 pacientes * 1.166€ = **80.454€**
(para este cálculo tomamos el valor mayor: coste en Fase III)

Total = 616.824€

Ahorro:

Sin Comité de Tumores,

1,77M€

Con Comité de Tumores:

616.824€

Diferencia:

1,15M€



Contar con comités de tumores podría **ahorrar al sistema 1,15M€ al año.**

Impacto Directo



Paciente



Profesionales
sanitarios



Sistema

Impacto en el sistema

Listas de espera

La implantación de Comités Mixtos con integración de continuidad terapéutica reduciría las listas de espera en el sistema público, ya que habría menos pacientes que se cambian de la sanidad privada a la pública por una falta de coberturas en su seguro. Tal y como se ha calculado en la diapositiva anterior, las listas de espera se verían aliviadas en **1.504 pacientes** nuevas al año, lo que supone un **4,6% de los casos diagnosticados** al año.

Los cálculos de las reducciones en tiempo de las listas de espera, se harán sobre los casos nuevos anuales, ya que los datos de prevalencia incluyen también pacientes que han superado la enfermedad o se encuentran en proceso de hacerlo, cuyas revisiones se realizan cada 2,3 o 6 meses.

La tasa de reducción de nuevos casos al año que dejarían de pasar del sistema privado al público:

Tasa de reducción de pacientes
 $(1.504/33.000)*100 = 4,6\%$



La sanidad pública tendría un 4,6% menos de nuevas pacientes de cáncer de mama al año, lo que reduciría las listas de espera

Nota: Los cálculos se han realizado teniendo en cuenta las hipótesis establecidas en el apartado "03. Hipótesis" del informe.



Configuración de **estructuras integradas y grupos multidisciplinares de apoyo durante todo el proceso asistencial**

Impacto Directo



Paciente



Profesionales
sanitarios



Sistema

Impacto en el paciente

Paciente informada, cuidada y empoderada

La existencia de estos comités implicará la **constante información a pacientes y familiares**. Debe aportarse información básica y comprensible, para que, no solo esté informada, sino que pueda participar de forma activa en los puntos donde haya alternativas⁽¹⁾.

El hecho de informar al paciente en todo el proceso asistencial hace que pueda gestionar mejor su enfermedad, saber cuál es el siguiente paso en todo el proceso asistencial y a quién dirigirse en caso de tener alguna duda o problema.

El paciente, al contar con equipos multidisciplinares transversales que incluyen psicólogos, podrá sobrellevar mejor su enfermedad. Según el Consejo General de la Psicología en España⁽²⁾, la intervención psicológica puede ayudar a sobrellevar los tratamientos médicos que pueden ser dolorosos y traumáticos, así como los cambios físicos,

Mejor seguimiento de su enfermedad

El hecho de contar con grupos multidisciplinares transversales por paciente podría ayudar a crear consensos en el esquema de seguimiento que necesita cada paciente.

