



## EDITORIAL

# Los cuidados paliativos y la crisis de la sanidad en España

## Palliative care and the health crisis in Spain

Juan Manuel Núñez Olarte<sup>a,\*</sup> y Alberto Alonso Babarro<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Coordinador jefe, Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

<sup>b</sup> *Coordinador jefe, Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España*

A principios de los años 90 del siglo pasado, el gobierno de la provincia autónoma de Alberta (Canadá) aplicó una reducción del 25% al gasto sanitario público, en un contexto de crisis económica. Como consecuencia de ello, se produjo una gran reducción en la disponibilidad de camas sanitarias, lo que afectó notablemente al 85% de pacientes terminales que por entonces fallecían en hospitales de agudos.

Para hacer frente a esta situación se convocaron reuniones con representantes de hospitales de agudos, hospitales de media estancia, atención primaria, cuidados paliativos (CP), el instituto regional de cáncer, la comunidad y el gobierno provincial. Este grupo de trabajo recomendó que se desarrollase un plan de CP provincial, que contemplase cierta inversión económica en el ámbito de los CP a pesar de la crisis. Se argumentaba que la inversión estaba justificada ante el esperado ahorro que los CP podían traer al sistema público de salud.

El Programa Regional de CP de Edmonton fue aprobado finalmente en febrero de 1995, y el tiempo ha dado la razón a sus promotores. El programa ha cumplido con creces sus objetivos de diseminar la atención de CP a la población y generar importantes ahorros al sistema público de salud. El mensaje que nos transmiten los profesionales de CP de Edmonton es que, paradójicamente, los recortes en gasto sanitario crearon la oportunidad para la expansión de los CP en su región<sup>1</sup>.

La historia reciente de los CP en nuestro país no contempla, por ahora y desafortunadamente, el final feliz que hemos descrito para la «fábula» canadiense. Nuestro presidente actual de la SECPAL acaba de anunciar (2013) que los profesionales específicos de CP han disminuido entre un 10 y un 20% en toda España como consecuencia de la crisis<sup>2</sup>. Además nuestro colectivo es especialmente vulnerable al estar constituido mayoritariamente por profesionales con contratos relativamente recientes. Todo ello genera un deterioro asistencial evidente, fundamentalmente como consecuencia de los recortes en los equipos de soporte hospitalario, en opinión del Dr. Gándara.

Tradicionalmente, los profesionales de CP hemos sido muy resistentes a promocionar estos cuidados por el ahorro económico que generan al Sistema Nacional de Salud (SNS). No obstante, puede que haya llegado el momento de hacerlo así. También recientemente, nuestro anterior presidente de la SECPAL señalaba la necesidad de unos CP de alta calidad «por humanidad, por eficacia en los resultados y por rendimiento económico»<sup>3</sup>.

La literatura científica de nuestra especialidad abunda en importantes referencias del ahorro económico que se genera gracias a la actividad de los programas y equipos específicos de CP.

### Modelo canadiense

El programa canadiense mencionado más arriba generó un ahorro de 1.650.689 dólares anuales al sistema de salud público de Alberta a los 2 años de su puesta en marcha.

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [jnunezo@salud.madrid.org](mailto:jnunezo@salud.madrid.org)  
(J. Manuel Núñez Olarte).

El ahorro se generó fundamentalmente a expensas de una reducción de los ingresos en camas no específicas de hospital de agudos<sup>4</sup>.

### Modelo norteamericano

La ausencia de un SNS en EE. UU. equiparable a los modelos europeo y canadiense hace que en la práctica no existan planes integrales de CP en ese país. Los análisis de costes y ahorros generados se efectúan de forma muy escrupulosa a partir de las iniciativas aisladas de los equipos específicos de CP. La ventaja que ello supone para nosotros es la posibilidad de discriminar el impacto aislado de un programa de CP de cualquier tipo. Ello resulta muy difícil en Europa, ya que la atribución adecuada de los costes reales de cada actividad resulta poco menos que imposible en los sistemas integrales sanitarios como el nuestro.

Así, disponemos de un estudio aleatorizado que señala que la actividad de un equipo de soporte domiciliario norteamericano ahorra 4.800 dólares por enfermo atendido, gracias a la reducción de los ingresos hospitalarios y visitas a urgencia y el consiguiente incremento de los fallecimientos en domicilio<sup>5</sup>.

Además, 8 equipos de soporte hospitalario en EE. UU. ahorraron 4.908 dólares por paciente fallecido en sus hospitales en el periodo 2002-2004, gracias a la reducción de los costes de farmacia, exploraciones complementarias etc.<sup>6</sup> Otros 4 equipos de soporte hospitalario ahorraron 7.563 dólares por enfermo fallecido en el periodo 2004-2007<sup>7</sup>. Es importante destacar que hay datos que sugieren que el ahorro es tanto mayor cuanto más precoz sea la interconsulta al equipo y cuanto mayor sea el tiempo que el paciente esté bajo seguimiento por parte del equipo de soporte hospitalario<sup>8</sup>. Finalmente, un importante estudio ha observado que los ahorros económicos son muy importantes si la atención de CP es de alta calidad, y muy poco relevantes cuando la calidad es media o baja<sup>9</sup>.

