

Terapias Respiratorias Personalizadas:

calidad asistencial, eficiencia
y resultados en salud

Mayo 2021



Elaborado por:



Impulsado por:



Con el aval científico de:



Índice

Prólogo	3
Resumen ejecutivo	4
1. Introducción	6
2. Visión general de las Terapias Respiratorias Domiciliarias (TRD)	8
2.1. Introducción	9
2.2. Principales terapias	11
2.3. Atención al paciente con TRD	14
2.4. Principales beneficios	18
3. Provisión y financiación de las TRD	19
3.1. Introducción	20
3.2. Modelos actuales de financiación en España	22
4. Hacia unas terapias respiratorias personalizadas (TRP) en España	24
4.1. Introducción	25
4.2. Experiencia internacional	27
4.3. Consideraciones clave para la evolución del modelo en España	31
4.3.1 Ineficiencias del sistema	32
4.3.2 Objetivos de la evolución del modelo	33
4.3.3 Pilares para la evolución del modelo en España	33
4.3.4 Principales beneficios del nuevo modelo de financiación	37
4.3.5 Diseño del nuevo modelo	40
4.3.6 Aspectos clave	41
4.3.7 Barreras para la implementación de un nuevo modelo de TRD	42
5. Conclusiones	43
Anexos	46
Índice de figuras	47
Glosario	48
Bibliografía	49
Colaboraciones	52

Prólogo



Silvia Ondategui,
EY, Socia Global de Life Sciences

Ahora más que nunca, vivimos un momento histórico en el que la salud, en el sentido más amplio de la palabra, cobra un protagonismo muy significativo para la sociedad. La crisis generada por la COVID-19 nos ha hecho darnos cuenta de que restarle importancia a la salud y al bienestar de la población puede tener un efecto pernicioso en nuestra realidad, cambiando incluso la manera en que vivimos y nos relacionamos.

Las terapias respiratorias domiciliarias (TRD) en España están experimentando una gran evolución, llegando a un crecimiento anual de un 8-12% en el número de pacientes atendidos. Este crecimiento es debido, mayoritariamente, a enfermedades como el tabaquismo o la obesidad, así como al envejecimiento de la población y la cronicidad. La atención a estos pacientes requiere de un cuidado constante, siendo clave impulsar en ellos el empoderamiento de la gestión de su enfermedad y la personalización de los cuidados. Para ello, es importante la promoción de la educación al paciente y su compromiso durante el tiempo de uso del tratamiento. Así, disponer de una dotación presupuestaria suficiente que garantice la continuidad y calidad del servicio es fundamental para cumplir los objetivos mencionados.

Este informe pone de manifiesto los beneficios para el paciente y la sociedad de las TRD en su sentido más amplio y la necesidad de un cambio en su modelo de financiación con el fin de garantizar un sistema sanitario más sostenible y enfocado a la mejora continua de los servicios. Así, el análisis que se expondrá a continuación debe servir de guía a los profesionales implicados en la prestación de servicios de las TRD y, sobre todo, a los diferentes responsables, directivos y gestores del ámbito público de la sanidad, así como a los profesionales prescriptores.

El principal propósito que persigue este Informe es mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes, así como garantizar que, con independencia de su lugar de residencia, todos ellos reciban el mejor tratamiento para hacer frente a su enfermedad. No hay que olvidar los beneficios que este nuevo modelo conllevaría para el Sistema Nacional de Salud, tanto a nivel asistencial, a través de un mejor servicio sanitario, como a nivel económico, dado que aseguraría la eficiencia del sistema sanitario gracias a los buenos resultados en la salud de los pacientes y el consecuente mejor uso de los recursos sanitarios, siempre limitados.

Resumen ejecutivo

En España, alrededor de un millón de pacientes se benefician de las terapias respiratorias domiciliarias [1]. Distintos factores como el envejecimiento de la población, la obesidad, el tabaquismo o la cronicidad hacen que haya en torno al 8-12% de nuevos pacientes diagnosticados cada año [2].

La Presión Positiva Continua en la vía aérea (CPAP), la Oxigenoterapia Continua Domiciliaria (OCD), la Ventilación Mecánica Domiciliaria (VMD) y la aerosolterapia son las terapias de las que se benefician pacientes crónicos y agudos, siendo la más prevalente la que se destina a la Apnea Obstructiva del Sueño (AOS) con tratamiento CPAP.

Son tres los agentes que intervienen en el abordaje de este tipo de pacientes: los neumólogos (y en menor medida otros profesionales sanitarios), que diagnostican y establecen el plan terapéutico de paciente; las distintas administraciones públicas, que mediante concursos públicos contratan los servicios sanitarios de TRD; y las empresas, que son quienes, siguiendo las pautas de los neumólogos, se ocupan de su atención sanitaria, seguimiento, control, cuidado y acompañamiento de su enfermedad, mejorando su salud y calidad de vida.

Las TRD tienen un impacto positivo en el paciente, en sus cuidadores y en su entorno familiar, y también en todo el sistema sanitario ya que, además de permitir que se incremente la calidad de vida y el nivel asistencial de los pacientes con patologías respiratorias, son generadoras de eficiencias y ahorros mediante la disminución de visitas hospitalarias y la prevención de exacerbaciones de las patologías respiratorias y comorbilidades asociadas.

La atención al paciente con TRD requiere de una aproximación integral, desde el diagnóstico, la aplicación de la terapia respiratoria indicada y más adecuada a la

situación clínica de cada paciente, hasta el seguimiento y control del paciente por distintas vías (domiciliaria, a través del personal especializado utilizando nuevas tecnologías de la información, etc.), siendo esencial la educación sanitaria y el compromiso del paciente con su tratamiento.

Teniendo en común que todas las TRD tienen por finalidad mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes, cada una de las terapias presenta características diferentes según las necesidades asistenciales de los pacientes, y cada paciente requiere de una atención personalizada que debe ser el objetivo a perseguir para mejorar los resultados en salud. Las empresas que se responsabilizan de este servicio sanitario ponen a disposición del sistema sanitario múltiples canales de atención que permiten una adaptación de la prestación de la asistencia a las características y la complejidad del enfermo, alcanzando importantes cotas de eficacia en el seguimiento y control de su enfermedad. Hay una gran oportunidad, que debe ser explorada, de diseñar nuevos servicios complementarios con el objetivo de mejorar la calidad en la atención del paciente.

Dada la complejidad en el manejo de estos pacientes, resulta esencial la coordinación y comunicación de los distintos profesionales sanitarios implicados: neumólogos, atención primaria y especializada, y las empresas prestadoras de TRD. Como cada paciente tiene situaciones particulares, deben las TRD evolucionar hacia la personalización del cuidado del paciente ofreciendo atención sanitaria individualizada, siendo para ello necesaria la estratificación de los pacientes y la definición de las prestaciones que debe recibir cada perfil de paciente. Para ello, se debe hacer un uso (lícito y legítimo) de los datos y su integración con el fin exclusivo de mejorar la atención y cuidado de los pacientes y optimizar los recursos sanitarios disponibles, garantizando la correcta utilización de las TRD y un mayor control de

los pacientes incumplidores de la terapia para evitar que detraigan recursos del sistema.

Del mismo modo, los expertos destacan la necesidad de que se destine una dotación presupuestaria mayor desde la administración que permita disponer de los recursos sanitarios que requieren los nuevos pacientes de TRD y asegure la calidad durante todo el proceso asistencial. También hay que remarcar que los modelos actuales de financiación en España tienen una orientación economicista y cortoplacista, lo que compromete la viabilidad de unas TRD de calidad.

Mientras que el crecimiento real neto de pacientes está entre el 8% y el 12% [2], los presupuestos de los contratos públicos tienen en cuenta de media un crecimiento anual neto de pacientes del 3%, es decir, se dota presupuestariamente el 30% de los nuevos pacientes que requieren de una atención sanitaria. Esta dotación insuficiente pone en riesgo de forma inevitable, aunque no deseada, el nivel de la calidad asistencial y la incorporación de las innovaciones.

En este contexto, los expertos recomiendan una evolución del modelo actual hacia un modelo más centrado en el paciente, con una atención más personalizada, aprovechando las eficiencias disponibles y, en definitiva, aportando más valor a todo el sistema sanitario. Por ese motivo es necesario alcanzar los siguientes objetivos:

- ▶ Mejorar la calidad asistencial, fundamentalmente a través de una atención más personalizada al paciente.
- ▶ Aprovechar las eficiencias que las TRD generan (económicas, humanas, materiales, etc.).

Para alcanzar estos dos objetivos se deben tener en cuenta principalmente tres pilares: la estratificación por complejidad asistencial, la consideración de resultados en salud y calidad de vida y la indexación de la financiación. De este modo, habrá una orientación directa a la mejora en salud y calidad de vida de los pacientes y al incremento de la eficiencia en el uso de los recursos disponibles.

El análisis realizado pone en relieve los importantes beneficios asociados a estas terapias, siendo los aspectos principales la mejora significativa en la calidad asistencial y en la consecución de la eficiencia del sistema sanitario. Esta evolución de las TRD es beneficiosa para todos los agentes, si bien es necesaria su involucración y compromiso.

La personalización de la atención sanitaria de las TRD es el primer paso hacia un mayor empoderamiento del paciente, donde éste pueda elegir a la empresa prestadora de su TRD teniendo en cuenta la propuesta de atención sanitaria que más se adecúe a sus necesidades y características.



1

Introducción

1. Introducción

El presente estudio tiene como finalidad analizar y reflejar los puntos clave de la atención al paciente con Terapias Respiratorias Domiciliarias (TRD), así como el gran impacto y los beneficios que tienen para los pacientes y para todo el sistema sanitario. Asimismo, pretende estudiar el sistema de financiación actual en España y sus ineficiencias, a fin de poder acometer cambios que centren la financiación en el valor e impacto de estas terapias vinculándolas a sus resultados en salud.

Hay que destacar que existen grandes diferencias en cuanto a la prestación de servicios y a las tarifas entre las distintas regiones de España, quebrando la necesaria equidad en el acceso a unas TRD de calidad por parte de todos los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia. Principalmente se encuentran dos tipos de modelos de financiación, el modelo de tarifa por servicio y el modelo caputivo, siendo común a ambos que no dotan el incremento real neto de los pacientes que van accediendo a esta prestación, infrapresupuestando este servicio sanitario de forma constante. Esta heterogeneidad puede provocar desequilibrios asistenciales y económicos que deben ser corregidos.

En el primer bloque del estudio se realiza una introducción de las TRD, profundizando de manera más específica en las cuatro terapias principales: la CPAP, la oxigenoterapia domiciliaria, la Ventilación Mecánica domiciliaria y la aerosolterapia. Además, se reflejan las características más relevantes de la atención al paciente con TRD, así como los principales beneficios de las terapias. En el segundo bloque, se analiza la forma como la administración contrata la prestación de este servicio sanitario en España actualmente. Por último, en el tercer bloque se explican las características y beneficios asociados a nuevos modelos de prestación y financiación de las TRD y la necesidad de introducir cambios que lleven a un modelo basado en resultados en salud, donde lo que se retribuya a las empresas sea su impacto en la salud

y calidad de vida de sus pacientes. Para ello, se explican las principales tendencias internacionales de diferentes países de referencia y sus casos de éxito. En este último bloque se pretende también plasmar los puntos clave para implementar los necesarios cambios, identificando las barreras y los retos.

Para el desarrollo de este informe se ha contado con la participación de un grupo de expertos multidisciplinar y de diferentes ámbitos a nivel nacional. Este grupo ha incluido a profesionales sanitarios especializados en diferentes áreas y terapias, así como expertos en contratación pública sanitaria.



2

Visión general de las TRD

2.2. Visión general de las TRD

2.1. Introducción

Las TRD comenzaron siendo un servicio centrado fundamentalmente en la puesta a disposición en el domicilio de los pacientes de los equipos y el material fungible necesario para su tratamiento. Con el paso de los años, este servicio ha ido evolucionando y las empresas prestadoras, a través de un equipo especializado en la atención y necesidades de estos pacientes, se encuentran presentes ya no solo en el domicilio sino también en centros especializados (care centers), conectando en cualquier momento a sus profesionales con los pacientes mediante las nuevas tecnologías de la información.

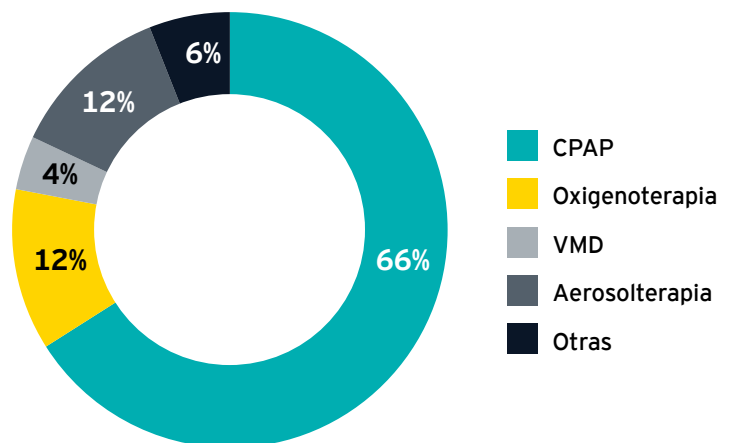
La misión de las TRD es mejorar el funcionamiento del sistema respiratorio del paciente, disminuir los síntomas de la enfermedad y aumentar la calidad de vida del paciente [2].

Actualmente en España existe alrededor de un millón de pacientes que se benefician de las TRD [1], cifra que, como se ha comentado anteriormente, se incrementa en torno al 8-12% de manera anual [2].

El envejecimiento de la población, el tabaquismo, el sobrepeso y la cronicidad son los principales responsables de la prevalencia de estas enfermedades [3], existiendo un gran número de pacientes que están infradiagnosticados debido a la escasez de recursos destinados al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades respiratorias [4].

Cabe destacar que un considerable número de pacientes utilizan más de una terapia en un tratamiento combinado.

Figura 1 | Uso de las TRD

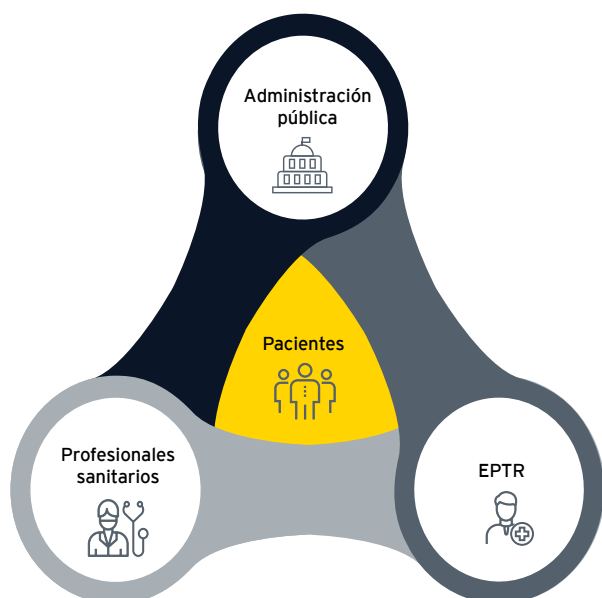


Fuente: Guía SEPAR de las terapias respiratorias domiciliarias, 2020; Análisis de EY

Por ejemplo, un paciente complejo con CPAP suele requerir también oxigenoterapia y aerosoles. Por este motivo, es fundamental que se tenga una visión integral del paciente para poner a su disposición las mejores opciones terapéuticas en cada momento haciendo uso de todos los recursos disponibles de forma coordinada.

Hay cuatro agentes clave que intervienen de alguna manera en el proceso asistencial o en la provisión del servicio de TRD.

Figura 2 | Agentes clave de las TRD

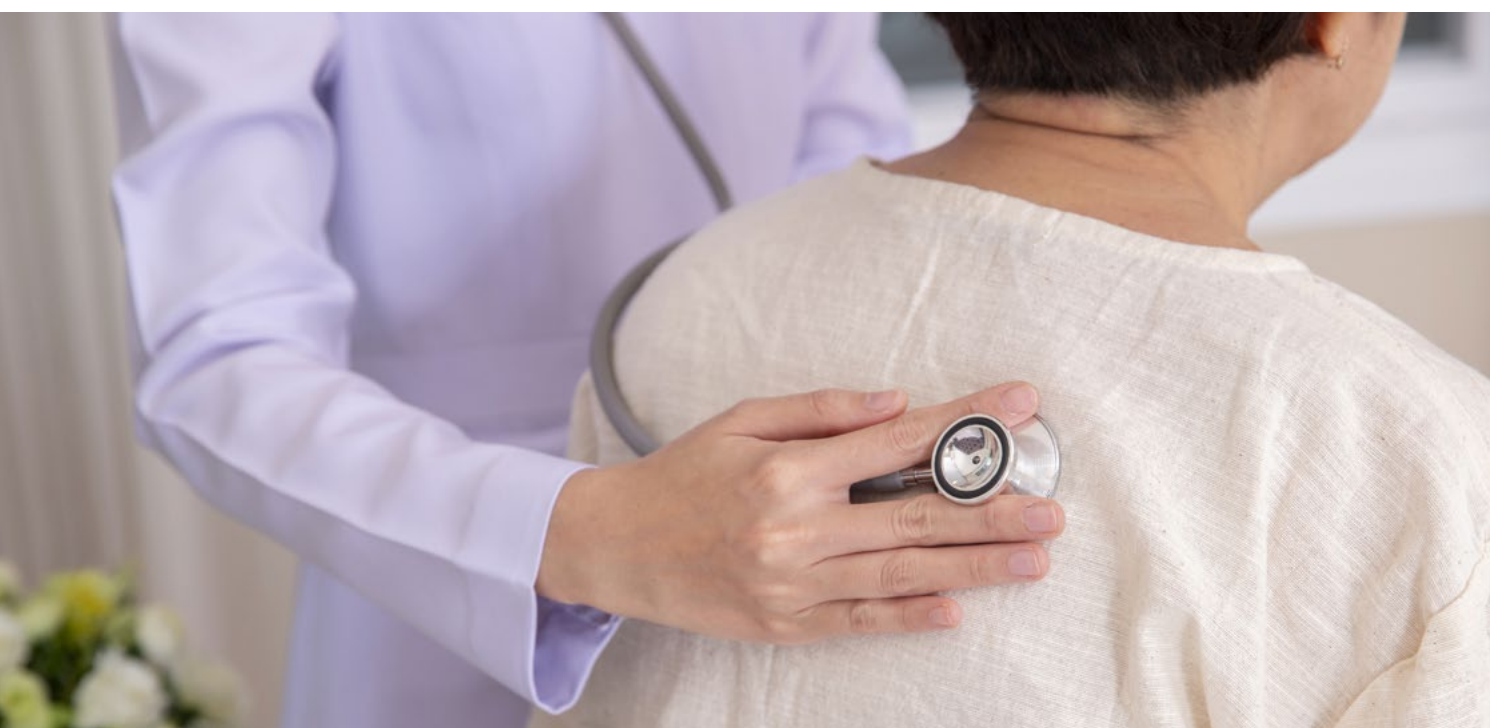


Fuente: Análisis de EY

En el centro de la prestación se encuentra el paciente, a quien el resto de los agentes deben ofrecer sus mejores capacidades a fin de mejorar su salud y calidad de vida. El neumólogo es quien diagnostica y establece el plan terapéutico del paciente atendiendo a sus características y necesidades (frecuencia en la administración, flujo de oxígeno, etc). Las administraciones públicas contratan y financian este servicio sanitario y las empresas prestadoras del servicio del servicio TRD (EPTR), a través de su personal sanitario y no sanitario especializado en la atención y cuidado de estos pacientes, realizan parte del seguimiento y control del paciente de forma coordinada con los neumólogos.