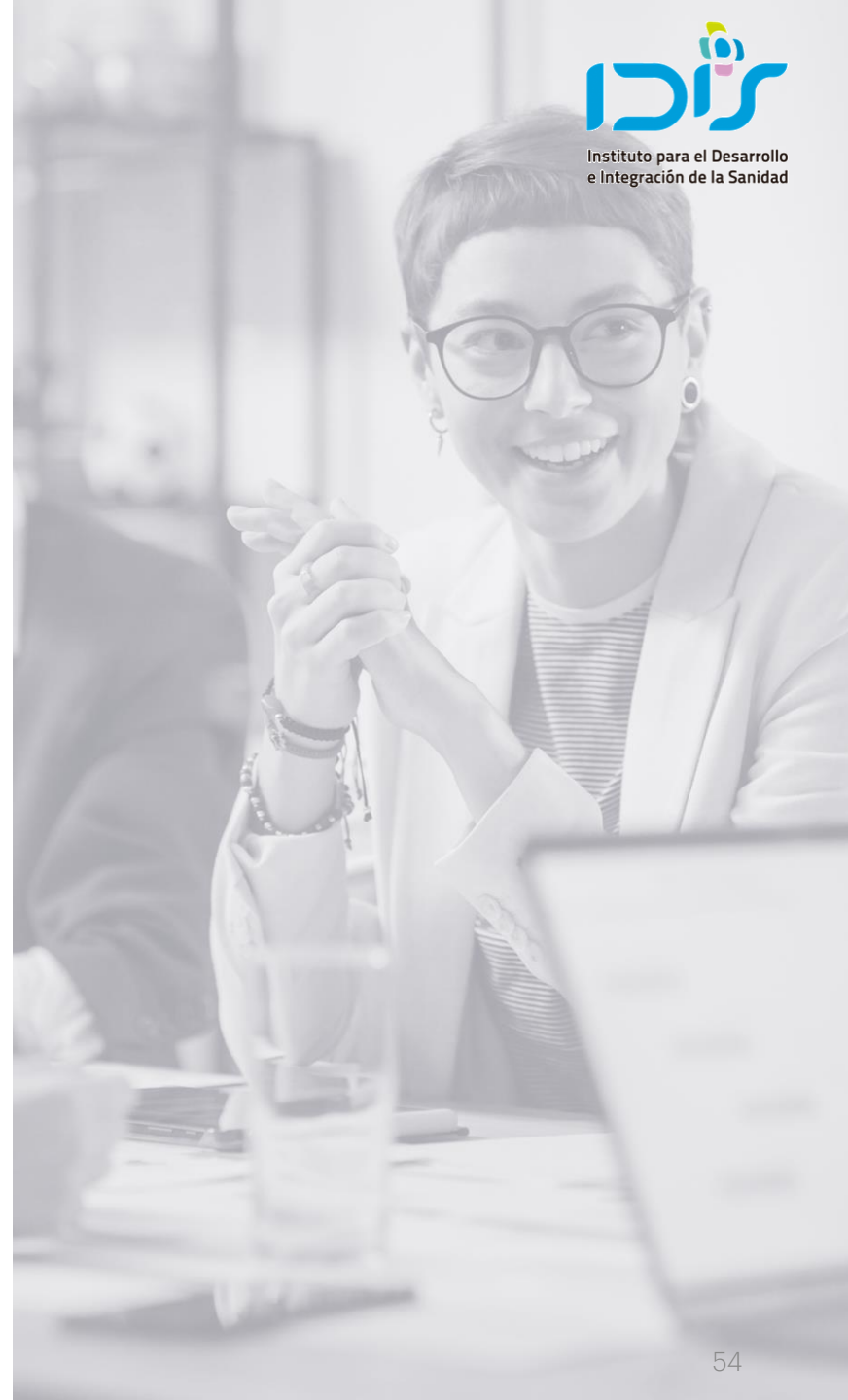
De esta forma, se estimularía un flujo de comunicación activa entre los profesionales sanitarios de varios niveles asistenciales del cual se beneficiaría cada paciente, ya que éstos profesionales (atención primaria, especialistas del sistema privado, especialistas del sistema público) podrían comunicarse directamente con el propio Comité en caso de dudas, opiniones, problemas o necesidades específicas de la paciente.



Cada paciente contaría con equipos multidisciplinares transversales de apoyo para la gestión de su enfermedad

(1) Fuente: Unidades multidisciplinarias de mama. Unidad de Mama, HU Reina Sofía.

(2) Fuente: Consejo General de la Psicología en España | Los beneficios de la intervención psicológica en el cáncer de mama



Impacto Directo



Impacto en el paciente

Mejor seguimiento de su enfermedad

El hecho de contar con estructuras integradas y **grupos multidisciplinares transversales de apoyo** por paciente podría ayudar a crear consensos en el esquema de seguimiento que necesita cada paciente.

De esta forma, se estimularía un flujo de **comunicación activa** entre los profesionales sanitarios de varios niveles asistenciales, con otros profesionales de estos grupos de apoyo, del cual se beneficiaría cada paciente, ya que éstos profesionales (atención primaria, especialistas del sistema privado, especialistas del sistema público) podrían comunicarse directamente en caso de dudas, opiniones, problemas o necesidades específicas del paciente.

Normalmente, el proceso de seguimiento de una paciente de cáncer de mama consiste en dos etapas⁽¹⁾:

- **Etapa I:** Comprende los 5 primeros años, un seguimiento más intenso y se divide en dos partes:
 - Subetapa I: Comprende los primeros 3 años y las revisiones se realizan cada 3 o 6 meses.
 - Subetapa II: Comprende los últimos 2 años y las revisiones se realizan cada 6 o 12 meses.
- **Etapa II:** Comprende a partir del quinto año en adelante, un seguimiento más laxo y se recomienda un control sin límite de edad.