Las unidades de CP de agudos también generan importantes ahorros económicos por sí solas, y con independencia de la actividad o/y derivación a los equipos de soporte domiciliario y hospitalario. De esta forma, una unidad de CP norteamericana en un hospital de agudos ahorró 7.800 dólares por ingreso a pesar de una mayor estancia media y mortalidad en sus camas. Ello fue posible gracias a la reducción de los gastos de farmacia y laboratorio<sup>10</sup>. Por otro lado, otra unidad de CP en un hospital de agudos tuvo unos costes totales un 57% inferiores en los pacientes fallecidos en la misma, con reducciones del 74% en los costes de farmacia y exploraciones<sup>11</sup>.

### Modelo español

En España también disponemos de evidencia considerable del ahorro generado al SNS mediante el desarrollo de sistemas integrales de CP –en Cataluña este ahorro es de aproximadamente unos 3.000 euros por paciente terminal atendido en los circuitos de CP<sup>12</sup>.

Por otro lado, estudios del impacto individual de la actividad aislada de determinados equipos de CP españoles confirman los datos norteamericanos. Así, la actividad de un equipo de soporte domiciliario madrileño redujo signifi-

cativamente el recurso a la hospitalización y a las urgencias, así como los fallecimientos hospitalarios<sup>13</sup>. También, la actividad de una unidad de CP de agudos madrileña ha generado unos ahorros mínimos al SNS de entre 1.000.000 a 2.000.000 de euros en 2012<sup>14</sup>. En este último caso han contribuido fuentes de ahorro novedosas, tal y como es la reducción de la quimioterapia agresiva fútil en el último mes de vida, mediante una consulta externa precoz de CP (el ahorro generado ha sido de unos 50.000 euros anuales al haber contribuido a evitar unos 25 ciclos de quimioterapia).

En resumen, creemos que nos corresponde ahora a los especialistas de CP extender, y hacer valer, el concepto de que «los CP también ahorran»<sup>3</sup>. Opinamos también que no son tiempos de ahondar en nuestras pequeñas diferencias internas, que a veces nos limitan en la visión global de los problemas –sobre todo cuando disponemos de evidencia científica que señala la imposibilidad de precisar si un determinado modelo de CP es más efectivo o eficiente que otro<sup>15</sup>. Antes bien, creemos que ha llegado el momento de dar un mensaje de unidad en la defensa de nuestros pacientes y sus familias, así como de nuestros equipos y profesionales. Y todo ello desde el convencimiento de que la consolidación y expansión de unos CP de calidad en nuestro país, a pesar de estos momentos de crisis, generarán sin duda importantes ahorros en el gasto sanitario y, sobre todo, en sufrimiento humano.

### Bibliografía

1. Fainsinger RL, Brenneis C, Fassbender K. Edmonton, Canada: a regional model of palliative care development. *J Pain Symptom Manage.* 2007;33:634-9.
2. Gándara A. Declaraciones al periódico. *Diario Médico*, lunes 5 Feb 2013.
3. Rocafort J. Los cuidados paliativos también ahorran. *Diario Médico*, jueves 11 Oct 2012, p.5.
4. Fassbender K, Fainsinger R, Brenneis C, Brown P, Braun T, Jacobs P. Utilization and costs of the introduction of system-wide palliative care in Alberta, 1993-2000. *Palliat Med.* 2005;19:513-20.
5. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, Seitz R, Morgenstern N, Saito S, et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55:993-1000.
6. Morrison RS, Penrod JD, Cassel JB, Caust-Ellenbogen M, Litke A, Spragens L, et al. Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs. *Arch Intern Med.* 2008;168:1783-90.
7. Morrison RS, Dietrich J, Ladwig S, Quill T, Sacco J, Tangeman J, et al. Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries. *Health Aff.* 2011;30:454-63.
8. Hanson LC, Usher B, Spragens L, Bernard S. Clinical and economic impact of palliative care consultation. *J Pain Symptom Manage.* 2008;35:340-6.
9. Twaddle ML, Maxwell TL, Cassel JB, Liao S, Coyne PJ, Usher BM, et al. Palliative care benchmarks from academic medical centres. *J Palliat Med.* 2007;10:86-98.
10. Davis MP, Walsh D, LeGrand SB, Lagman RL, Harrison B, Rybicki L. The financial benefits of acute inpatient palliative medicine: an interinstitutional comparative analysis by all-patient refined diagnosis related group and case mix index. *J Support Oncol.* 2005;3:313-6.
11. Smith TJ, Coyne P, Cassel B, Penberthy L, Hopson A, Hager MA. A high-volume specialist palliative care unit and team may

- reduce in-hospital end of life costs. *J Palliat Med.* 2003;6:699–705.
12. Gómez-Batiste X, Caja C, Espinosa J, Bullich I, Martínez-Muñoz M, Porta-Sales J, et al. The Catalonia World Health Organization demonstration project for palliative care implementation: quantitative and qualitative results at 20 years. *J Pain Symptom Manage.* 2012;43:783–94.
  13. Alonso-Babarro A, Astray-Mochales J, Domínguez-Berjón F, Génova-Maleras R, Bruera E, Díaz-Mayordomo A, et al. The association between in-patient death, utilization of hospital resources and availability of palliative home care for cancer patients. *Palliat Med.* 2013;27:68–75.
  14. Núñez Olarte JM. Integración precoz de los cuidados paliativos en el tratamiento estándar oncológico: experiencia de una consulta externa de cuidados paliativos en un centro oncológico terciario. MEDIPAL. En prensa
  15. García-Pérez L, Linertová R, Martín-Olivera R, Serrano-Aguilar P, Benítez-Rosario MA. A systematic review of specialised palliative care for terminal patients: which model is better? *Palliat Med.* 2009;23:17–22.