La coordinación y comunicación entre los agentes que intervienen en el proceso es clave para asegurar un servicio de calidad y eficiente [5]. Es necesario remarcar que la atención a los pacientes respiratorios con TRD influye de manera significativa, a nivel individual, en el aumento de su calidad de vida gracias al mejor control de la enfermedad. Del mismo modo, también tiene un impacto directo en la prevención de comorbilidades asociadas y exacerbaciones de las patologías respiratorias.

La atención de los pacientes varía dependiendo de la complejidad de la prestación, fase del tratamiento, situación sociocultural del paciente, entorno de cuidados, etc. Por ello, es esencial avanzar hacia unas TRD lo más adaptadas y adaptables posible a la situación de cada paciente.



2.2. Principales terapias

CPAP

La presión positiva continua en la vía aérea o CPAP, por su denominación en inglés *Continuous Positive Airway Pressure*, es la terapia más prevalente, representando un 66% del uso de las TRD [2], y consiste en la administración de un flujo de aire constante directamente a las vías aéreas superiores del paciente, de manera que se evita su colapso tanto estático (apneas) como dinámico (hipoapneas) durante el sueño [6].

La CPAP es el tratamiento de elección para pacientes con AOS (que afecta aproximadamente a 2 millones de personas en España [4]) ya que mejora la salud y calidad de vida del paciente (reducción de síntomas, disminución o desaparición de la excesiva somnolencia diurna o la recuperación de algunas variables cognitivas afectadas por la enfermedad como puede ser la capacidad de atención). Otro de los beneficios del uso de la CPAP es la disminución del riesgo cardiovascular y reducción de la presión arterial en pacientes hipertensos (con un uso de CPAP de 5,6 horas por noche) [6] [7].

Para el diagnóstico de pacientes con sospecha de trastornos respiratorios durante el sueño, la poligrafía es la prueba de elección principal. Debido al aumento de la demanda de este tipo de pruebas y al número limitado de camas de poligrafía en los hospitales, la realización de la poligrafía respiratoria (PR) domiciliaria por parte de las EPTR ha aumentado considerablemente [4], siendo necesaria su posterior validación en las unidades del sueño de los servicios de neumología [2].

Una vez diagnosticado el paciente, la prescripción de la CPAP la llevan a cabo principalmente los neumólogos pertenecientes a las Unidades de Sueño. Desde las Unidades de Sueño se ofrece asistencia multidisciplinar con el objetivo de garantizar las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a los pacientes con trastornos del sueño [8].

Existen otros tipos de dispositivos que administran presión positiva que también pueden indicarse para el tratamiento

de la AOS, como auto-CPAP (presión positiva automática en las vías respiratorias), BPAP (presión positiva a dos niveles) o la servoventilación adaptativa (SVA). La elección de cada uno de ellos se basa en las distintas necesidades del paciente. El dispositivo auto-CPAP genera una presión positiva que puede variar en función de los eventos obstructivos del paciente, la BPAP genera dos niveles de presión diferentes y la servoventilación adaptativa para AOS proporciona una presión espiratoria positiva y una presión de soporte variables [4].

La adherencia es un factor clave para que el tratamiento con CPAP funcione y exista una mejoría de la calidad de vida del paciente [4]. Se ha visto que los pacientes que registran un mayor uso nocturno de la terapia obtienen mejores resultados clínicos que aquellos que presentan menos horas de uso [9]. No obstante, en el primer año de tratamiento con CPAP, hay un porcentaje de pacientes a los que les cuesta cumplir la terapia debido a la dificultad de adaptación al tratamiento. Algunas de las causas que provocan esta falta de adherencia al tratamiento pueden corresponder a factores psicológicos, falta de apoyo social, expectativas del paciente o factores técnicos relacionados con el dispositivo [4], siendo todas estas áreas trabajadas por parte de las empresas prestadoras de TRD con el objetivo de incrementar el cumplimiento de la terapia y mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes. Se estima que el porcentaje de pacientes incumplidores de la terapia CPAP se sitúa en torno al 25% [10].

Oxigenoterapia Continua Domiciliaria

La oxigenoterapia consiste en la administración de oxígeno a concentraciones más altas que las del ambiente con fines terapéuticos [11]. Después de la CPAP, la oxigenoterapia continua domiciliaria (OCD) es la segunda TRD más prevalente en España, representando el 12% del total de las TRD. Presenta una media global nacional de 264 tratamientos por cada 100.000 habitantes [2]. No obstante, hay importantes variaciones entre los diferentes territorios españoles, ya que en algunas regiones supera los 500 tratamientos por cada 100.000 habitantes [12].

Los equipos de OCD se pueden dividir en dos grupos dependiendo de la fuente de administración de oxígeno [12]:

Figura 3 | Fuentes de administración de oxígeno



Fuente: Guía SEPAR de las terapias respiratorias domiciliarias, 2020

La oxigenoterapia pretende tratar y prevenir los síntomas y/o consecuencias de la hipoxemia. Dentro de las patologías que pueden ser tratadas con OCD, la más común es la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), representando más del 65% del total de tratamientos de OCD [13]. El uso de la terapia se ha extendido también a otros casos de Insuficiencia Respiratoria Crónica (IRC) provocados por otras patologías, no todas respiratorias.

La EPOC hace referencia a diversas patologías pulmonares crónicas que limitan el flujo de aire en los pulmones. Los síntomas más comunes son la disnea o falta de aliento, producción excesiva de esputo y tos crónica [14]. Se ha estimado que, alrededor de un 10% de la población sufre esta enfermedad y que, valorando la gravedad de cada caso, el 27,3% de los enfermos con EPOC se encuentran actualmente tratados con oxigenoterapia [2]. No obstante, se ha visto que hay un 10% que debería recibir la terapia, pero no lo hacen [12].

La prescripción de oxígeno puede realizarse en múltiples servicios como urgencias, medicina interna o cardiología, aunque la prescripción definitiva siempre debe estar a cargo de un neumólogo [12].

Conforme a la Guía SEPAR de las terapias respiratorias domiciliarias (2020), las indicaciones deben revisarse a los tres meses de iniciar el tratamiento, de manera que el neumólogo pueda evaluar el impacto de la terapia, así como el cumplimiento del tratamiento. El uso mínimo recomendado de la OCD son 15 horas diarias, pudiendo ser aconsejable un

mayor uso dependiendo de las características del paciente [12]. Sin embargo, se estima que el grado de incumplimiento de los pacientes EPOC se sitúa en torno al 66% [15].

La asistencia domiciliar a los pacientes de oxigenoterapia es llevada a cabo por los profesionales de las empresas prestadoras de los servicios TRD, comprobando que el flujo, la pureza y el suministro de oxígeno en los concentradores es el correcto y que se están cumpliendo las horas de tratamiento indicadas.

La adherencia en la OCD es un requisito clave para poder obtener beneficios en la utilización de la terapia.

Ventilación Mecánica Domiciliaria

La ventilación mecánica domiciliaria (VMD) es un sistema de ventilación, continuo o intermitente, en el que se produce un cambio en el volumen alveolar producido por un gradiente de presión que proviene de un ventilador mecánico externo. Se utiliza para el tratamiento de la IRC de pacientes en fracaso ventilatorio crónico con el objetivo de mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los éstos [16].

La VMD representa aproximadamente el 4% de las prescripciones de TRD. El número de pacientes en tratamiento de VMD está en aumento, con una tasa de crecimiento alrededor del 10% anual. Este incremento se debe principalmente a la reducción de tiempos en las hospitalizaciones de pacientes que deberán seguir tratándose en sus casas y al envejecimiento de la población. No hay



registros actuales sobre el uso de esta terapia, no obstante, en 2014 se publicó que las cifras relativas al número de pacientes estaban en 82 de cada 100.000 habitantes [16].

Un 70% de los pacientes que se tratan con VMD sufren EPOC y síndrome de hipoventilación-obesidad (SHO). En menor medida, otras de las enfermedades que se tratan con esta terapia son enfermedades restrictivas de la caja torácica (como la cifoescoliosis) y las enfermedades neuromusculares (como la esclerosis lateral amiotrófica) en pacientes que presentan síntomas como disnea, cefalea matutina y criterios como $\text{PaCO}_2 > 45$ mmHg y $\text{SpO}_2 < 88\%$ durante 5 minutos consecutivos en la oximetría nocturna [16].

La indicación de la VMD no se basa sólo en factores clínicos, también se tienen en cuenta otras consideraciones como la edad del paciente, la gravedad del estado, el entorno y la voluntad de los pacientes y/o cuidadores [16].

La VMD solo puede ser prescrita por neumólogos, que posteriormente también serán los responsables del control del paciente. El seguimiento del paciente debe ser individualizado, dependiendo de la gravedad de la enfermedad que padezca, aunque la recomendación es que se realice cada 6 meses o un año [16].

La apuesta por parte de la administración de fomentar y recompensar el seguimiento remoto del paciente por parte del personal de las empresas prestadoras de los servicios TRD sería clave para el control de la situación clínica del paciente, utilizando distintos medios a su disposición como las teleconsultas, las tecnologías de monitorización remota de pacientes, etc. Con ello se evitaría la saturación de los hospitales y los desplazamientos innecesarios.

Al tratarse de una terapia indicada para pacientes graves, el paciente presenta una importante dependencia del tratamiento para su supervivencia. Así, los niveles de adherencia en VMD son más elevados que en las otras terapias.

Aerosolterapia

La aerosolterapia es un tipo de tratamiento que permite que se administren sustancias o fármacos en forma de aerosol por inhalación, consiguiendo así que la sustancia administrada llegue al árbol bronquial con una mayor concentración que con otras vías de administración. Esta terapia puede individualizarse para asegurar su eficacia para cada paciente, dependiendo del tipo de partícula que se administra y también de la edad del paciente, su patrón

respiratorio y las condiciones pulmonares. La aerosolterapia muchas veces se prescribe junto a otra terapia, como la oxigenoterapia [17].

El número de pacientes que se benefician de esta terapia es elevado, constituyendo entre un 10-14% del conjunto de TRD administradas. Cabe destacar que existe gran variabilidad entre regiones en la prescripción y manejo de esta terapia [17].

La aplicación más común de este tipo de terapias con nebulizadores es mediante la administración de fármacos broncodilatadores debido a que la gran mayoría de los pacientes tratados padecen EPOC. Otras de las enfermedades tratadas con aerosolterapia son la fibrosis quística, bronquiectasias y casos de asma grave y asma pediátrica.

En la aerosolterapia se pueden diferenciar dos tipos de pacientes según su complejidad. Por un lado, los pacientes simples en los que la prescripción puede ser transitoria de uno a tres meses o debido a fibrosis quística o bronquiectasias. Por otro lado, los pacientes complejos, que además de recibir aerosolterapia están recibiendo otra TRD, por lo que requieren más control, cuidados y recursos por parte de las empresas prestadoras de los servicios de TRD.

Las características de la patología del paciente, la gravedad y la movilidad son factores que se deben tener en cuenta para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. En este sentido, los distintos canales asistenciales que ofrecen las empresas prestadoras de los servicios de TRD permiten adaptar la terapia a las condiciones de cada paciente facilitando la conciliación con la enfermedad.

Los neumólogos son los principales responsables de la prescripción de esta terapia, si bien otras especialidades como la atención primaria o los servicios de urgencia también pueden intervenir en el proceso de prescripción. De este modo, la prescripción definitiva por parte de atención primaria se podría dar en el caso de encontrarse contemplada en programas protocolizados y coordinados con otras unidades distintas de los servicios prescriptores (como oncología o geriatría) [17].

Es importante que se lleve a cabo un control y seguimiento por parte del especialista en los primeros meses de tratamiento, cuando aparecen los principales problemas de cumplimiento. Esta falta de cumplimiento puede deberse

a la aparición de algún efecto adverso o a la falta de conocimiento sobre el uso correcto del nebulizador [17] donde las empresas prestadoras de los servicios de TRD tienen programas de adherencia para este tipo de pacientes.

La contaminación bacteriana del equipo de aerosolterapia por deficiencia en su limpieza y desinfección entre dosis o tratamientos es uno de los peligros principales. Para que esto no se produzca, es esencial la labor educativa que llevan a cabo las empresas prestadoras de los servicios TRD con el paciente y sus cuidadores en el manejo de los dispositivos, el recambio de filtros y la limpieza del equipo. Los profesionales sanitarios de las empresas están en contacto directo con el paciente y cuidadores, tanto en su domicilio como en los centros asistenciales, [17] orientando y apoyando técnicamente para mejorar los resultados y reducir los riesgos que puedan comprometer la salud de estos pacientes.

2.3. Atención al paciente con TRD

La atención al paciente con TRD es un proceso asistencial integral que se despliega en todas las fases de la enfermedad, incluyendo el diagnóstico, el tratamiento, el control y seguimiento del paciente, jugando un papel clave la educación sanitaria y la adherencia al tratamiento para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes. La mayoría de estos pacientes son crónicos por lo que la prestación de servicios suele ser prolongada en el tiempo y en entornos que les permitan conciliar la enfermedad con una vida lo más normal posible, siendo tratados en sus hogares, en centros especializados y a través de las nuevas tecnologías de la información y comunicación.

El diagnóstico de las enfermedades respiratorias mediante diferentes pruebas puede hacerse desde múltiples servicios como cardiología o geriatría, no obstante, el diagnóstico final es realizado por neumología.

Actualmente, las empresas prestadoras de servicios de TRD están realizando pruebas complementarias, mayoritariamente la poligrafía, para disminuir las listas de espera, si bien es cierto que este tipo de pruebas las deben realizar las unidades especializadas. En el caso de que se hagan por la empresa de TRD, el informe de la prueba debe ser remitido con datos sin procesar, para su análisis por la unidad de sueño de referencia, de acuerdo con la guía SEPAR de las TRD, 2020 [2].

La prescripción de las terapias es realizada siempre por un neumólogo y de forma puntual por otros facultativos médicos, pudiendo existir una de tipo provisional y otra definitiva. Las prescripciones provisionales se llevan a cabo normalmente en la aerosolterapia y la oxigenoterapia, siendo revisadas por un neumólogo al primer y tercer mes respectivamente. Hay que mencionar, sin embargo, que en algunos casos la comunicación entre atención primaria u otros especialistas con el servicio de neumología es mejorable y, como consecuencia, no se revalúa al paciente [2].

El inicio de la TRD es determinante para la adherencia del paciente y para ello es clave el papel de los profesionales de las empresas prestadoras de servicios de TRD, el cual está muy focalizado inicialmente en la educación sanitaria y el conocimiento de los medios humanos y tecnológicos que se ponen a disposición del paciente. Los pacientes con movilidad suelen preferir utilizar los centros asistenciales que disponen las empresas prestadoras de servicios de TRD, siendo complementado por teleconsultas.

Las EPTR disponen de profesionales sanitarios y no sanitarios (neumólogos, médicos, psicólogos, personal de enfermería, fisioterapeutas y técnicos) cualificados, formados y especializados en la atención de estos pacientes a fin de asegurar la calidad en el seguimiento y un control óptimo del paciente. Estos profesionales, de forma coordinada con los neumólogos, establecen los canales de atención que potencien la eficacia y eficiencia del tratamiento para mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes.

El neumólogo responsable de la prescripción y control del paciente realiza el seguimiento y control con mayor o menor frecuencia dependiendo de la complejidad y el estado de los pacientes, correspondiendo a los especialistas de atención primaria el control de algunos pacientes cumplidores de menor gravedad y estables. No obstante, hay que volver a remarcar que en ocasiones la comunicación y coordinación entre los especialistas y los profesionales de atención primaria es insuficiente, lo que provoca una visión fragmentada y una disminución en la calidad asistencial percibida y real.

Figura 4 | Canales de atención a los pacientes



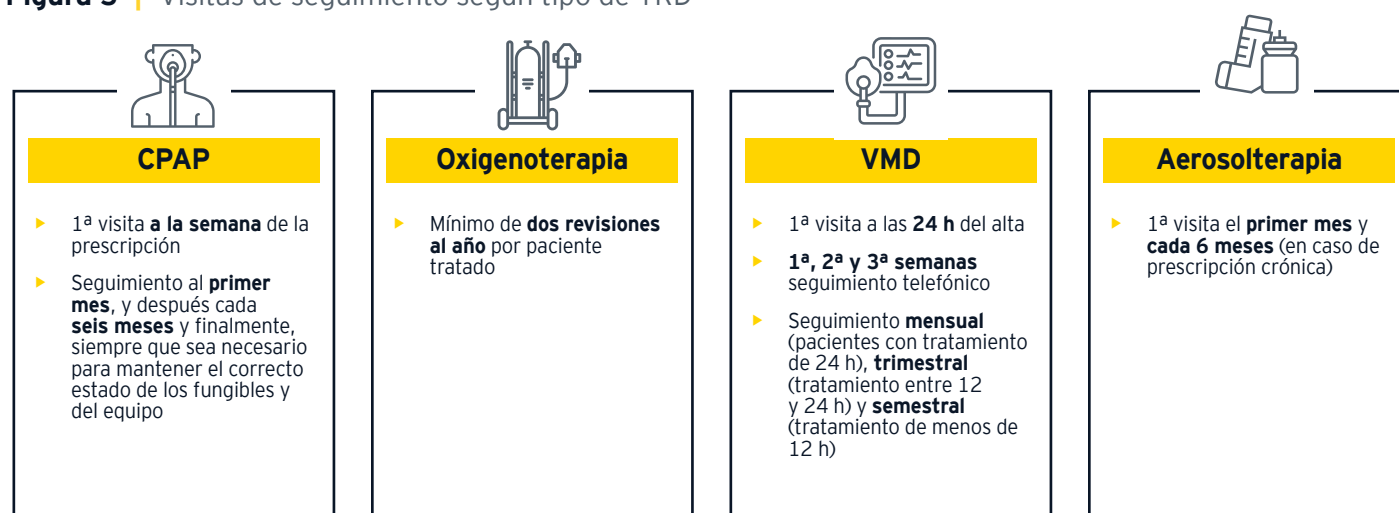
Fuente: Guía SEPAR de las terapias respiratorias domiciliarias, 2020; Análisis de EY

En este sentido, es imprescindible que existan plataformas para asegurar una coordinación y comunicación eficiente entre los diferentes agentes clave. La heterogeneidad en cuanto a la gestión y manejo de datos entre CCAA provoca inequidades e impacta negativamente en la atención sanitaria del paciente. En casos en los que el paciente necesita desplazarse entre CCAA se incrementa la complejidad en la provisión de servicios ya que, al no haber plataformas de integración de datos, se dificulta la comunicación entre los profesionales sanitarios y las empresas que prestan los servicios de TRD en los diferentes territorios.