Etapa I		Etapa II
Subetapa I	Subetapa II	
Anamnesis Exploración física Análisis de sangre	Mamografía anual Revisión ginecológica Pruebas de imagen	Exploración física Análisis de sangre Mamografía anual

Cabe destacar, como se ha recogido en multitud de artículos científicos, que este seguimiento puede variar desde una actitud minimalista hasta un seguimiento intensivo en función del riesgo de cada paciente en términos del tipo de asistencia, la frecuencia y la duración de la misma⁽²⁾. En todo caso, sería importante que la paciente pudiese acudir al Comité Mixto o **grupo de apoyo multidisciplinar** en caso de tener la necesidad.

(1) Fuente: Artículo "Breast cancer follow-up and management after primary treatment: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update"

(2) Fuente: Artículo "Consenso de seguimiento de pacientes con cáncer de mama de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria"

Impacto Directo



Impacto en el profesional sanitario

Según el consenso entre la Sociedad Americana de Oncología Médica (ASCO) y la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO)⁽¹⁾, el tratamiento óptimo del cáncer debe ser proporcionado por un equipo que incluya, en su caso experiencia médica multidisciplinar compuesta por **oncólogos médicos, oncólogos quirúrgicos, oncólogos radioterápicos y expertos en cuidados paliativos, así como enfermeras de oncología y trabajadores sociales**. Los pacientes también deben tener acceso a asesoramiento **psicosocial, nutricional y otras necesidades**. Estas propuestas realizadas por organismos internacionales respaldan las ideas mencionadas a lo largo del informe sobre la importancia de contar con estructuras integradas y equipos multidisciplinarios transversales de apoyo.

Protocolos

La existencia de protocolos podría ayudar al profesional sanitario, ya que se acordarían decisiones sobre qué tipo de casos entran en el Comité Mixto o quién es la persona encargada de contactar con la paciente. El hecho de que todos los profesionales sanitarios estén alineados y sepan quién hace qué y cuál es el siguiente paso hace que el modelo asistencial se centre en la persona y que se puedan definir procedimientos dependiendo de qué le conviene más al paciente.

Visión compartida

La presencia de los profesionales en un equipo multidisciplinar aportará un **enriquecimiento de la visión y los conocimientos** de cada uno de ellos en la materia tratada, gracias a las evidencias y diferentes puntos de vista aportados por el resto del equipo⁽²⁾.

Además, permite al profesional trabajar en un entorno donde las **decisiones se toman en conjunto** y la decisión final estará contrastada y **respaldada por el resto del comité**.

Comunicación entre niveles asistenciales y sistemas de sanidad público y privado

La existencia de **estructuras integradas y grupos multidisciplinarios transversales de apoyo** son una herramienta fundamental para poner en contacto diferentes servicios y especialidades con el objetivo de aportar la mejor alternativa terapéutica para el paciente. Esto supondría una gran oportunidad para **romper las barreras comunicativas** existentes entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, entre médicos y personal de enfermería, entre las diferentes especialidades, e incluso entre los sistemas de sanidad público y privado, lo cual es uno de los principales objetivos del Sistema de Salud⁽²⁾. Esta comunicación se traduce en una mejor gestión del paciente y una mayor satisfacción de las partes implicadas.

(1) Fuente: ASCO-ESMO Consensus Statement on Quality Cancer Care.

(2) Fuente: Unidades multidisciplinarias de mama. Unidad de Mama, HU Reina Sofía.

Impacto Directo



Paciente



Profesionales
sanitarios



Sistema

Impacto en el sistema

Ahorro en costes por consultas evitables

Tal y como se ha concluido en las diversas conversaciones con los profesionales sanitarios, si se trabaja con autonomía y sin comunicación entre los servicios mencionados, es probable que los pacientes sean derivados a los **servicios erróneos** o, debido a la falta de protocolos y comunicación con la paciente, sea la propia paciente quien acuda a una consulta que no le corresponda, **ralentizando el abordaje óptimo de su enfermedad y saturando las listas de espera**. Esto supone, además de los perjuicios a pacientes y profesionales, un gasto innecesario para el sistema, el cual puede ser minimizado gracias a la existencia de estructuras integradas y comité multidisciplinar de apoyo que impulse la ejecución de las mejores prácticas.