La variabilidad de pacientes hace necesario que el seguimiento de las terapias deba ajustarse a las características de cada paciente y para ello es necesario

que se estandarice una estratificación de pacientes por terapia con el tipo de servicio que deban recibir para mejorar su salud y calidad de vida. De este modo, la atención al paciente con TRD puede ajustarse más a las necesidades personales, optimizando así los recursos destinados a su asistencia y cuidado (ej. número de hospitalizaciones, pruebas innecesarias, etc.) [3]. En todo caso, la empresa debe asegurar el correcto estado de los fungibles y el buen funcionamiento del equipo mientras dure el tratamiento y siempre que se necesite sin esperar a la revisión programada, de acuerdo con la guía SEPAR 2020 [2].

Figura 5 | Visitas de seguimiento según tipo de TRD



Fuente: Guía SEPAR de las terapias respiratorias domiciliarias, 2020; Análisis de EY

Un aspecto fundamental en el seguimiento y control de los pacientes es la gestión de aquellos que no cumplen la terapia. Actualmente, no existe ningún protocolo a nivel nacional en el que se estandaricen las acciones necesarias a realizar con estos pacientes, por tanto, no hay unas pautas claras de cuándo se debe retirar el tratamiento al paciente no cumplidor. Debe darse seguridad jurídica tanto para los neumólogos como para las empresas prestadoras de servicios de TRD a fin de que los recursos que se ponen a disposición de un paciente que no aprovecha la terapia puedan ser dedicados a otros. Además, hay que remarcar que estos pacientes suelen ser altos consumidores de recursos ya que son más frecuentes las visitas hospitalarias que derivan de

su incumplimiento y de no obtener los beneficios derivados de la terapia, lo que impacta directamente en la eficiencia del sistema sanitario.

La educación del paciente que se encuentra en tratamiento con TRD (e incluso la de familiares y cuidadores) es clave para crear concienciación sobre la necesidad del cumplimiento del tratamiento, así como para conocer los buenos hábitos de vida a seguir (por ejemplo, en caso de tabaquismo, dejar de fumar) y las correctas condiciones de uso de la tecnología que se pone a su disposición y del resto de recursos terapéuticos.

Es importante, de esta manera, remarcar la necesidad de individualizar la terapia según las características del paciente de forma que se pueda trabajar con eficacia y eficiencia en los pacientes y prevenir el incumplimiento de la terapia, así como para cubrir todas las necesidades que se requieran.

Un aspecto a mejorar para poder garantizar un servicio de calidad es la actual orientación economicista de los criterios de adjudicación de las licitaciones de TRD, en los que no se considera la calidad asistencial como criterio de valoración fundamental.

Existen una serie de servicios complementarios que se pueden poner a disposición de los pacientes desde las empresas prestadoras de los servicios de TRD para mejorar y completar la calidad asistencial. Dicha prestación debe ir acompañada de las dotaciones presupuestarias correspondientes para que sea sostenible para las empresas. En caso contrario, se corre el riesgo de que las empresas dejen de prestar los servicios.

Las empresas prestadoras de los servicios de TRD ofrecen programas dirigidos al paciente y/o a sus cuidadores para llevar a cabo una individualización y personalización del servicio y garantizar la máxima calidad asistencial a la vez que fomentar el empoderamiento del paciente. El objetivo es, teniendo en cuenta sus peculiaridades, mejorar el seguimiento y manejo del paciente para aumentar su salud y calidad de vida. El soporte psicológico que en muchos casos aportan las empresas prestadoras de los servicios de TRD permite ayudar al paciente en su adaptación al tratamiento y en el manejo de su enfermedad. Además, el personal de fisioterapia de que disponen algunas EPTR resulta una pieza clave en la educación básica y el seguimiento de los pacientes tratados con TRD, teniendo importantes beneficios para ellos debido a la prevención de las agudizaciones y la mejora de la sintomatología. Por otro lado, en los casos en que el paciente no tiene una adecuada adherencia al tratamiento, se ponen en marcha programas de individualización de la atención sanitaria realizando actuaciones específicas que tienden a mejorar el cumplimiento de la terapia por parte del paciente.

Figura 6 | Servicios complementarios para el paciente



Fuente: Análisis de EY

2.4. Principales beneficios

Las TRD tienen un impacto determinante en la salud y calidad de vida de los pacientes, pero también en el SNS debido a los grandes beneficios que aportan tanto a nivel de calidad asistencial como a nivel de eficiencia económica.

Como se ha comentado en el apartado anterior, en cuanto a calidad asistencial, las TRD son responsables de la mejora en la esperanza y calidad de vida de los pacientes. La educación sanitaria, la formación y el soporte que aportan las empresas prestadoras de los servicios de TRD son clave para mejorar la experiencia del paciente y su adherencia [18].

A nivel económico, las TRD ayudan a la reducción de los costes sanitarios, entre otros factores, por la descongestión de los servicios sanitarios, tanto de las consultas como de las hospitalizaciones, y por la reducción y prevención de comorbilidades asociadas y exacerbaciones de las patologías respiratorias [19]. En definitiva, tratar a un paciente con TRD es más barato que no tratarlo.

En el caso de la CPAP, los pacientes con AOS notan rápidamente la mejoría en la calidad del sueño y en el cese de ronquidos, sienten menos somnolencia diurna y más energía para realizar sus actividades diarias, evitando el absentismo laboral, accidentes de tráfico o laborales, etc. A largo plazo, estas terapias permiten que los pacientes lleguen a disminuir el riesgo cardiovascular y la presión arterial, aumentando así su supervivencia y calidad de vida [20]. Respecto a la eficiencia económica, se ha visto que la terapia con CPAP supone un ahorro medio de 155 € por paciente al año [21].

La OCD ha demostrado aumentar la supervivencia de los pacientes tratados, una disminución en la insuficiencia cardíaca (cor pulmonale) y una mejora en la función neuropsicológica y en el rendimiento físico a la hora de afrontar las actividades de la vida diaria y el ejercicio [12]. La oxigenoterapia, junto a dejar de fumar, es la única medida que ha demostrado un aumento de la supervivencia en la EPOC [2]. Mediante el análisis de coste-utilidad del tratamiento de la EPOC con OCD, se ha calculado un ahorro medio de 1.372 € por cada año de tratamiento cumplido, aumentando la calidad de vida del paciente en 0,46 QALY [12].

En la VMD, el impacto real recae sobre la mejora de la supervivencia y la calidad de vida del paciente, que ya no necesita estar hospitalizado para seguir con el tratamiento. La VMD mejora de forma significativa la supervivencia de los pacientes neuromusculares, obesos, cifoescolióticos, EPOC, etc [2]. En el caso de pacientes con SHO, reduce las anomalías de intercambio gaseoso e incrementa la calidad de vida.

Respecto a la aerosolterapia, los beneficios de la terapia para el paciente residen, además de en la facilidad de administración, en la disminución de los efectos secundarios de los fármacos gracias al suministro por vía nebulizada, que evita la vía sistémica [17].

Además, la utilización de nebulizadores en los domicilios de los pacientes, combinada con planes de educación, puede contribuir a la disminución de visitas a urgencias y de ingresos hospitalarios [17], con el consiguiente ahorro para el SNS.

Como conclusión, se puede afirmar que la prestación de servicios de calidad en el ámbito de las TRD tiene un impacto directo tanto en los beneficios clínicos y de calidad de vida del paciente como en el ahorro económico para el sistema sanitario.



3

Provisión y financiación de las TRD

3. Provisión y financiación de las TRD

3.1. Introducción

La financiación de las TRD en España es pública y se produce en un marco de colaboración público-privada, donde la administración pública financia el servicio y establece las condiciones en que debe desarrollarse la prestación del servicio sanitario, y las empresas prestadoras de los servicios de TRD se encargan del cuidado, atención y control del paciente en coordinación con el neumólogo prescriptor. Tanto la financiación como la prestación del servicio son regulados por las distintas administraciones públicas mediante concursos públicos.

Los concursos públicos para TRD tienen una serie de características comunes y, como no puede ser de otra forma, todas incorporan las 4 terapias clave para garantizar una visión integral del paciente y poder coordinar las terapias, ya que muchos de estos pacientes requieren de varias terapias de forma simultánea.

En el momento de la contratación, se establece la forma en que las empresas deben prestar sus servicios a los pacientes, si bien éstas, posteriormente, incorporan mejoras en sus ofertas compitiendo en el incremento de la calidad asistencial.

En estos momentos, la mayoría de estos contratos son considerados exentos de IVA, si bien las condiciones que en su día propiciaron este criterio por parte de las autoridades fiscales se podrían revisar debido a la evolución que han tenido los contratos de los servicios de TRD en los últimos años.

Los licitadores deben acreditar unos requisitos de solvencia y de capacidad para la prestación del servicio que den las suficientes garantías económicas y técnicas a las administraciones, así como las correspondientes autorizaciones sanitarias (autorización de laboratorio farmacéutico de la AEMPS, almacenes autorizados por las CCAA, etc).

Las adjudicaciones se llevan a cabo teniendo en cuenta criterios económicos y técnicos, no obstante, se observa una necesidad de incrementar el peso de los criterios de calidad ya que existe una tendencia muy acusada de que los criterios económicos sean los que primen. Sin embargo, es importante mencionar que tanto los requerimientos como la puntuación de los servicios también funcionan de manera diferente según el territorio.

Respecto a la fijación de los precios máximos de licitación, se observa una gran heterogeneidad, existiendo grandes variaciones entre CCAA debido principalmente a la distinta apuesta por la calidad por parte de los diferentes servicios de salud. Esta disparidad de precios tiene un impacto en el nivel de servicio que reciben los pacientes, ya que cuanto mayor es la dotación presupuestaria, ajustada a la realidad del coste, más completo es el nivel asistencial ofrecido y más valor se aporta al sistema sanitario en términos de eficiencia. Cabe destacar que en España el 75% de los expedientes de licitación no contempla criterios de adjudicación que tengan en cuenta los programas de mejora de la adherencia al tratamiento que incluyen las empresas del sector.

De este modo, se puede afirmar que la mayoría de los contratos adolecen de una orientación economicista y cortoplacista, dejando de lado los aspectos que tienen impacto en la calidad asistencial y la incorporación de la innovación en el servicio.

Pero quizá la característica más llamativa es la falta de reconocimiento del crecimiento de pacientes en la financiación de este servicio sanitario de calidad ya que, de media, los contratos tienen en cuenta un crecimiento anual de pacientes del 3%, cuando en realidad cada año se tratan en torno a un 8-12% de nuevos pacientes [2].

En la tabla adjunta se pretende reflejar cómo la no financiación íntegra de los nuevos pacientes genera una merma presupuestaria por la detracción de recursos, lo que provoca que no se garantice el mantenimiento de la

calidad asistencial. A modo ilustrativo, se ha realizado un análisis comparativo entre la evolución real en el número de pacientes con TRD y la evolución media del presupuesto de los contratos públicos, pudiéndose observar el impacto que tiene esa desalineación en la reducción sistemática de la dotación presupuestaria para el tratamiento de estos pacientes.

Se ha partido de unos datos contractuales ilustrativos, por lo que no se corresponden con ningún contrato real, si bien, los porcentajes de evolución del presupuesto y de pacientes sí se corresponden con la actual situación de las terapias respiratorias domiciliarias. En concreto, se ha aplicado un

incremento del 3% anual al presupuesto de estos contratos y un 8% de incremento real de pacientes, que parte de un análisis conservador del rango de nuevos pacientes que reciben servicios de TRD [2].

En el ejercicio, también se ha querido reflejar la infraestimación de pacientes en el momento de la adjudicación de los contratos ya que éstos tienen en cuenta el número de pacientes estimados al publicar el pliego, varios meses antes de la adjudicación. Para su cálculo, se ha tenido en cuenta un incremento de pacientes del 5% desde la publicación del pliego hasta la adjudicación, asumiendo un transcurso de 8 meses en este período.

Figura 7 | Evolución de la tarifa de TRD según el crecimiento de pacientes

	Crecimiento interanual	Año 0 Publicación pliego	Año 0 Adjudicación	Año 1	...	Año 5	...	Año 8
Presupuesto anual del contrato	3%	100.000 €	100.000 €	103.000 €		115.000 €		115.926 €
Pacientes estimados en el contrato	3%	1.000	1.000	1.030		100		100
Tarifa TRD/ paciente en contrato		100 €	100 €	100 €		100 €		100 €
Pacientes reales	8%	1.000	1.050	1.080		1.469		1.850
Tarifa real TRD/paciente		100 €	95 €	95 €		79 €		63 €
Reducción del precio vs Año 0	▶		5%	5%		21%		37%

Fuente: Análisis de EY

Fijando la duración del contrato en 5 años, establecido de acuerdo con lo observado de los diferentes contratos públicos en España, en la tabla, se puede apreciar cómo puede llegar a afectar la prolongación de un contrato expirado, que en la actualidad alcanza los 3 años en algunos casos, en la financiación anual. La reducción del precio en esta situación es todavía mayor, dado que el presupuesto que rige es el del último año de contrato y no se tiene en cuenta ningún crecimiento de pacientes.

Esta disminución de financiación para tratar los pacientes de TRD tiene un impacto directo en la prestación del servicio dada la dificultad de mantener los estándares de calidad preestablecidos con un presupuesto por paciente cada vez menor.

Asimismo, cuando finaliza el período del contrato, el nuevo contrato que tiene que reemplazar al anterior sufre recursos administrativos que paralizan su renovación, lo que provoca, como se ha comentado anteriormente, que sigan rigiendo las antiguas condiciones para la prestación de servicios sin actualizar la financiación a la evolución real de pacientes. Esta situación supone año tras año el desfase entre la financiación del servicio y el número de pacientes, reduciéndose de manera acumulativa la financiación y amenazando de que se pueda plantear, en algunos casos, el cese de la prestación por imposibilidad de continuidad.

3.2. Modelos actuales de financiación en España

En España, existen fundamentalmente dos tipos de modelos de financiación para las TRD: el modelo capitativo y modelo de tarifa por servicio. No obstante, cada uno de ellos se define y articula de manera diferente según cada CA, por lo que los modelos son heterogéneos entre los territorios. Esto lleva, entre otros aspectos, a que la provisión de servicios sea muy diferente entre las regiones.

Modelo capitativo

El modelo capitativo implica la fijación de una cápita o tarifa fija por persona con tarjeta sanitaria en un área y que da cobertura sanitaria durante un período de tiempo determinado. Este modelo no considera los pacientes reales que son tratados, es decir, la utilización real del servicio.

De este modo, lo que pretende la cápita es asegurar la estabilidad presupuestaria de la administración, aunque ello pueda suponer infrapresupuestar la prestación por la evolución en el número real de pacientes.

La debilidad del modelo reside en que no se ajusta de forma dinámica la financiación a la realidad del uso del servicio sanitario, con los riesgos asociados de ruptura del equilibrio económico-financiero de los contratos.

En algunos contratos se modula la cápita con un porcentaje de la evolución de pacientes, pero nunca con un modelo de indexación preciso ya que siempre tiene en cuenta una evolución por debajo de la real, lo que penaliza la financiación de la prestación. De este modo, la evolución de la financiación tiene una evolución deficitaria año a año.

Hay contratos que llevan a cabo una revisión del precio en base a aspectos relevantes como indicadores de calidad de la prestación [22], [23], [24] y de adherencia en oxigenoterapia y AOS [22], [25], [23]. Estos indicadores generalmente conllevan la penalización en caso de incumplimiento, pero no la bonificación por cumplimiento, hecho que promueve solamente la ejecución de los estándares de calidad establecidos, pero no la mejora de la prestación por encima de estos estándares al no premiarse el cumplimiento. Otros contratos contemplan la variación de la morbilidad de la población [25].

Modelo tarifa por servicio

El modelo de tarifa por servicio se basa en el pago de una tarifa a las empresas prestadoras de servicios de TRD por cada servicio que prestan. Para ello, se especifica un precio para cada una de las prestaciones incluidas en cada terapia por paciente y día. Así, este tipo de modelo tiene una vinculación directa entre los servicios prestados y su financiación. Para la administración, este modelo supone cierta incertidumbre con relación al coste total que puede suponer el servicio.

Si bien este modelo permite ajustar la evolución real de la financiación a la evolución de pacientes y uso de las terapias, solo algunas CA contemplan la actualización parcial de la financiación [26], [27], [28].

La adherencia y la calidad de la prestación son dos aspectos que deben ser valorados en todos los contratos y las empresas prestadoras de servicios sanitarios de TRD compiten para ofrecer las mejores soluciones asistenciales. Los planes de adherencia y la incorporación de protocolos para la gestión del tratamiento del paciente son ejemplos que deberían estar incorporados en estos contratos.

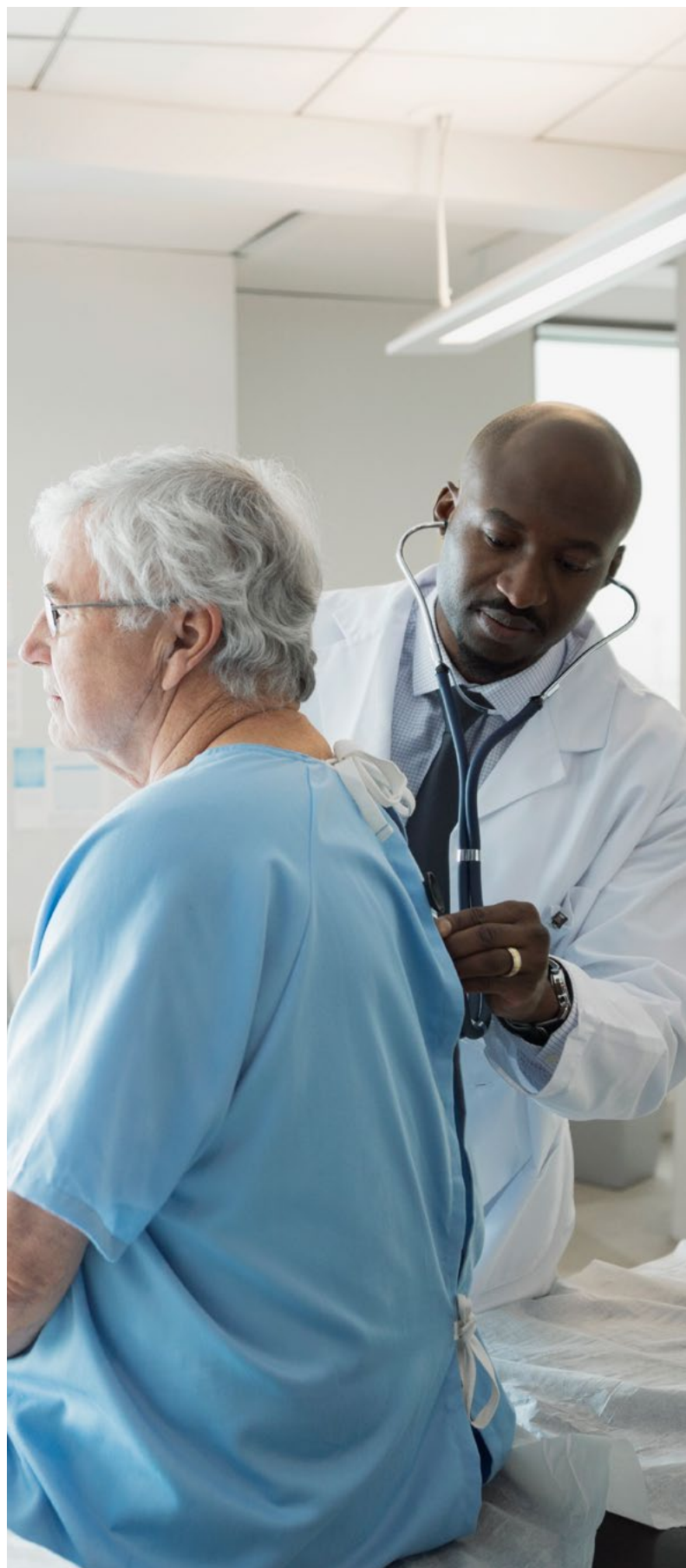
Es preciso que se mida la calidad de la prestación que reciben los pacientes y para ello hay indicadores como encuestas de satisfacción del paciente y la evaluación de la resolución de reclamaciones o quejas y del tiempo en la resolución de incidencias, entre otros. Sería preciso que estos criterios fueran uniformes para todos los servicios de salud ya que actualmente existen algunas regiones donde la gestión de la calidad se individualiza para cada una de las terapias [29] mientras que otras incluyen la valoración positiva de protocolos entre las empresas y el servicio prescriptor para asegurar la máxima calidad en la prestación de servicios [26].

Otros aspectos valorados positivamente en los contratos

La cualificación técnica, especialización y experiencia del personal de las empresas prestadoras de los servicios de TRD son clave para asegurar la calidad de la atención al paciente. Médicos especialistas, equipo de enfermería, fisioterapeutas, auxiliares y técnicos conforman un equipo humano multidisciplinar especializado y dedicado a la atención de este tipo de pacientes, recibiendo formación continua para responder a las necesidades asistenciales del paciente [30] [29] [31].

El apoyo psicológico y los programas de educación a los pacientes constituyen un valor añadido clave [29] [32] [31] ya que aseguran una correcta adaptación del paciente a las terapias. Otro de los aspectos valorados es la introducción de sistemas de gestión de la información y nuevos flujos de información entre las empresas prestadoras de servicios de TRD y los neumólogos [23].

A pesar de todos los aspectos mencionados anteriormente, los modelos actuales de financiación no consideran todos los recursos adicionales que pueden incorporar las empresas prestadoras de TRD en lo que se refiere a los profesionales, planes dirigidos al paciente y tecnología.





4

Hacia unas terapias respiratorias personalizadas (TRP) en España

4. Hacia unas terapias respiratorias personalizadas (TRP) en España

4.1. Introducción

Los modelos de prestación de servicios han ido evolucionando con el paso de los años, estando cada vez más centrados en mejorar la atención y los beneficios para el paciente [2]. Así, han pasado de estar centrados solamente en la provisión de los equipos a integrar personal cualificado y especializado en el tratamiento de estos pacientes y las tecnologías de la información y comunicación. La práctica totalidad de modelos sanitarios están incorporando valor en los servicios dirigidos a la mejora de la salud y calidad de vida de los pacientes, pero curiosamente todavía hay países como Alemania que realizan únicamente la provisión de equipos y consumibles, a pesar de que este modelo esté obsoleto ya que no se focaliza en aportar valor ni al paciente ni al sistema sanitario que posteriormente debe asumir sobrecostes derivados de una peor situación clínica de sus pacientes.

La implementación de modelos de provisión y financiación centrados en el paciente facilita la incorporación de servicios asistenciales de valor añadido que aumentan la calidad asistencial percibida y salud de los pacientes.

El modelo de colaboración público-privada de España, en el que los profesionales sanitarios y la administración seleccionan a los prestadores de servicios sanitarios de TRD, se lleva a cabo a través de concursos públicos en los que hasta el momento se establecen planes generalizados para todos los pacientes, sin tener en cuenta las peculiaridades clínicas y necesidades concretas de cada paciente.

La estratificación y segmentación de pacientes atendiendo a los criterios clínicos definidos por las sociedades científicas (SEPAR, etc.) permitiría identificar las necesidades concretas que se adaptan mejor a cada perfil de paciente para así ofrecerle los más eficaces y eficientes recursos de las empresas prestadoras de servicios de TRD.

Centrando el modelo todavía más en el paciente, tanto el profesional sanitario como el mismo paciente contarían con más información aún para determinar qué propuesta asistencial de las distintas que ofrecen las empresas

prestadoras de los servicios de TRD es la más adecuada, dando paso al llamado mercado libre u *"open market"*, en el que el paciente tiene libertad de elección de aquellas empresas homologadas previamente por los servicios de salud en base a criterios de solvencia, calidad y precio. Las experiencias internacionales de países como Portugal o Francia demuestran que estos modelos generan una importante competencia entre las empresas desarrollando modelos asistenciales adaptados a cada paciente y, en definitiva, ayudan a que se incrementa la calidad asistencial [33] [34] [35].

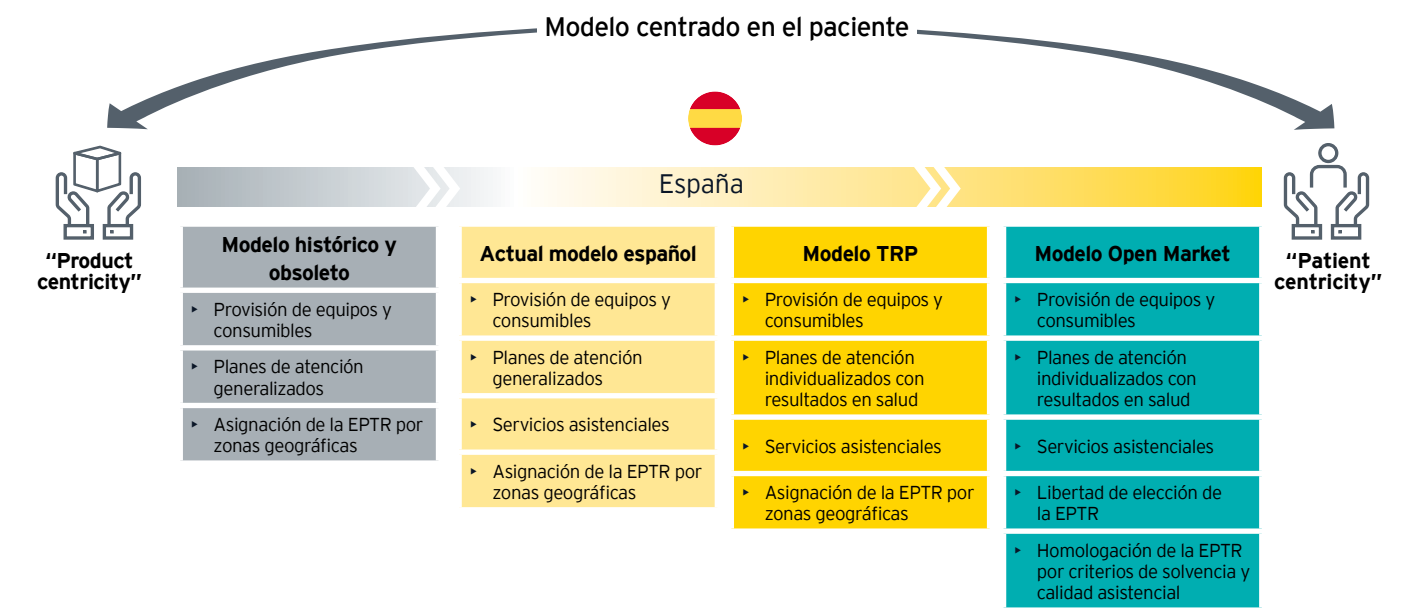
Los modelos de financiación y provisión de TRD que fomentan la calidad y reconocen el impacto de factores como la adherencia o la calidad de la prestación demuestran ser catalizadores de mejores resultados en salud y de ahorros para los sistemas de salud derivados de la mejor situación de los pacientes.

Por ese motivo, es clave que el actual sistema español se dirija hacia un cambio de modelo de provisión y financiación más centrado en la personalización de las TRD y en el que el paciente, a través de la medicina personalizada, tenga acceso a planes individualizados de la provisión de este servicio sanitario. En este sentido, resulta indispensable seguir las pautas establecidas en la guía SEPAR 2020 sobre la individualización del tratamiento [2] y que esta sociedad científica siga desarrollando criterios clínicos que permitan segmentar los tipos de pacientes y sus necesidades asistenciales.

Un sistema basado en aportar valor a los modelos de financiación en el ámbito de las TRD facilitaría que la financiación estuviera vinculada a los resultados en salud de los pacientes, es decir, que los recursos públicos destinados a esta prestación se dedicaran a la salud y calidad de vida de éstos. Las vías de retribución de las empresas prestadoras de TRD estarían vinculadas a los beneficios reales en salud y calidad de vida que aportan las terapias y, por supuesto, a las eficiencias que generen al sistema en forma de ahorro y disminución de costes en el manejo de los pacientes [36].

Con todo ello, las Terapias Respiratorias Domiciliarias (TRD) transitarían hacia un modelo más adaptado a las necesidades de cada usuario y enfocado a la mejora de los resultados en salud, dando paso a las Terapias Respiratorias Personalizadas (TRP).

Figura 8 | Evolución de los modelos de financiación en las TRD



Fuente: Análisis de EY



4.2. Experiencia internacional

Los países de nuestro entorno cuentan con diferentes modelos de provisión y financiación de las TRD, en algunos casos debido a las grandes diferencias en cuanto a los sistemas organizativos de cada país. También se han observado diferencias significativas en cuanto a la calidad de la provisión de servicios, si bien, como se ha comentado anteriormente, existe una clara tendencia hacia el mercado de *open market* en el que el paciente está más empoderado y en el que se genera un entorno competitivo orientado a la mejora de los resultados en salud del paciente.

Debido a que la legislación de contratos del sector público está armonizada por Directivas Europeas [37], este tipo de modelos tienen perfecto encaje en la legislación de contratos del sector público con homologaciones de las empresas prestadoras de servicios de TRD que acrediten cumplir los criterios de solvencia, calidad asistencial y autorizaciones administrativas sanitarias para el desarrollo del servicio sanitario con plenas garantías para los pacientes. El acuerdo marco con varios proveedores en el que sean seleccionados/homologados todos los licitadores que cumplan los criterios citados anteriormente permitiría que, con posterioridad y tras la prescripción de la TRD por parte del neumólogo u otro profesional sanitario, el paciente escoja a una de las empresas homologadas por el servicio de salud.

Figura 9 | Modelo de financiación de las TRD en Portugal



Portugal gestiona las TRD en todo su territorio mediante un listado general de terapias que son financiadas íntegramente por la administración vía tarifa por servicio [38].

Las empresas prestadoras de los servicios de TRD son homologadas a través de concursos públicos en los que el Ministerio de Salud valora su inclusión en el Catálogo de Suministros de Salud Pública (*Catálogo de Aproveitamento Público da Saúde*), el cual realiza la homologación para que puedan desarrollar sus servicios por toda la nación [38].

Una vez las empresas son evaluadas, homologadas e incluidas en el Catálogo de Suministros de Salud, compiten

ofreciendo sus servicios sanitarios a los pacientes que eligen qué propuesta se ajusta más a sus necesidades y preferencias. Así, una vez se ha diagnosticado al paciente, éste se corresponsabiliza con su tratamiento ya que tiene la última palabra en cuanto a qué empresa prestadora del servicio le va a tratar y controlar su enfermedad en coordinación con su neumólogo [34].

Las empresas prestadoras de servicios de TRD homologadas ponen a disposición de los pacientes distintos recursos orientados a mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes (centros especializados de apoyo y educación en salud, teleconsultas, tecnología, etc.). Las propuestas

inciden de manera muy relevante en asegurar la mejor adaptación de la terapia a cada tipo de paciente, controlando su situación clínica y su adherencia para que se encuentre en las mejores condiciones y, por tanto, siga queriendo que la misma empresa le preste el servicio. La debilidad del modelo

portugués es que, hasta la fecha, aún no tiene en cuenta los resultados en salud del paciente como criterio de financiación [38] [34].

Figura 10 | Modelo de financiación de las TRD en Francia



Fuente: Análisis de EY

Francia se caracteriza por su organización centralizada. Las TRD están reembolsadas a través de la LPPR (Liste de produits et prestations Remboursables) a nivel nacional. Esta lista incluye todos los productos y prestaciones reembolsadas por la administración, siendo el modelo de financiación el de tarifa por servicio [39]. Sin embargo, la financiación por parte de la administración pública no es completa, teniendo el paciente que financiar una parte de la prestación, aproximadamente el 35% [40]. No obstante, la CPAP se financia al 100%.

Hay una homologación de las empresas prestadoras de los servicios de TRD para que puedan ser elegidas por los hospitales o neumólogos, los cuales toman la decisión de qué empresa prestará este servicio sanitario a sus pacientes. En este sentido, existe total libertad de elección por parte del médico prescriptor [33], que siempre decidirá apoyándose en las preferencias del paciente.

Las empresas realizan una provisión del servicio sanitario integral, con personal especializado y tecnología. Hay un importante grado de compromiso por parte de las empresas con la atención al paciente [33].

Por otro lado, cabe destacar que Francia tiene en cuenta criterios de adherencia en la financiación de la terapia CPAP. Ésta, es financiada a través de tarifas semanales cuya cantidad está condicionada al uso efectivo de la terapia. La tarifa inicial es de 17,5 € por persona durante las primeras 13 semanas de tratamiento. Después de este período inicial, esta tarifa varía según la adherencia del paciente al tratamiento. Si el paciente acepta ser controlado remotamente y que se registren sus datos de adherencia, la tarifa se va modificando a 17€ por semana si el cumplimiento es superior a 112 horas durante 28 días. Si la adherencia es entre 56 -112 horas, la tarifa pasa a ser de 14,5€, y se reduce hasta 5 € si la adherencia es menor a 56 horas [41]. Este modelo, como se puede comprobar, financia la adherencia y los resultados en salud derivados de la misma,

llevando a las empresas prestadoras de los servicios de TRD a implementar programas de cumplimiento.

Por otro lado, si el paciente se niega al registro de su cumplimiento, la cantidad financiada a las empresas prestadoras de TRD es de 9,8 € por cada semana [41].

Este tipo de modelo actúa como un fuerte incentivo para que las empresas trabajen en la adherencia del paciente y gestionen a los pacientes incumplidores [41].

En consecuencia, el modelo francés tiene en cuenta criterios de calidad para la financiación de la prestación, si bien se podrían incorporar otros resultados en salud que tienen incidencia en la salud y calidad de vida de los pacientes. También es un modelo *open market* donde el paciente y el neumólogo deciden qué empresa homologada es la que mejor servicio sanitario puede dar a cada paciente.

Figura 11 | Modelo de financiación de las TRD en Alemania



Fuente: Análisis de EY

Alemania es un país que tiene un sistema sanitario descentralizado en que los contratos para TRD se hacen a nivel regional. En cuanto a la financiación de la terapia, el reembolso por la administración es del 60%, obligando al paciente a financiar el porcentaje restante [42].

El modelo actual de financiación es el de tarifa por servicio. La tarifa incluye la entrega de los consumibles, el dispositivo y las reparaciones, no contemplando la oferta de servicios adicionales como visitas de seguimiento o acciones de apoyo al paciente [43].

Históricamente, la elección de las empresas prestadoras de los servicios de TRD se realizaba mediante concursos públicos regionales convocados por las aseguradoras públicas, llamadas sickness funds (SF) en que el precio era

el criterio determinante para la elección de la empresa. La debilidad del modelo de financiación, por tanto, era su baja orientación a la calidad asistencial. Sin embargo, en 2019 una ley prohibió los concursos públicos para dispositivos médicos, obligando así a las aseguradoras públicas a cerrar los acuerdos a través de negociaciones contractuales. Cabe destacar una característica principal de esta ley: si una empresa de atención domiciliaria no desea participar activamente en las negociaciones contractuales, puede adherirse a contratos cerrados. En este sentido, las aseguradoras públicas no pueden excluir a una empresa de atención domiciliaria del catálogo de ayudas médicas ya que todas las compañías, siempre que estén calificadas, pueden tener acceso a contratos cerrados [35]. De este modo, las compañías de seguro de salud ya no tienen el poder de descartar a una EPTR de las negociaciones.

En conclusión, podemos afirmar que Alemania se encuentra en un proceso de plena transformación en el que destaca el progresivo empoderamiento del paciente al adaptarse cada vez más el modelo a sus necesidades.

Figura 12 | Modelo de financiación de las TRD en Italia



Fuente: Análisis de EY

Italia funciona bajo una organización descentralizada en la que el alcance de los contratos es a nivel regional y la administración financia íntegramente las TRD.

En Italia existen los dos modelos de financiación según el territorio, el modelo de tarifa por servicio y el modelo capitativo.

Por otro lado, también según la región, la forma de contratar este servicio es a través de dos tipos de procesos: concursos públicos tradicionales o concursos públicos de homologación, en los que se selecciona a varias empresas prestadoras de servicios de TRD [44].

De este modo, si el paciente pertenece a una región que se rige por concursos públicos de homologación (como por ejemplo la región sanitaria de Latina) podrá elegir la empresa y propuesta asistencial que más se adecúe a su situación y

preferencias entre las empresas homologadas [44] y, sino, deberá adaptarse a la que haya ganado el concurso en su área.

Se puede afirmar que, en Italia, la implementación de contratos públicos de homologación que están llevando a cabo algunas regiones marca una clara tendencia del modelo de financiación hacia el empoderamiento del paciente, que cada vez goza de mayor libertad de elección. Sin embargo, todavía no se han incluido los resultados en salud como criterios de financiación. En este sentido, en los próximos años se espera que cada vez más se implementen modelos más flexibles que se centren en el paciente y en su mayor capacidad de decisión [44].

Conclusión

Podemos afirmar que el contexto internacional se dirige hacia un modelo cada vez más centrado en el paciente. De los países analizados, Portugal, Francia y Alemania destacan por su modelo de libre mercado y, en el caso del segundo, también por su enfoque del pago de la adherencia. Italia también transita hacia un modelo de *open market*, sin embargo, en muchas regiones del país todavía se rigen por concursos públicos tradicionales. Alemania, en lo que se refiere a la prestación del servicio, todavía tiene un gran margen de progresión ya que, por el momento, ofrecen un servicio muy básico a los pacientes. Sin embargo, la nueva legislación sobre la prohibición de los concursos públicos ayudará a dar más peso a la calidad de la prestación, lo que probablemente se traducirá en una mejora en el servicio.