Si asumimos que:

En torno al **5%** de las pacientes con cáncer de mama son derivadas al principio de su enfermedad a un servicio incorrecto

El coste de una consulta es, de media, de **84€**.

En 2021, se estimaron **33.375** casos nuevos de cáncer de mama.⁽¹⁾



Se podrían ahorrar 140.000 € al año al optimizar la correcta derivación de la paciente al inicio de la enfermedad, aliviando, a su vez, las listas de espera.

(1) Fuente: SEOM. Las cifras del Cáncer en España 2021.

Nota: Los cálculos se han realizado teniendo en cuenta las hipótesis establecidas en el apartado "03. Hipótesis" del informe.

01. Contexto
02. Alcance
03. Hipótesis
04. Impacto Directo
05. Resumen Ejecutivo
06. Impacto Indirecto

Resumen Ejecutivo



Se han analizado **tres viajes de paciente de cáncer de mama junto a varios expertos**, y se han identificado

8 puntos de ruptura,

que a veces se comparten en el sistema público, en el sistema privado o cuando una paciente se cambia de uno a otro.

Falta de personalización

Falta de trazabilidad

Falta de protocolos

Falta de coberturas

Acceso a tratamientos innovadores

Duplicidad de pruebas

Falta de prevención

Duplicidad de citas



Se ha realizado una encuesta a 3.000 personas sobre continuidad asistencial. Algunos resultados:

- Un **70,2%** considera necesario **impulsar la cooperación entre la sanidad privada y la sanidad pública para promover un modelo sanitario y sociosanitario más sostenible.**
- El **85,6%** considera positivo **recibir tratamiento o hacerse pruebas en la sanidad privada o pública indistintamente**, y todos los datos pudieran ser conocidos y evaluados por el profesional sanitario que le atiende en cada momento.
- El **88%** considera razonable que sus **informes médicos sean compartidos** para que los profesionales de otro centro dispongan de ellos.

Propuestas

1 Estrategia integrada de Planes de Prevención y Promoción de la Salud

... para reducir la enfermedad, identificar las variables de riesgo y activar ágilmente los programas de diagnóstico precoz cuando sea necesario.

2 Comités Mixtos (Privado/Público), por área de salud con fin terapéutico y/o de investigación

... para que las decisiones en los procesos complejos contemplen opiniones de todos los expertos involucrados.

3 Estructuras integradas y grupos multidisciplinares de apoyo durante todo el proceso asistencial

... que promuevan el acompañamiento en todo el viaje asistencial del paciente, de forma coordinada, proactiva y cercana.

- Reducción de las listas de espera.

Impacto para el caso exclusivo de cáncer de mama



Paciente

- Hasta un 20% de diagnósticos más tempranos -> Mayor supervivencia.
- Acceso más temprano (hasta 90 días) a un tratamiento más óptimo.
- Eliminación de duplicidades.
- Paciente informada, cuidada y empoderada.



Profesionales sanitarios

- Visión integral del viaje del paciente.
- Visión compartida con otros profesionales.
- Protocolos para facilitar procesos.
- Comunicación entre niveles asistenciales y sanidad pública y privada.



Sistema

5,9 M€

+27 M€

De ahorro al año en costes por diagnósticos más tempranos y eliminación de derivaciones incorrectas.

De ahorro en costes en el sistema público por consultas evitables, consultas y pruebas repetidas y absorción de nuevas pacientes.

- Reducción de las listas de espera.

01. Contexto
02. Alcance
03. Hipótesis
04. Impacto Directo
05. Resumen Ejecutivo
06. Impacto Indirecto

Impacto Indirecto

Optimización de diagnóstico y tratamiento

En la oncología, un **diagnóstico** correcto y una elección óptima del **tratamiento** que se le suministrará al paciente es de vital importancia en cuanto a supervivencia y calidad de vida. Si cada caso oncológico es analizado por un **Comité Mixto**, se garantizaría la mitigación de posibles incidencias al respecto.

También disminuirían drásticamente las demandas a profesionales, ya que, el 87% de las sentencias hacen referencia a un error en el diagnóstico, un 14% debido a errores en tratamiento y un 3% debido a la omisión del consentimiento informado⁽¹⁾.