También se observan importantes diferencias en la financiación de las TRD. En el caso de la CPAP, Francia se sitúa como el país con la tarifa más alta, de

aproximadamente 800 euros [45], le siguen Italia y Portugal con unas tarifas alrededor de 500 euros [46] [47], mientras que Alemania tiene la tarifa más baja, de aproximadamente 200 euros, si bien no incorpora ningún servicio de valor añadido que complemente la tecnología [43].

Cabe destacar que, España, ofreciendo uno de los servicios más completos de TRD, se sitúa con una tarifa de CPAP en torno a los 250 euros (dato obtenido a partir del análisis de los concursos públicos), cerca del nivel de la tarifa de Alemania, siendo este último el único país de los analizados que no incorpora servicios asistenciales. Por el contrario, Portugal, siendo un país similar a España en cuanto a los recursos disponibles, dedica una dotación presupuestaria notablemente superior y la provisión del servicio incorpora de forma progresiva innovaciones, promoviendo así la obtención de buenos resultados en salud.

4.3. Consideraciones clave para la evolución del modelo en España

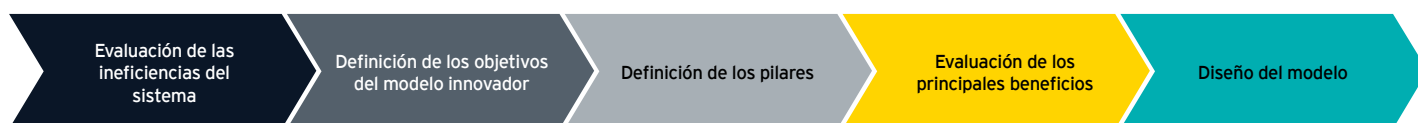
Resulta preciso introducir reformas en el modelo de provisión y financiación de las TRD que permitan mejorar la calidad de la prestación, explotando las innovaciones existentes, y su financiación, a fin de que el paciente pueda beneficiarse de una medicina personalizada y el servicio sanitario sea financiado de acuerdo con los resultados en salud conseguidos. Con ello se conseguiría, además, incrementar la eficiencia y apoyar la sostenibilidad del sistema sanitario,

respondiendo a las necesidades de cada uno de los agentes implicados.

Para establecer las bases de este tipo de modelo se han identificado cinco pasos: evaluación de las ineficiencias identificadas en el sistema, definición de los objetivos del modelo, definición de los pilares del modelo, evaluación de los principales beneficios del modelo para los diferentes agentes involucrados y diseño del modelo [48].

A continuación, se detalla el análisis de cada uno de los pasos identificados.

Figura 13 | Pasos para la obtención de un modelo innovador



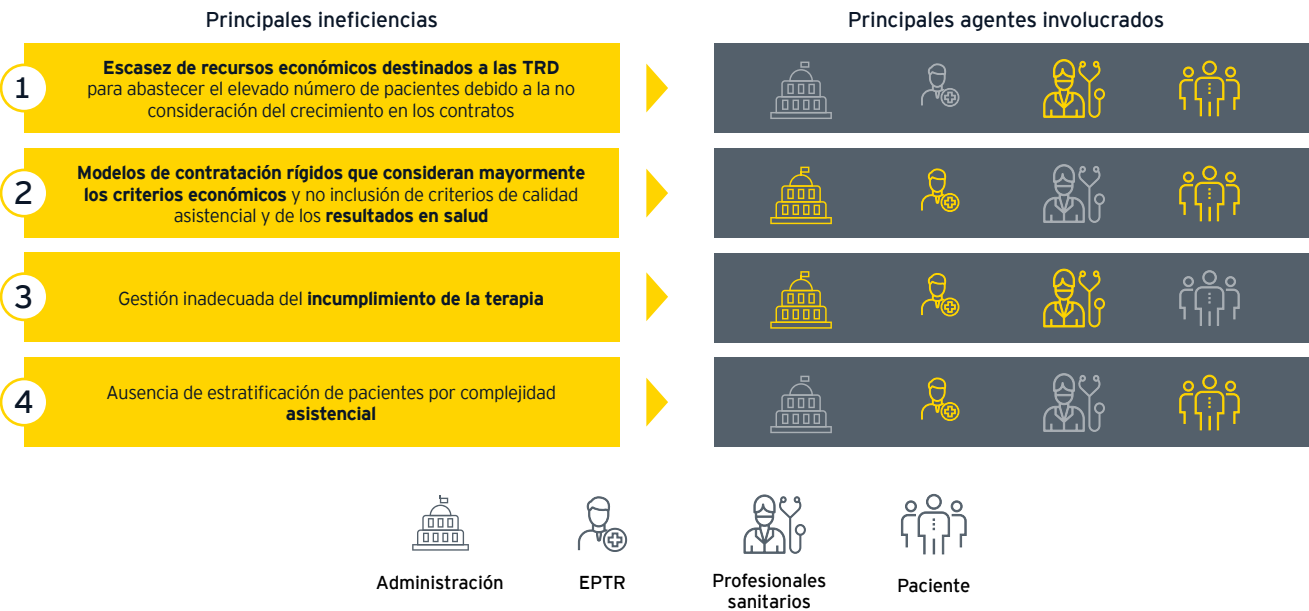
Fuente: Análisis de EY

4.3.1 Ineficiencias del sistema

Los actuales modelos de financiación y de prestación de servicios de TRD presentan diversas ineficiencias que derivan en desequilibrios tanto en el aspecto asistencial como en

el económico. De este modo, los agentes implicados en la prestación de servicios de TRD se están viendo afectados por estas ineficiencias, que impactan directamente en la calidad del servicio.

Figura 14 | Principales ineficiencias del sistema



Fuente: Análisis de EY

La falta de vinculación entre la financiación y la evolución real del número de pacientes que reciben TRD dificulta y pone en riesgo un modelo de calidad asistencial que garantice el correcto seguimiento y control de los pacientes. La dotación de los concursos públicos debe estar indexada a la evolución real del número de pacientes que reciben la terapia. Actualmente de media los contratos públicos prevén una modificación anual del precio del 3%, muy por debajo del 8%-12% al que evoluciona el número de pacientes tratados año a año. Esta falta de recursos y minoración de la financiación para la prestación de servicios a medio y largo plazo incrementa el riesgo de una disminución de la calidad en la prestación del servicio y una pérdida de las eficiencias.

Por otro lado, los modelos actuales no incluyen una evaluación y financiación de los resultados en salud, utilizando mayoritariamente criterios económicos, desincentivando así que las empresas desarrollen servicios asistenciales de valor añadido para el paciente y se focalicen en la mejora continua de la atención.

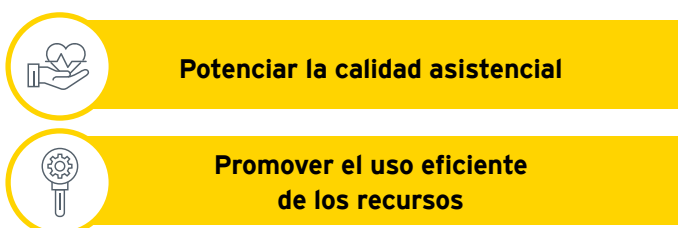
También se debe trabajar sobre la mejora en la gestión de la adherencia a la terapia ya que tendría impacto en la financiación de las TRD, debiéndose articular con seguridad jurídica mecanismos de retirada del tratamiento a pacientes que, de manera reiterada, no cumplen con los niveles de adherencia requeridos, siguiendo las consideraciones y criterios clínicos establecidos por la sociedad científica de referencia (SEPAR).

Por último, la ausencia de una estratificación de los pacientes por complejidad asistencial impide avanzar hacia una atención más personalizada que permita un impacto más directo en la salud y calidad de vida del paciente. Como consecuencia, se generan ineficiencias en la utilización de los recursos para la prestación sanitaria, dado que frecuentemente se destinan recursos innecesarios a pacientes que no necesitan de una asistencia regular y, a la vez, no se disponen de recursos para pacientes que requieren de más cuidados y atención, de suerte que las empresas prestadoras de servicios de TRD no tienen posibilidad de personalizar el tratamiento para los pacientes más complejos.

4.3.2 Objetivos de la evolución del modelo

Los objetivos del modelo deben dar respuesta a las ineficiencias identificadas y contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario, siendo siempre la prioridad la mejora de la atención, salud y calidad de vida del paciente. En este sentido, se han definido dos objetivos prioritarios:

Figura 15 | Objetivos del modelo



Fuente: Análisis de EY

En primer lugar, el nuevo modelo debe potenciar la calidad asistencial, respondiendo a las actuales necesidades de la prestación de servicios y asegurando una aún mejor atención al paciente y un incremento en su salud y calidad de vida.

En segundo lugar, el modelo debe garantizar que los recursos tanto económicos como humanos y materiales destinados para la prestación del servicio se usen de manera eficiente, adaptándose al máximo a la situación de cada paciente.

4.3.3 Pilares para la evolución del modelo en España

Para llevar a término estos objetivos, es necesario establecer unas líneas de acción que permitan el diseño e implementación del modelo.

De este modo, se han definido tres pilares sobre los que se debe construir el nuevo modelo, adaptándose a la situación actual de las TRD y fomentando a su vez mejoras en el servicio.

Figura 16 | Los tres pilares para el diseño del modelo innovador



Fuente: Análisis de EY

I. Estratificación por complejidad asistencial:

Como se ha visto, la ausencia de estratificación de pacientes por complejidad asistencial lleva a una falta de personalización de las TRD y a una oportunidad de optimización de los recursos disponibles, ya que permitiría que las empresas prestadoras de los servicios de TRD dejaran de destinar frecuentemente recursos innecesarios a la atención de algunos pacientes que no necesitan de una asistencia presencial continuada y, en cambio, destinasen más recursos a pacientes complejos que requieren de una mayor atención y cuidado.

Deben dedicarse los recursos necesarios a cada perfil de paciente, siendo para ello necesaria una segmentación de los pacientes según su complejidad asistencial que permita

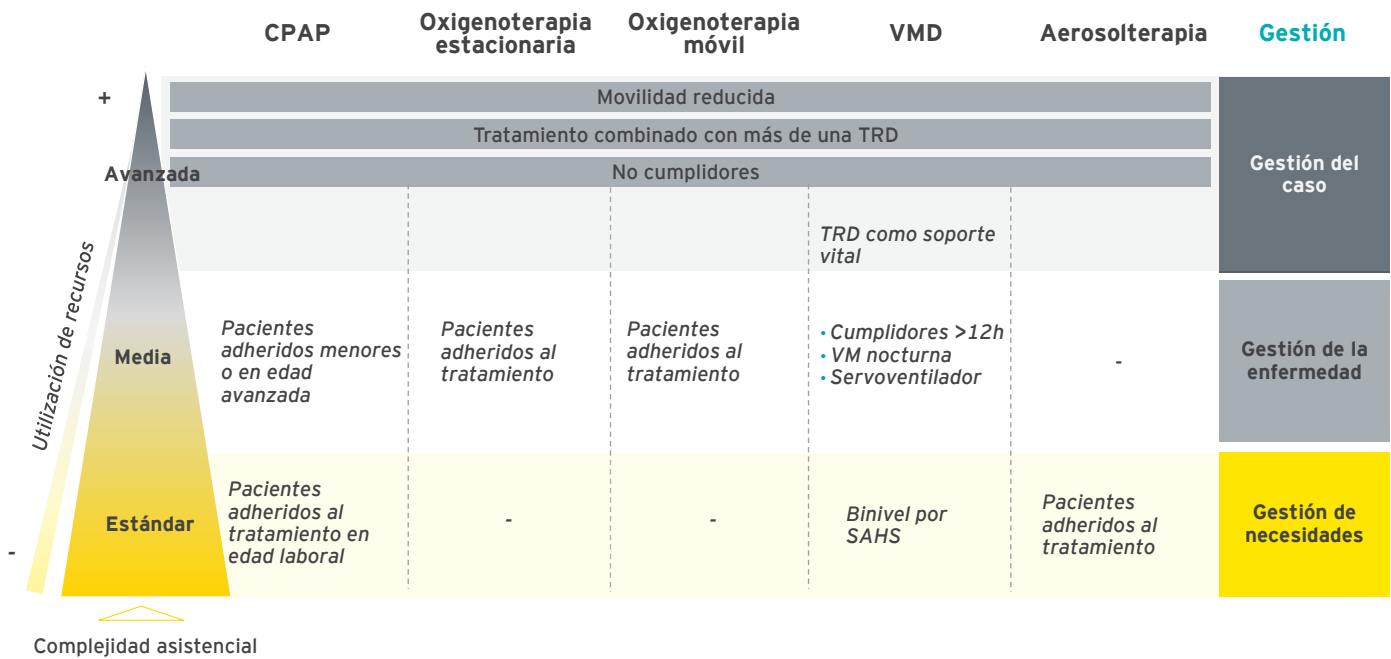
definir anticipadamente acciones que se adapten a las necesidades de cada grupo y cuyos resultados en salud puedan medirse para identificar oportunidades de mejora.

En este sentido, la segmentación de los pacientes de cada una de las TRD debe realizarse según sus características para facilitar la individualización del cuidado [49]. El objetivo de esta estratificación es definir el grado de utilización de recursos de cada grupo de pacientes para distribuir así los recursos disponibles y tener mayor impacto asistencial,

poniendo foco en las acciones que tengan mayor repercusión de valor para el paciente.

En la siguiente figura se puede observar una clasificación de los pacientes de las diferentes TRD según sus características, complejidad asistencial y grado de utilización de los recursos [50]. En ella se determina el nivel de gestión que requiere cada tipo de paciente a partir del análisis de los factores mencionados.

Figura 17 | Estratificación de pacientes por terapia



Fuente: Análisis de EY

Por un lado, la base de la pirámide se conforma por aquellos pacientes de una complejidad estándar que no necesitan de una asistencia domiciliaria regular y para los que se utilizan canales asistenciales alternativos y complementarios que son menos invasivos de su intimidad y facilitan la conciliación con la enfermedad. Normalmente son pacientes crónicos con buen estado de salud que requieren de intervenciones y controles estándares para el manejo de su enfermedad. El objetivo es conseguir que estos pacientes, con el apoyo de las empresas prestadoras de servicios de TRD, participen del control, en la medida de lo posible, de su propia enfermedad, siempre recibiendo la atención a sus necesidades específicas.

Los pacientes de complejidad media agrupan a los pacientes crónicos que requieren de atención médica de forma constante y que realizan un uso intensivo de la terapia. La finalidad de la atención, en este caso, es reducir la progresión de la patología mediante una planificación y gestión individualizada de la enfermedad.

Por último, la clasificación más avanzada incluye a pacientes de alta complejidad asistencial con agudizaciones frecuentes que requieren de intervenciones adaptadas para reducir y prevenir las hospitalizaciones al máximo. En este grupo se incluyen también a los pacientes incumplidores ya

que requieren de importantes recursos para mejorar su adaptación y adherencia a la terapia.

Para poder llevar a cabo una correcta estratificación de los pacientes, es indispensable que exista una buena coordinación y comunicación entre los profesionales sanitarios del sistema y las empresas prestadoras de servicios de TRD. Además, es necesario hacer una evaluación constante del cumplimiento y las condiciones del paciente durante el tratamiento, de manera que, si se produce un cambio significativo, las acciones dirigidas al paciente se cambien de inmediato.

II. Consideración de resultados en salud y calidad de vida:

Como se ha visto anteriormente, en la mayoría de los modelos de contratación aún no se incorporan los resultados en salud como un criterio de financiación de las TRD, desincentivando que las empresas prestadoras de servicios de TRD se enfoquen a la mejora continua de la atención.

Con la incorporación de criterios basados en la consecución de objetivos relacionados con la calidad y los resultados en salud, el sistema puede poner el foco en el valor del servicio prestado y, de esta manera, fomentar mayor calidad asistencial, consiguiendo eficiencias derivadas de la mejora de la salud y calidad de vida de los pacientes.

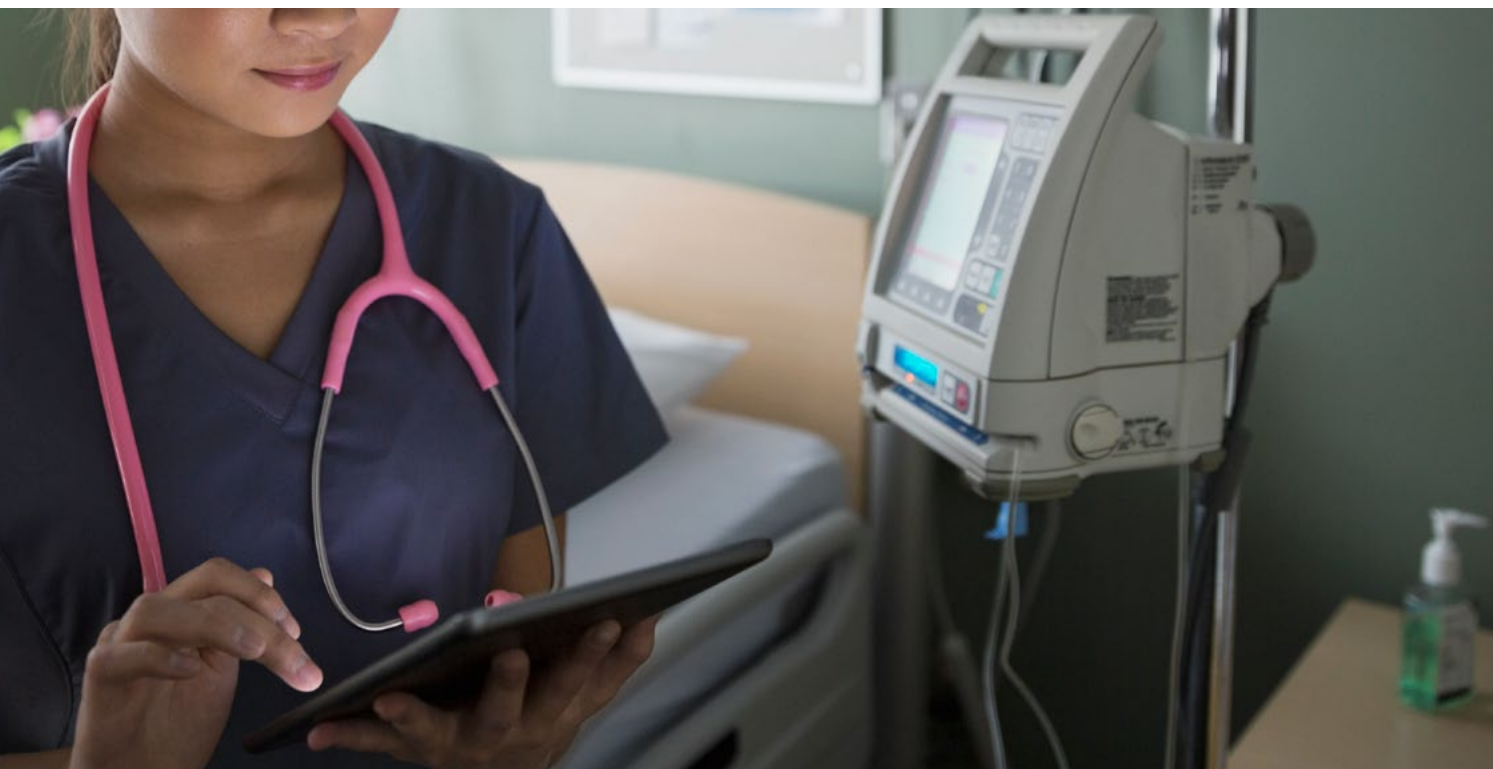
La implementación de un modelo de financiación basado en resultados en salud requiere de la definición de unos indicadores de resultados de adherencia, calidad asistencial y calidad de vida del paciente que servirán para medir el rendimiento de la prestación y de base para el cálculo de la retribución. De esta manera, este rendimiento se determinará a partir de un seguimiento exhaustivo del paciente tanto a nivel clínico como de horas de cumplimiento y de la realización de encuestas de satisfacción y experiencia del paciente y/o cuidador/prescriptor.