La mejoría en la precisión en diagnóstico y tratamientos, tendría también un impacto económico significativo, ya que las multas e indemnizaciones para pacientes y/o familiares en este ámbito pueden llegar a ser mayúsculas.

A continuación, se describen algunos ejemplos:

- **264.000 euros** tendrá que pagar el Servicio Vasco de Salud por un diagnóstico tardío de un cáncer de vejiga. La demora en el diagnóstico condicionó gravemente el crecimiento del tumor⁽²⁾.
- **464.000 euros** por las secuelas de un cáncer de mama por parte de A.M.A Seguros. Los retrasos en el diagnóstico y correspondiente tratamiento dejaron la enfermedad en un nivel avanzado e irreversible⁽³⁾.
- Indemnización cercana a los **300.000 euros** por las secuelas originadas en una paciente por un retraso diagnóstico de un cáncer de mama, en que incurrieron los facultativos de una Clínica Privada de Málaga⁽⁴⁾.

- **136.000 euros** por falta de información sobre un cáncer - Se probó la falta de información en el caso de un hombre a quien no le comunicaron un posible cáncer que padecía. A causa de esto no fue tratado hasta dos años más tarde, cuando la enfermedad estaba demasiado avanzada.⁽⁵⁾



Una decisión de tratamiento consensuada en un entorno multidisciplinar garantizaría la reducción de posibles errores en esta materia, gracias a la riqueza en evidencia aportada por cada uno de los miembros presentes.

(1) Fuente: Médic Abogados. <https://www.medic-abogados.com/negligencias-medicas-oncologicas/>

(2) Fuente: Rafael Martín Bueno. <https://www.rafaelmartinbueno.es/tardar-detectar-cancer-de-vejiga/>

(3) Fuente: Rafael Martín Bueno. <https://www.rafaelmartinbueno.es/464-000-retraso-detectar-cancer-mama/>

(4) Fuente: Bley Abogados. <https://www.rafaelmartinbueno.es/tardar-detectar-cancer-de-vejiga/>

(5) Fuente: Rafael Martín Bueno. <https://www.rafaelmartinbueno.es/136-000-euros-por-falta-de-informacion-sobre-un-cancer/>

Impacto Indirecto

Percepción de la sanidad

Percepción General de la Sanidad Pública y Privada

Desde la Fundación IDIS se lanzó, en mayo de 2021, la encuesta de percepción de la sanidad en España⁽¹⁾, en la que se obtuvieron los siguientes resultados:

- **La valoración media de la sanidad pública en 2021 es de 6,77** sobre 10.
- **La valoración media de la sanidad privada en 2021 es de 6,67** sobre 10.

En la encuesta se han evaluado los siguientes indicadores:

- Financiada adecuadamente
- Asistencia de calidad
- Enfocada al paciente
- Con los profesionales
- Colaborativa
- Equitativa
- Eficiente
- Reformista e innovadora
- Digitalizada y tecnológica
- Transparente

Influencia de la continuidad asistencial en la percepción de la sanidad

Las diferentes propuestas que se han ido desgranando a lo largo del informe generan unos beneficios que **repercuten directamente en el paciente, en los profesionales sanitarios y en el sistema**. De este modo, dichas propuestas influyen en cómo los pacientes, y por extensión los ciudadanos, perciben la sanidad.

Además, los beneficios impactan en los diferentes indicadores que se han medido en la encuesta de satisfacción, **pudiendo aumentar aún más la percepción de la sanidad en España:**

- Estrategia integrada de Planes de Prevención y Promoción de la Salud: asistencia de calidad, enfocada al paciente y con los profesionales.
- Comités Mixtos (Privado/Público), por área de salud con fin asistencial, terapéutico y/o de investigación: enfocados al paciente, eficientes, reformistas e innovadores.
- Estructuras integradas y grupos multidisciplinares de apoyo durante todo el proceso asistencial: asistencia de calidad, enfocada al paciente, colaborativa y transparente.