En la siguiente tabla se puede observar la clasificación de los distintos indicadores que se podrían considerar para las TRD:

Figura 18 | Indicadores de calidad asistencial y efectividad del tratamiento

Adherencia		Definición del indicador	Objetivo
Resultados en salud	 Cumplimiento de horas de tratamiento	Control del cumplimiento de la terapia a partir de las horas de uso de los equipos	Lograr un mayor número de pacientes que cumplan la terapia
	Calidad asistencial		
	 Calidad de vida del paciente (PROMs)	Evaluación de la percepción de bienestar del paciente	Mejorar la experiencia y percepción de calidad de vida
	Visitas no programadas	Nº de visitas no programadas a la AP, al especialista o urgencias	Disminuir el número de visitas no programadas por el seguimiento
	Ingresos hospitalarios por incumplimiento	Nº de ingresos hospitalarios por exacerbaciones por incumplimientos	Reducir los ingresos hospitalarios por problemas respiratorios
Calidad de la prestación	Mortalidad asociada a la adherencia	Nº de fallecimientos inesperados asociados al incumplimiento de la terapia	Reducir el número de muertes asociadas al incumplimiento
	 Grado de satisfacción del paciente	Nivel de satisfacción por la prestación de la TRD (servicio y usabilidad)	Alcanzar un alto grado de satisfacción con la prestación
	 Experiencia del cuidador / prescriptor / paciente (PREMs)	Evaluación de la percepción del paciente, del cuidador y del prescriptor sobre la calidad del servicio	Mejorar percepción del cuidador, paciente y prescriptor de la prestación de servicios
		 Indicadores más viables	

Fuente: Análisis de EY



Actualmente, en algunas Comunidades Autónomas ya se están midiendo las horas de cumplimiento del tratamiento y el grado de satisfacción del paciente, lo que permitirá llevar a cabo la evaluación de estos indicadores con una mayor facilidad. Sin embargo, el resto de los indicadores no han de empezar a implementarse ya que todavía no se están recogiendo datos para su medición. Los indicadores de calidad de vida (PROMs) y de experiencia del cuidador/ prescriptor/ paciente (PREMs) requieren de un seguimiento exhaustivo y detallado del paciente y, en el caso de los PROMs, es necesaria la integración al registro clínico electrónico para su medición.

Deben también trabajarse los indicadores clínicos cuantitativos, como el número de visitas hospitalarias no programadas, ingresos hospitalarios por incumplimiento del paciente o el número de fallecimientos asociados al incumplimiento de la adherencia.

III. Indexación de la financiación:

La falta de vinculación entre la evolución real de la financiación y el número de pacientes no es sostenible si se quiere seguir ofreciendo y mejorando la calidad del servicio de TRD. Este desequilibrio provoca la continua reducción de la financiación por cada paciente año tras año, lo que aumenta el riesgo de que se produzca una disminución en la

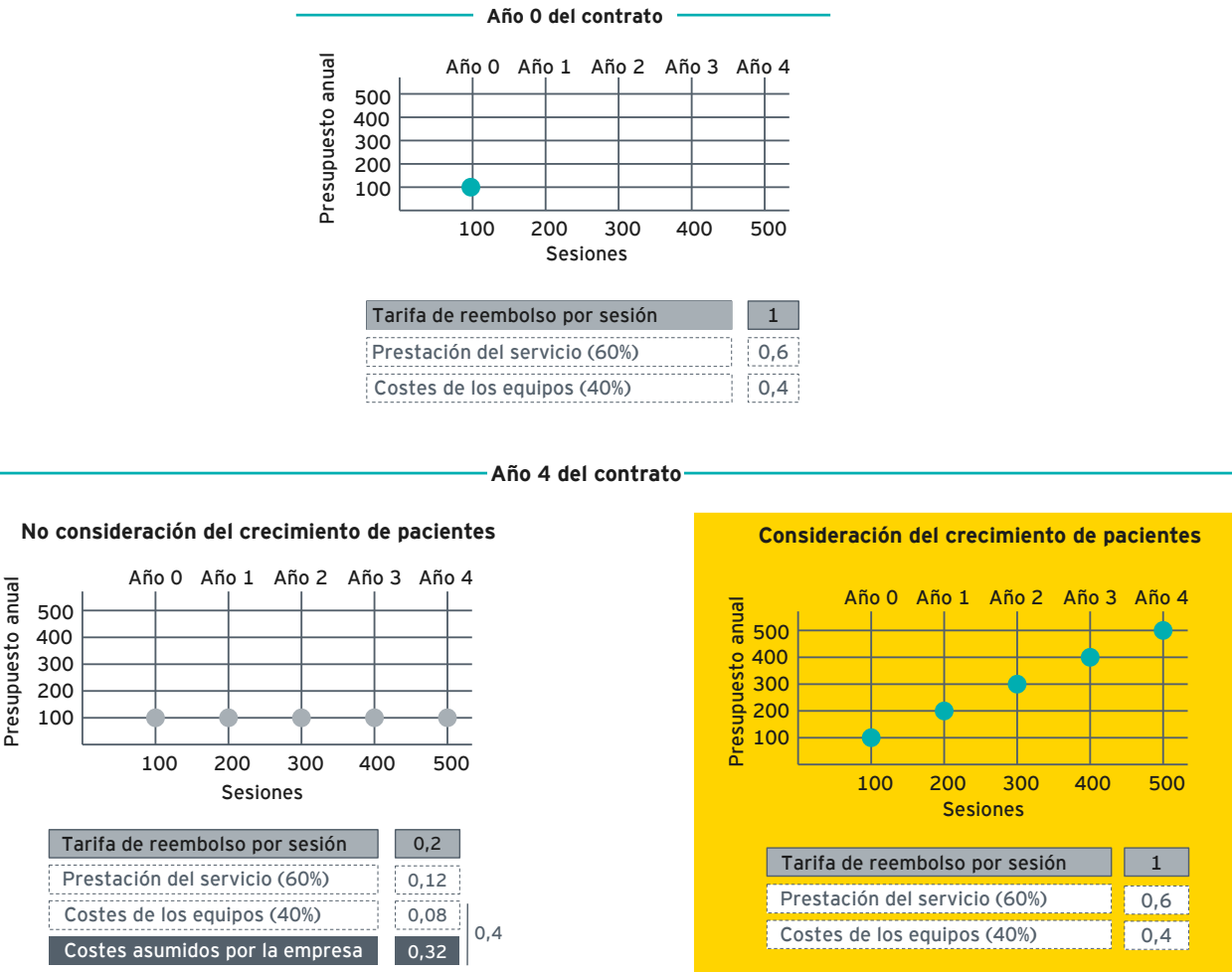
calidad del servicio e importantes ineficiencias por no tener estos pacientes la mejor salud y calidad de vida posibles.

En este sentido, la indexación permite que la financiación vaya ligada a la actividad real de la prestación a fin de que se puedan atender las necesidades de todos los pacientes con los estándares de calidad del servicio esperados y se impulse la mejora continua de la asistencia.

En los siguientes gráficos se muestra un ejemplo ilustrativo comparando un modelo que tiene en cuenta la evolución de pacientes en la financiación de la provisión del servicio frente a un modelo no indexado. Así, se puede observar el impacto en la reducción de la financiación de la sesión de tratamiento con la evolución del contrato, poniendo en riesgo la calidad del servicio al disminuir los recursos destinados a cada paciente. Sin embargo, las inversiones que deben hacer las empresas prestadoras de los servicios sanitarios de TRD se incrementan con cada paciente al ser un servicio que por sus características tiene economías de escala muy limitadas.

Los modelos indexados, que ajustan la financiación a la realidad del número de pacientes atendidos, preservan la financiación para los nuevos pacientes y con ello permiten que se pueda prestar un servicio con la misma atención y calidad durante todo el tiempo que dure el contrato sin erosionarse el precio.

Figura 19 | Impacto de la consideración del crecimiento de pacientes en el precio



Fuente: Análisis de EY

4.3.4 Principales beneficios del nuevo modelo de financiación

En la aplicación de un nuevo modelo de financiación de las TRD, se han identificado beneficios para todos los agentes del sistema: pacientes, profesionales sanitarios, Sistema Nacional de Salud y empresas prestadoras de servicios de TRD.

El mayor impacto positivo lo recibirían los pacientes ya que se generaría un entorno virtuoso a su alrededor tendente a una mayor precisión en la atención de sus necesidades. Recibirían unas TRD más personalizadas y en las que la calidad asistencial sería la prioridad. Permitiría, además, que el paciente adquiriera un mayor compromiso y empoderamiento

de su enfermedad, pudiendo tomar decisiones y participando en su propio proceso asistencial con una mayor capacidad en el automanejo de su enfermedad.

Los profesionales sanitarios, por su parte, se verían beneficiados en la medida en que podrían ofrecer a sus pacientes terapias más específicas y destinadas a cubrir sus concretas necesidades, a parte de la sistematización de los datos de sus pacientes, que viene implícita en la implementación de un modelo basado en resultados. Una correcta gestión de los datos es clave para llevar un mayor control de la enfermedad y de la adherencia al tratamiento. Por otro lado, la individualización del tratamiento ayudará a descongestionar la actividad clínica al verse incrementada la salud y calidad de vida de los pacientes.

Para el SNS los beneficios serían desde el plano asistencial, en la medida en que ofrecerían a los pacientes un mejor servicio sanitario, hasta el plano económico, asegurando una mayor sostenibilidad del sistema sanitario derivada de las importantes eficiencias y ahorros que se generarían con una mejor atención a estos pacientes. La prevención y reducción de comorbilidades asociadas y la más que probable reducción de hospitalizaciones, visitas de seguimiento, facturas en farmacia, etc., producirían un notable retorno de la inversión. La financiación por resultados en salud permitiría además garantizar que los recursos económicos públicos van destinados a pagar la salud y calidad de vida de los pacientes.

Por último, las empresas podrían prestar un servicio de más valor añadido a sus pacientes, podrían focalizar sus esfuerzos y recursos en todo momento en los pacientes que requieren de más intervenciones. La indexación de la financiación permitiría que, con el aumento de pacientes, pudiesen contar con una financiación suficiente para hacer las inversiones asociadas a la prestación del servicio, manteniendo así la calidad del servicio ofrecido e impulsando la mejora continua de la asistencia. La financiación por resultados en salud, por su parte, sería un vector de competitividad e innovación en la calidad del servicio ofrecido a los pacientes.

La conjunción de todos estos beneficios se espera que se materialice e impacte de manera directa en la adherencia de la terapia, de manera que se fomentará la sostenibilidad del sistema sanitario y mejorará la calidad de vida del paciente. A nivel económico, que se produzca un aumento en la adherencia de la terapia provocará un ahorro del SNS que vendrá determinado, como se puede ver a continuación, según el porcentaje de incremento en el número de cumplidores de la terapia. Además del probable aumento de la adherencia en los pacientes, en consecuencia, tendría también un impacto positivo en el manejo y control de las patologías asociadas. Es el caso, por ejemplo, de los pacientes tratados con oxigenoterapia, en los que se ha visto que una buena adherencia tiene influencia directa en la prevención de la aparición de exacerbaciones [5].

Ejercicio práctico del ahorro que supondría para la administración el incremento de la adherencia a la CPAP

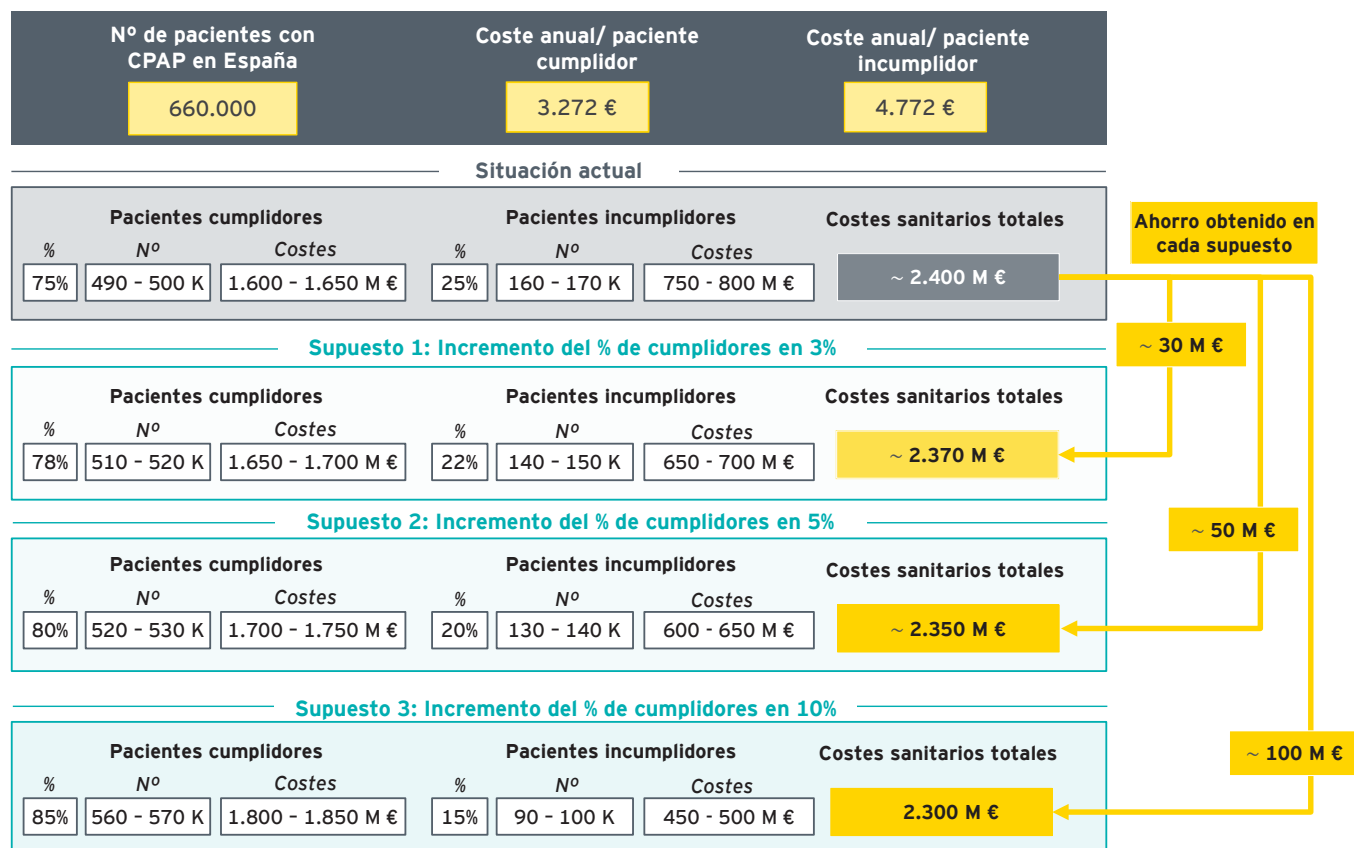
Se ha realizado un ejercicio práctico en el que se ha evaluado el posible impacto que podría suponer sobre el ahorro del SNS el incremento de la adherencia de los pacientes con CPAP con la introducción del nuevo modelo [21] [51] [52] [53].

El análisis parte de los costes anuales directos sanitarios para el SNS de los pacientes cumplidores y no cumplidores, obtenidos a partir de un análisis a nivel autonómico del coste-efectividad del tratamiento con CPAP. Dichos costes incluyen el diagnóstico de AOS, el ingreso hospitalario para la calibración de la CPAP, el mantenimiento anual de la CPAP y las visitas médicas, hospitalizaciones y urgencias [21]. El coste sanitario anual directo de un paciente cumplidor es 3.272€, mientras que el coste del incumplidor es 4.772€. Esta marcada diferencia tiene su origen en el alto coste que supone un paciente incumplidor en cuanto a las visitas médicas y hospitalizaciones (consultas en atención especializada, urgencias, ingresos a hospital de día, ingreso en la UCI o accidentes de tráfico, cuando no están asociados a accidentes laborales), muy por encima del coste de los pacientes cumplidores (alrededor de 1.800€ y 400€, respectivamente). El resto de los costes sanitarios directos son los mismos para pacientes cumplidores e incumplidores (en torno a los 2.000€ por el ingreso hospitalario para la calibración de CPAP, 400€ para el diagnóstico de AOS y 300€ por el mantenimiento anual de la CPAP) [21].

Para la estimación de los costes sanitarios totales, se han tenido en cuenta los pacientes tratados con CPAP según la Guía SEPAR 2020 [2] y el porcentaje de pacientes cumplidores y no cumplidores previos al confinamiento por la pandemia del COVID-19 (75% y 25% respectivamente) [10], debido a que durante el confinamiento el cumplimiento se incrementó considerablemente, no siendo representativo de los niveles habituales.

Para la realización del ejercicio, se han establecido tres supuestos de evolución del % de pacientes cumplidores: un 3%, un 5% y un 10%. Se han calculado los costes sanitarios totales de los pacientes con CPAP para el SNS en cada uno de los 3 supuestos.

Figura 20 | Caso práctico del ahorro estimado derivado de la mejora en la adherencia con la introducción de un modelo innovador



Fuente: Análisis de EY

Se puede observar cómo los costes sanitarios se van reduciendo a medida que se incrementa el número de pacientes cumplidores, obteniéndose un ahorro con respecto a los costes sanitarios actuales de aproximadamente 30 millones de euros en el primer supuesto (incremento del % de cumplidores en 3%), 50 millones en el segundo (incremento del % de cumplidores en 5%) y prácticamente 100 millones en el tercero (incremento del % de cumplidores en 10%).

Además del relevante ahorro que supone para el SNS un cumplimiento de 4h/día [10], se han demostrado efectos positivos en la prevención de comorbilidades (por ejemplo, disminución de la presión arterial) y en la mejora de la calidad de vida en pacientes con un cumplimiento de 6h/día [7] [9].