(1) Fuente: "Sanidad en España: encuesta de percepción". Fundación IDIS. Mayo 2021

Impacto Indirecto

Ejemplo de buenas prácticas a nivel internacional

Todos los países que forman parte de la Unión Europea se enfrentan a retos similares en la lucha contra el cáncer de mama, siendo su objetivo principal ofrecer un tratamiento de calidad a los pacientes oncológicos. En este sentido, la Sociedad Europea de Mastología (EUSOMA) aportó una base para definir un servicio de calidad hacia las pacientes con cáncer de mama, el cual estriba en que todas dispongan de una unidad multidisciplinaria y especializada de alta calidad (similar a un Comité de Tumores de Mama)⁽¹⁾. De esta forma, **algunos de los requisitos** que establecen para estos Comités son los siguientes:

- El número mínimo de pacientes que se deben atender es de 150 nuevos casos al año.
- La formación de los miembros que lo compongan será mixta, tanto médica (cirujano, radiólogo, patólogo, oncólogo, enfermera, técnico de radiodiagnóstico, etc.) como de gestión (data manager).
- Disposición de toda la infraestructura necesaria para realizar el diagnóstico.

- Los tiempos de espera para la primera consulta y para la comunicación del diagnóstico deben ser menores a 10 y 5 días, respectivamente.
- Capacidad para llevar a cabo reconstrucciones mamarias.
- Consultas de riesgo genético.
- Soporte psicológico.

La EUSOMA concluyó que debería haber un total de 1.250 Comités en la Unión Europea para lograr una calidad óptima. Sin embargo, se estima que hay aproximadamente, unos 250 Comités.



La inclusión de estos Comités de Tumores supondría situar a España como un ejemplo de la lucha contra el cáncer, hacia una sanidad basada en la continuidad asistencial

¿Cómo es la situación en Europa?

- **Alemania** dispone de 8 unidades de mama acreditadas por la Deutsche Gesellschaft für Senologie y la Deutsche Krebsgesellschaft. Estas 2 sociedades han creado un complejo sistema de certificación que no incluye todas las recomendaciones de EUSOMA.
- **Dinamarca** tiene 20 unidades de mama establecidas en su territorio, donde las pacientes son evaluadas por un equipo multidisciplinario.
- Cada uno de los 21 condados en **Suecia** dispone de al menos 1 unidad de mama, la cual, aunque no cumpla todos los criterios de EUSOMA, presta una atención de calidad muy satisfactoria.
- El cáncer de mama en **Portugal** está centralizado en 3 grandes centros oncológicos (Lisboa, Coimbra y Oporto) con más de 500 casos nuevos anuales. Otras 6 unidades tratan alrededor de 150 casos nuevos al año. En todas las unidades trabajan equipos multidisciplinarios.

(1) Fuente: Elsevier: Aplicación de los criterios de EUSOMA en las unidades funcionales de mama de los países miembros de la Unión Europea.

Agradecimientos

Este informe se ha realizado, en gran medida, gracias a los datos, opiniones y experiencia aportados por expertos en la materia, que han colaborado para analizar la situación actual y realizar propuestas que pueden ser el germen de nuevas experiencias e hitos en el proceso de continuidad asistencial. Debido a sus aportaciones, dedicación y disponibilidad, mostramos nuestro agradecimiento a:

Dr. Ángel de Benito *Secretario General Fundación IDIS*

Dr. Javier Cortés *Director Científico y de la Unidad de Cáncer de Mama - Servicio de Oncología H. Ruber Internacional.*

Dr. Ricardo Cubedo *Médico adjunto Servicio de Oncología del HU. Puerta de Hierro y jefe de Sarcomas y Cáncer Hereditario del Servicio de Oncología Médica del MD Anderson Cancer Center*

Dr. Jesús García-Foncillas *Jefe de Servicio de Oncología Fundación Jiménez Díaz*

Dr. Carlos González *Médico especialista en Medicina Interna del HU. 12 de Octubre*

Dr. Javier Román *Director médico del Instituto Oncológico IOB. Hospital Ruber Internacional*

Dr. José Luis Zamorano *Jefe de Servicio de Cardiología HU. Ramón y Cajal*



**Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad**

Calle Magallanes, 34,
Local comercial, 28015,
Madrid

91 790 67 56

91 790 68 69

info@fundacionidis.com



Continuidad asistencial y Paciente único
Documento Propiedad Intelectual del Instituto
para el Desarrollo e Integración de la Sanidad
(IDIS)
Documento Elaborado por: Accenture
Fecha de Publicación del capítulo: 24/01/2023