Por último, cabe tener en consideración que no solo la adherencia supondrá un beneficio en cuanto a los costes de

las terapias, también una mejora de los resultados clínicos de los pacientes conllevará ahorros para el sistema.

Ejercicio práctico del ahorro que supondría para la administración la reducción de ingresos hospitalarios de pacientes EPOC tratados con oxigenoterapia con la introducción de un modelo innovador

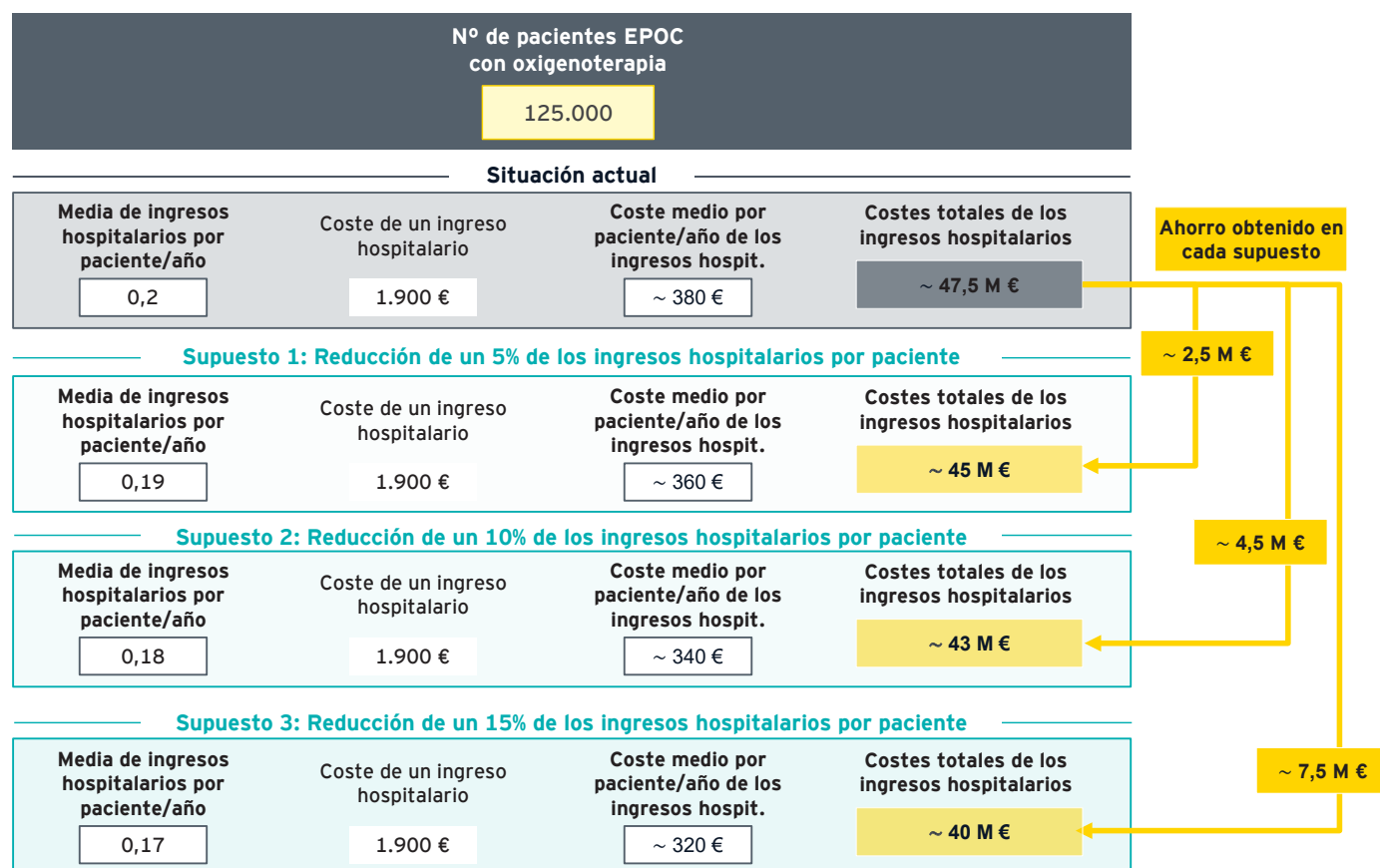
En el siguiente ejercicio práctico se ha calculado el ahorro que conllevaría para el sistema sanitario la disminución de las agudizaciones de los pacientes EPOC fruto de una atención más personalizada [54] [55]. Así, el gasto sanitario se vería reducido debido a la disminución de los ingresos hospitalarios.

El ejercicio se basa en la media anual de ingresos hospitalarios por paciente EPOC (0,2 ingresos), obtenida a partir de un análisis a nivel autonómico del coste de este tipo de pacientes, del que también se ha obtenido el coste medio para el sistema sanitario por paciente y año de los ingresos hospitalarios (en torno a los 380€) [56]. A partir de estos datos, se ha podido determinar el coste de un ingreso hospitalario (1.900€). Para la estimación de los costes

sanitarios totales, se han tenido en cuenta los pacientes EPOC tratados con oxigenoterapia (125.000 pacientes) [2].

Para la realización del ejercicio, se han establecido tres supuestos de la reducción de ingresos hospitalarios: un 5%, un 10% y un 15%. Con estos datos se han calculado los costes sanitarios totales de los pacientes con EPOC tratados con oxigenoterapia.

Figura 21 | Caso práctico del ahorro estimado derivado de la reducción de ingresos hospitalarios de pacientes EPOC tratados con oxigenoterapia



Fuente: Análisis de EY

Se puede observar cómo los costes totales se van reduciendo a medida que se reducen los ingresos hospitalarios por paciente, obteniéndose un ahorro con respecto a los costes actuales de aproximadamente 2,5 millones de euros en el primer supuesto (reducción de un 5% de los ingresos hospitalarios por paciente), 4,5 millones en el segundo (reducción de un 10% de los ingresos hospitalarios por paciente) y 7,5 millones en el tercero (reducción de un 15% de los ingresos hospitalarios por paciente).

4.3.5 Diseño del nuevo modelo

La mejora en la salud y calidad de vida de los pacientes tratados con TRD requiere vincular la actividad real con el presupuesto y, por otro lado, orientar la forma de retribución a los pilares previamente definidos (estratificación por complejidad asistencial, consideración de resultados en salud y calidad de vida e indexación de la financiación), es decir, hacia el reconocimiento del valor real de la prestación.

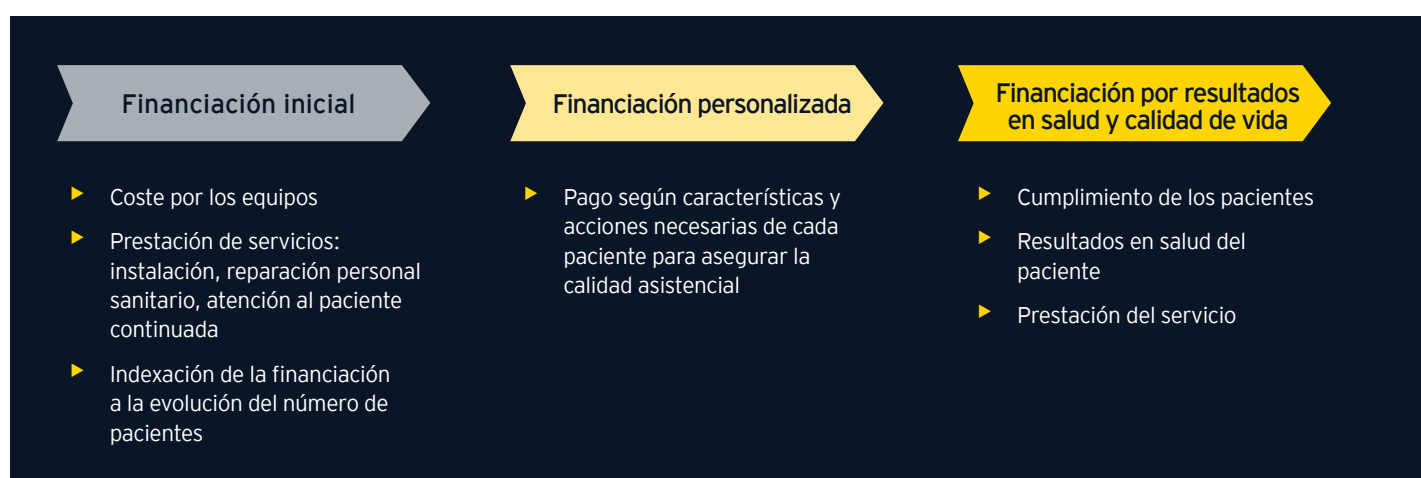
La financiación de esta prestación debe tener presente la necesidad de una dotación destinada a cubrir las inversiones necesarias para la prestación del servicio (personal especializado, formación, tecnología, mantenimiento, fungible, etc.) [57], adaptándola de forma dinámica y acompasada con la evolución de pacientes ya que cada nuevo paciente requiere de nuevas inversiones por parte de las empresas prestadoras de los servicios de TRD.

Una vez establecida la base de la dotación presupuestaria, resulta necesario establecer una financiación vinculada a la complejidad e inversiones necesarias para cada perfil de pacientes [57]. Esto se debe realizar mediante la estratificación de pacientes en función de su complejidad asistencial para permitir la definición de las acciones necesarias a llevar a cabo para cada perfil de pacientes. De este modo, como se ha visto en la definición de los pilares del

modelo, se ofrecerá a los pacientes la provisión del servicio que más se adapte a sus necesidades clínicas, consiguiendo mejores resultados en salud.

Por último, debe articularse también una financiación de la provisión de las TRD que incorpore los resultados en salud focalizándose en crear valor al paciente. Para ello es necesario que se establezcan indicadores y criterios que permitan evaluar el impacto de la TRD en el paciente. Con ello, las empresas prestadoras de servicios de TRD acometerían las inversiones necesarias para alcanzar ratios de rendimiento y éxito que impactarían positivamente en forma de resultados en salud y calidad de vida de los pacientes [57]. En este sentido, es fundamental definir unos criterios de evaluación y unas condiciones claras para cada indicador, así como un método de cuantificación para que sea proporcional al rendimiento de la prestación.

Figura 22 | Tipo de financiación en el modelo innovador



Fuente: Análisis de EY

4.3.6 Aspectos clave

Para la correcta implementación de un nuevo modelo de prestación y financiación de las TRD es necesario establecer un marco de colaboración en el que estén implicados todos los agentes clave (pacientes, profesionales sanitarios, administración pública y empresas prestadoras de TRD), asegurando que el modelo aporte valor al paciente y al sistema en su conjunto. Es preciso que cada uno de los agentes clave perciba los beneficios que aporta a cada uno de ellos.

Para ello, es importante establecer, en primer lugar, las responsabilidades, roles e implicaciones de cada agente en la implementación del modelo.

En segundo lugar, es imprescindible la participación de los profesionales sanitarios, administración pública y empresas en la definición de los indicadores a evaluar de manera que puedan ser medibles y aporten valor al paciente y al sistema. Una vez definidos los indicadores, se debe establecer cómo será la interpretación de los resultados finales obtenidos

Resulta esencial la participación de la comunidad científica (SEPAR) en la elaboración de los pliegos y en la decisión de los criterios clínicos para la segmentación de pacientes, así como del nivel de servicio que se debe dar a éstos. De esta manera, se fomentará que los contratos estén definidos no sólo bajo criterios económicos sino también desde las necesidades actuales de los pacientes con TRD.

Asimismo, con todo lo que se ha comentado anteriormente, es clave que exista transparencia en los contratos y que se pueda medir el valor aportado al paciente y las eficiencias generadas al SNS, que son los objetivos principales del nuevo modelo.

El control remoto del paciente y su correcta estratificación en función de su complejidad asistencial son claves para adaptar el flujo de visitas y el uso de canales asistenciales alternativos y complementarios teniendo en cuenta las necesidades de cada paciente concreto. Resulta necesario mejorar la adherencia de los pacientes a la terapia y con ello mejorar la eficiencia del sistema sanitario gracias a la posible prevención del desarrollo de otras comorbilidades asociadas.

4.3.7 Barreras para la implementación de un nuevo modelo de TRD

La resistencia al cambio de la administración pública en cuanto a la gestión administrativa del sistema actual puede suponer una barrera para la implementación del modelo, por lo que es preciso poner en valor los beneficios que aportan en términos de eficiencia y eficacia asistencial unas TRD personalizadas y de calidad.

Los profesionales sanitarios, a su vez, pueden percibir una mayor complejidad en la gestión de los pacientes de TRD. Además, el proceso de estratificación de los pacientes puede apreciarse como una carga de trabajo, ya que actualmente no se realiza de manera estandarizada.

La recogida de los resultados en salud para la posterior evaluación requiere de la participación del paciente y/o de la familia. Es preciso, por tanto, que el paciente se muestre colaborativo o tenga soporte a nivel familiar. Además, se debe considerar que, si los indicadores no son sencillos de medir, el proceso adquiere mayor complejidad por lo que resulta esencial que se fijen indicadores sencillos y de impacto directo en la salud y calidad de vida del paciente.

A las empresas prestadoras de los servicios de TRD les supondrá un cambio significativo en sus procesos y un aumento de la inversión debido a la individualización de los cuidados de los pacientes.

Por otro lado, la heterogeneidad y descentralización del sistema sanitario español añade dificultad a la implementación del nuevo modelo ya que conllevará tiempos distintos (en función de la vigencia de los actuales contratos) y políticas sanitarias posiblemente diferentes.



5

Conclusiones

5. Conclusiones

Ocho puntos sintetizan la situación actual de las TRD en España y la necesidad de la incorporación de un nuevo modelo que garantice unas TRD más personalizadas, de calidad y eficientes:

1 En España, actualmente un millón de pacientes se benefician anualmente de las TRD. En torno a un 8-12% de pacientes reciben cada año por primera vez estas terapias

Las TRD son una prestación de servicios sanitarios proporcionados por personal sanitario y no sanitario especializado en la atención de pacientes respiratorios. Este servicio integra distintos canales asistenciales: domiciliario, tele consultas, monitorización remota del paciente, etc. Debido a la cronicidad, el tabaquismo y el envejecimiento de la población, en torno a un 8-12% de pacientes al año reciben por primera vez la terapia.

Estas terapias mejoran la supervivencia de los pacientes, además de su salud y calidad de vida.

2 Las TRD son una fuente de eficiencia para el SNS

Las TRD tienen como objetivos principales mejorar el funcionamiento del sistema respiratorio, disminuir los síntomas de la enfermedad y aumentar la salud y calidad de vida de los pacientes. De esta manera, si se prescriben y proveen de forma correcta tienen beneficios clínicos significativos y el paciente puede adaptarlas a su día a día.

No obstante, los pacientes no son los únicos agentes que se ven beneficiados por el uso de las terapias. El uso correcto de las TRD también ayuda a la prevención de agudizaciones y otras comorbilidades y, como consecuencia, se produce una reducción de los costes de todo el sistema gracias a la descongestión de los servicios sanitarios por la disminución de las visitas y hospitalizaciones.

3 En España la financiación de las TRD no está vinculada a la evolución real de la provisión del servicio y al número real de pacientes

Mientras que la evolución de pacientes cada año se sitúa de media entre el 8% y el 12%, la evolución media de la financiación está en el 3%, lo que representa que se dota presupuestalmente el 30% de los nuevos pacientes que requieren de una atención sanitaria a medio y largo plazo, poniendo en riesgo la calidad asistencial y la eficiencia que generan las TRD.

Las comunidades autónomas tienen distintas políticas sanitarias, unas más economicistas y otras más orientadas a la calidad asistencial, aspecto que compromete la equidad en el acceso de los pacientes a unas TRD con los mismos estándares de calidad.

4 Existen grandes ineficiencias en el sistema actual de prestación de servicios y financiación de TRD que llevan a la necesidad de un cambio de modelo

La deficiente financiación de esta prestación y la ausencia de mayor peso de criterios de calidad asistencial o de resultados en salud tienen impacto en la salud y calidad de vida de estos pacientes y, en consecuencia, se generan ineficiencias para el SNS.

Asimismo, existen deficiencias en cuanto a la gestión del paciente, como por ejemplo la ausencia de una estratificación por complejidad asistencial o el manejo inadecuado del paciente incumplidor que detraen recursos del sistema que deberían emplearse en pacientes complejos que sí requieren de más y mejores cuidados y atención.

Con todo ello, es necesario que se produzca un cambio en el actual modelo de financiación y de prestación de servicios con un enfoque hacia la calidad, los beneficios para el paciente y la sostenibilidad del sistema mediante la medicina personalizada y los resultados en salud.

5 Es imprescindible que el nuevo modelo contemple los tres aspectos básicos para su diseño: la estratificación por complejidad asistencial, la consideración de resultados en salud y calidad de vida y la indexación de la financiación

El nuevo modelo de provisión de TRD debe ser más eficaz en la atención de los pacientes y sus necesidades, así como resolver las ineficiencias identificadas en el actual contexto. Por ese motivo, se han establecido tres pilares como base.

Respecto a la estratificación de pacientes, es necesaria una segmentación según el perfil de complejidad asistencial de los pacientes que permita que se individualicen los cuidados, provocando que el paciente esté mejor atendido y por lo tanto aumente su salud y calidad de vida.

En segundo lugar, vincular la financiación a resultados en salud fomenta y asegura la incorporación de valor en el sistema sanitario, focalizando a todos los agentes del sistema en los beneficios para el paciente.

El tercer pilar clave es la adecuación de la financiación a la realidad de la prestación del servicio, de esta manera, los pacientes que van recibiendo por primera vez la prestación del servicio dispondrán de la financiación que garantice la calidad del servicio.

6 Este modelo de referencia aporta beneficios para todos los agentes del sistema sanitario

Los pacientes serían los principales beneficiados de la aplicación de este modelo ya que se generaría un entorno virtuoso a su alrededor tendente a una mayor precisión en la atención de sus necesidades. Este modelo permitiría, además, que el paciente adquiriera un mayor compromiso y empoderamiento de su enfermedad pudiendo tomar decisiones y participando en su propio proceso asistencial y en el automanejo de su patología.

Los profesionales sanitarios, por su parte, se verían beneficiados en la medida en que podrían ofrecer a sus pacientes terapias más específicas y destinadas a cubrir sus concretas necesidades. Por otro lado, podrían llevar un control de los pacientes las 24 horas y los 365 días del año evitando complicaciones clínicas y mejorando su salud y calidad de vida.

Para la administración y el SNS, los beneficios serían desde el plano asistencial, en la medida en que ofrecerían a los pacientes un mejor servicio sanitario, hasta el plano económico, ya que asegurarían una mayor sostenibilidad del sistema sanitario gracias a las importantes eficiencias y ahorros que se generarían con una mejor atención de estos pacientes.

Por último, las empresas podrían prestar un servicio de mayor valor añadido y focalizar sus esfuerzos y recursos en aquellos pacientes más necesitados de ellos.

7 Todos los agentes deben jugar un rol activo en el modelo de referencia

Pacientes, profesionales sanitarios, administraciones sanitarias y empresas prestadoras de servicios de TRD deben aunar esfuerzos para crear entorno que mejore la calidad asistencial y la eficiencia en la gestión de los servicios públicos. Para ello, los pacientes deben adquirir un mayor compromiso con su tratamiento y mejorar la adherencia.

Los profesionales sanitarios deben contribuir de forma colectiva a través de la sociedad científica de referencia (SEPAR) en la estratificación de pacientes por complejidad y en la definición de las necesidades asistenciales de cada perfil de paciente.

Las administraciones sanitarias deben facilitar la financiación suficiente para garantizar la calidad del servicio por parte de las empresas prestadoras de los servicios de TRD.

Las empresas prestadoras de servicios de TRD deben incorporar todos estos factores en su cadena de valor y orientar los planes de TRD a las necesidades de cada paciente.

8 Se debe conseguir la máxima personalización de las TRD y el empoderamiento del paciente

La evolución que han tenido a lo largo de los años las TRD es destacable, así como el impacto que han tenido y tienen en la salud y calidad de vida de los pacientes. Asimismo, en línea con países de nuestro entorno, debemos avanzar hacia una provisión de este servicio sanitario a los pacientes lo más personalizada posible.

Para ello, la estratificación de los perfiles de pacientes y la puesta a disposición de los más eficaces y eficientes canales asistenciales es clave para mejorar aún más su salud y calidad de vida.

Por otro lado, a medida que se avance en la personalización de las TRD, dando paso a las Terapias Respiratorias Personalizadas (TRP), se deberá adaptar el marco contractual a esta nueva situación, lo que facilitará la aplicación en España de modelos usados en países de nuestro entorno en los que el paciente asume la responsabilidad de decidir qué propuesta de servicio se adecúa más a su situación clínica y familiar.

El objetivo último debe ser dar lo mejor a los pacientes con enfermedades respiratorias, mejorar su salud y su calidad de vida.



A

Anexos

Índice de figuras

Figura 1	Uso de las TRD	9
Figura 2	Agentes clave de las TRD	10
Figura 3	Fuentes de administración de oxígeno	12
Figura 4	Canales de atención a los pacientes	15
Figura 5	Visitas de seguimiento según tipo de TRD	16
Figura 6	Servicios complementarios para el paciente	17
Figura 7	Evolución de la tarifa de TRD según el crecimiento de pacientes	21
Figura 8	Evolución de los modelos de financiación en las TRD	26
Figura 9	Modelo de financiación de las TRD en Portugal	27
Figura 10	Modelo de financiación de las TRD en Francia	28
Figura 11	Modelo de financiación de las TRD en Alemania	29
Figura 12	Modelo de financiación de las TRD en Italia	30
Figura 13	Pasos para la obtención de un modelo innovador	31
Figura 14	Principales ineficiencias del sistema	32
Figura 15	Objetivos del modelo	33
Figura 16	Los tres pilares para el diseño del modelo innovador	33
Figura 17	Estratificación de pacientes por terapia	34
Figura 18	Indicadores de calidad asistencial y efectividad del tratamiento	35
Figura 19	Impacto de la consideración del crecimiento de pacientes en el precio	37
Figura 20	Caso práctico del ahorro estimado derivado de la mejora en la adherencia con la introducción de un modelo innovador	39
Figura 21	Caso práctico del ahorro estimado derivado de la reducción de ingresos hospitalarios de pacientes EPOC tratados con oxigenoterapia	40
Figura 22	Tipo de financiación en el modelo innovador	41

Glosario

AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AOS	Apnea Obstructiva del Sueño
Auto-CPAP	<i>Auto Continuous Positive Airway Pressure</i>
BPAP	Presión positiva de dos niveles en la vía aérea (<i>Bilevel Positive Airway Pressure</i>)
CA	Comunidad Autónoma
CCAA	Comunidades Autónomas
CPAP	Presión positiva continua en la vía aérea (<i>Continuous Positive Airway Pressure</i>)
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EPTR	Empresa Prestadora de Terapias Respiratorias
FENIN	Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria
IRC	Insuficiencia Respiratoria Crónica
LPPR	<i>Liste de Produits et Prestations Remboursables</i>
mmHg	Milímetros de mercurio
OCD	Oxigenoterapia Continua Domiciliaria
PaCO₂	Presión parcial de dióxido de carbono
PR	Poligrafía Respiratoria
PREMs	<i>Patient Reported Experience Measure</i>
PROMs	<i>Patient Reported Outcome Measure</i>
QALY	Año de vida ajustado por calidad (<i>Quality Adjusted Life Year</i>)
SAHS	Síndrome de apneas-hipopneas del sueño
SEPAR	Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica
SF	<i>Sickness Funds</i>
SHO	Síndrome de Hipoventilación - Obesidad
SNS	Sistema Nacional de Salud
SpO₂	Saturación de oxígeno
SVA	Servoventilación Adaptativa
TRD	Terapias Respiratorias Domiciliarias
TRP	Terapias Respiratorias Personalizadas
VMD	Ventilación Mecánica Domiciliaria

Bibliografía

- [1] «SEPAR lanza la nueva Guía de terapias respiratorias domiciliarias 2020, para mejorar la calidad asistencial de los pacientes,» Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR , 9 julio 2020. [En línea]. Available: <https://www.separ.es/node/1903>. [Último acceso: 22 febrero 2021].
- [2] J. L. López-Campos, G. Peces-Barba Romero, J. L. López-Campos, O. Mediano, . P. Vaquero y A. T. Ríos Cortés, «Guía SEPAR de las terapias respiratorias domiciliarias, 2020,» 2020.
- [3] «Respiratory Care Devices Market by Product (Therapeutic (Ventilator, Mask, PAP Device, Inhaler, Nebulizer), Monitoring (Pulse Oximeter, Capnograph), Diagnostic, Consumables), End-User (Hospital, Home Care), Indication - Global Forecast to 2025,» Market and Markets, 2020.
- [4] N. Gonzalez, C. J. Egea-Santaolalla, E. Chiner y O. Mediano, «Apnea Obstructiva del sueño,» Open Respiratory Archives, vol. 2, nº 2, pp. 46-66, 2020.
- [5] J. Ancochea, J. Aguilar, P. de Lucas, A. Fernández, F. García Río y E. Al., «La epoc en España: reflexión sobre la situación actual y propuesta de soluciones 2021,» Revista EIDON, nº 54, pp. 151-187, 2020.
- [6] «Tratamiento del SAHS con presión continua positiva en la vía respiratoria superior (CPAP),» Archivos de Bronconeumología, vol. Vol. 41. , nº Núm. S4., pp. 51-67, 2005.
- [7] F. Barbe, J. Durán-Cantolla, F. Capote, M. de la Peña, E. Chiner y E. Al., «Long-term Effect of Continuous Positive Airway,» Am J Respir Crit Care Med , vol. 181, p. 718-726, 2010.
- [8] I. Palanca Sánchez, F. Barbé Illa, F. Puertas Cuesta, J. Elola Somoza, J. Bernal Sobrino, J. Paniagua Caparrós y G. d. Expertos, Unidad del sueño: estándares y recomendaciones de calidad y seguridad, Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.
- [9] T. E. Weave, G. Maislin, D. F. Dinges, T. Bloxham y E. Al., «Relationship Between Hours of CPAP Use and Achieving Normal Levels of Sleepiness and Daily Functioning,» SLEEP, vol. 30, nº 6, 2007.
- [10] F. del Campo, G. López, C. A. Arroyo, J. F. de Fruto, A. Crespo, A. Cerezo - Hernández, T. M. Álvaro, T. Ruiz, F. Moreno, G. Gutierrez-Tobal, R. Hornero y D. Álvarez, «Estudio de la adherencia al tratamiento con presión continua positiva en la vía aérea en pacientes con síndrome de apnea obstructiva del sueño en el confinamiento impuesto durante la pandemia de COVID-19,» Archivos de Bronconeumología, vol. 56, nº 12, pp. 816 - 830, 2020.
- [11] F. Ortega Ruiz, S. Díaz Lobato, J. B. Galdiz Iturri y e. al., «Oxigenoterapia continua domiciliaria,» Archivos de Bronconeumología, vol. 50, nº 5, pp. 185 - 200, 2014.
- [12] J. M. Rodriguez, L. Bravo, B. Alcázar, I. Alfageme y S. Díaz, «Oxigenoterapia continua domiciliaria,» Open Respiratory Archives, vol. 2, nº 2, pp. 33- 45, 2020.
- [13] «Estudio sobre la eficiencia y los beneficios de las terapias respiratorias domiciliarias,» 2011.
- [14] «Organización Mundial de la Salud (OMS),» [En línea]. Available: <https://www.who.int/respiratory/copd/es/>. [Último acceso: 25 noviembre 2020].

- [15] «La oxigenoterapia domiciliaria puede alcanzar un nivel de incumplimiento del 66%, en parte por consumo de tabaco,» Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR, 12 Enero 2021. [En línea]. Available: <https://separ.es/node/2044>.
- [16] C. J. Egea-Santaolalla, E. Chiner, S. Díaz, N. Gonzalez, M. Lujan y O. Mediano, «Ventilación mecánica a domicilio,» *Open Respiratory Archives*, vol. 2, nº 2, pp. 67-88, 2020.
- [17] E. Chiner, E. Fernández, R. Agüero y M. Á. Martínez, «Aerosolterapia,» *Open Respiratory Archives*, vol. 2, nº 2, pp. 89-99, 2020.
- [18] C. Caneiras, C. Jácome, S. Mayoralas-Alises, J. R. Calvo, J. Almeida, J. Escarrabill y J. C. Winck, «Patient Experience in Home Respiratory Therapies,» *Journal of Clinical Medicine*, vol. 8, nº 555, 2019.
- [19] Redacción, «La terapia respiratoria domiciliaria contribuye a la reducción de costes,» Redacción médica, Madrid, 2014.
- [20] K. K. McCrimmon, «UCHealth,» 2 Junio 2020. [En línea]. Available: <https://www.uchealth.org/today/benefits-of-cpap-for-sleep-apnea/>.
- [21] R. Català, R. Villoro, M. Merino, S. Sangenís, L. Colomé y E. Al., «Análisis coste-efectividad del tratamiento con presión positiva continua de la vía aérea en el síndrome de apnea-hipopnea durante el sueño (SAHS) moderado-grave,» *Archivos de Bronconeumología*, vol. 52, nº 9, pp. 461-469, 2016.
- [22] «Servicio de atención sanitaria con terapias respiratorias y otras técnicas de ventilación asistida en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón,» Servicio Aragonés de Salud, 2018.
- [23] «Contrato para la prestación del servicio público de atención sanitaria con terapias respiratorias y técnicas de ventilación asistida en el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra,» Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea), 2014.
- [24] «Servicio de terapias respiratorias domiciliarias y otras técnicas de ventilación asistida a los usuarios derivados por el Servicio de Salud de las Islas Baleares,» Servei de Salut de les Illes Balears (ib-salut), 2020.
- [25] «Servicio de terapias respiratorias domiciliarias y otras técnicas de ventilación asistida en el ámbito de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia,» Consejería de Salud de la Región de Murcia, 2018.
- [26] «Contractació mitjançant acord marc amb nova licitació dels serveis sanitaris de Teràpia Respiratòria a Domicili (TRD) en l'àmbit geogràfic de Catalunya,» Servei Català de la Salut (CatSalut), 2015.
- [27] «Asistencia sanitaria con terapias respiratorias domiciliarias,» Gobierno de Cantabria, 2017.
- [28] «Gestión del Servicio Público de terapias respiratorias domiciliarias, mediante concierto, para la Plataforma de Logística Sanitaria de Sevilla,» Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, 2014.
- [29] «Contratación del servicio de terapias respiratorias domiciliarias y otras técnicas de ventilación asistida mediante procedimiento abierto y tramitación ordinaria,» Servicio Canario de Salud, 2015.
- [30] «Pliego para la Contratación de servicios de TRD y otras técnicas de ventilación asistida para personas usuarias del Sistema Sanitario de Euskadi,» Osakidetza, 2017.
- [31] «Contratación de servicios de terapia respiratoria a domicilio nas Xerencias de Xestión Integrada de Santiago de Compostela, Vigo e Pontevedra-Salnés do Servizo Galego de Saúde,» Servizo Galego de Saúde, 2020.
- [32] «Servicio de terapias respiratorias a domicilio y otras técnicas de ventilación asistida,» Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), 2017.
- [33] «Informe INESME Terapias respiratorias domiciliarias: ¿gasto o inversión en salud?,» INESME, 2008.

- [34] «Orden No 7275/2019,» Diário da República Eletrónico, 2019.
- [35] «El Bundestag adopta la Ley de suministro y servicios de nombramiento (Bundestag beschließt Terminservice- und Versorgungsgesetz),» Bundesministerium für Gesundheit, 2019.
- [36] T. Anastassacos, «Outcome & Performance based services and contracting,» 2015. [En línea]. Available: <https://si2partners.com/resources/outcome-performance-based-services-and-contracting/>.
- [37] «Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014,» Boletín Oficial del Estado, 2017.
- [38] «Procedimento de contratação tendente à celebração de acordo quadro para a área da saúde com vista à prestação de Serviços de Cuidados Técnicos Respiratórios Domiciliários,» Serviços Partilhados do Ministério de Saúde, 2017.
- [39] I. Maladie, «Liste de produits et Prestations Remboursables,» [En línea]. Available: http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/tips/chapitre/index_chap.php?p_ref_menu_code=2&p_site=AMELI.
- [40] INESSS, «Politiques publiques de remboursement d'appareils à pression positive continue pour le traitement de l'apnée obstructive du sommeil,» 2014.
- [41] D. Robertfroid, C. De Laet, C. Devos y N. Thiry, «Organisation of Diagnosis and treatment of obstructive sleep apnoea syndrome: an International Comparison,» KCE, 2020.
- [42] «In Germany, nearly 60% of CPAP treatment costs are Reimbursed,» Smart Market News, 2018.
- [43] W. Waldmann, «Schlafmedizin/ Patientenversorgung: Sind die Kassen die Totengräber der Schlafapnoe-Therapie?,» MTD - Verlag, 2018.
- [44] «Procedura di accreditamento/accordo quadro dei fornitori per il servizio biennale - rinnovabile per un'altra annualità - di noleggio e manutenzione ventiloterapia meccanica domiciliare occorrente alle AA.UU.SS.LL. di Latina e Roma 6».
- [45] «APNÉE SOMMEIL, PHASE INITIALE, FORFAIT HEBDO 9.INI - Tarifa Semanal,» Prestations, Liste de Produits et des Prestations.
- [46] «CADERNO DE ENCARGOS - Tarifas diarias,» Saúde, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.
- [47] «CPAP cost in Italy,» Alma Sonno.
- [48] H. Miller, «How to create an Alternative Payment Model,» Center for Healthcare Quality & Payment Reform.
- [49] «Estratificación del Riesgo. Una herramienta para responder mejor a las necesidades de salud de las personas y de la población,» Osakidetza.
- [50] «Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid,» Consejería de Sanidad, 2013.
- [51] «Análisis coste-efectividad de tipo probabilístico del tratamiento de la apnea del sueño,» Javier Mar / Santiago Gutiérrez Moreno / Jim Chilcott, 2005.
- [52] «Development and Validation of the OSA-CPAP Perceived Competence Evaluation Interview,» David Rudilla et al, 2020.
- [53] «PIMA: Improving the quality of life of patients undergoing continuous positive airway pressure (CPAP) treatment with obstructive sleep apnea diagnosis,» David Rudilla et al.
- [54] «Mejor en casa: un programa de asistencia continuada para los pacientes con enfermedad respiratoria crónica avanzada,» R.Güell et al, 1998.

-
- [55]** «Oxigenoterapia domiciliaria a largo plazo, necesidad apremiante en enfermos con insuficiencia respiratoria crónica,» Sergio Bello et al, 2002.
- [56]** «Estimación de la carga económica y social de la EPOC en Extremadura,» Fundación Weber, 2017.
- [57]** T. Anastassacos, «Outcome & Performance Based Services and Contracting,» Managing Partner at Si2 Partners.
- [58]** F. L. Márquez, M. C. García, J. A. Gutiérrez y M. T. Gómez, «Valoración de pacientes con necesidad de oxigenoterapia domiciliaria,» Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología (3a edición), pp. 321 - 328, 2016.
- [59]** C. Caneiras, C. Jácome, S. Mayoralas-Alises, J. R. Calvo, A. Joao, J. Escarrabill y J. C. Winck, «Patient Experience in Home Respiratory Therapies,» Journal of Clinical Medicine, vol. 8, nº 555, 2019.
- [60]** D. L. Wahner-Roedler, D. P. Knuth y D. R.-H. Juchems, «The German Health-Care System,» Mayo Clinic Proceedings, vol. 72, pp. 1061-1068, 1997.
- [61]** S. Bureau, «In Germany, nearly 60% of CPAP treatment costs are Reimbursed,» Smart market news, 2019.
- [62]** H. D. Miller, «How to create an Alternative Payment Model,» Center for Healthcare Quality & Payment Reform, 2018.
- [63]** EY, «Análisis de EY de los concursos públicos de España,» 2020.
- [64]** «In Germany, nearly 60% of CPAP treatment costs are Reimbursed,» Smart Market News, 2018.
- [65]** J. Ancochea, «La EPOC en España: Reflexión sobre la situación actual y propuesta de soluciones,» EIDON, 2021.

Colaboraciones

El presente documento tiene su origen en las aportaciones del grupo de trabajo, cuyos colaboradores detallamos a continuación. Aunque su redacción final fue elaborada por el equipo de Life Sciences de EY, con la colaboración del departamento de Legal del ámbito de contratación pública, ésta hubiera sido simplemente imposible sin las aportaciones realizadas por este grupo.

Con todo, esto no significa que los participantes tengan que identificarse con la literalidad del documento final.

Desde EY queremos agradecer las aportaciones de los principales agentes del sector (empresas prestadoras de las TRD, jefes de servicio de Neumología y de Unidades del Sueño y otros expertos) que han participado en este informe: nada menos que su valioso tiempo, sus amplios conocimientos y su dilatada experiencia.

- ▶ **Dr. Julio Ancochea**

Jefe de Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Princesa (Madrid). Coordinador de Salud de la facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid

- ▶ **Dr. Eusebi Chiner**

Jefe de servicio de Neumología, Hospital Universitario San Juan (Alicante)

- ▶ **Dr. Carlos Egea**

Jefe de la Unidad del Sueño de la OSI de Álava

- ▶ **Dr. Nicolás González Mangado**

Director de la Unidad Multidisciplinar de Sueño, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (Madrid)

- ▶ **Ramón Maspons**

Director de Innovación, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

- ▶ **Dr. José Miguel Rodríguez González-Moro**

Jefe de servicio de Neumología, Hospitales VITHAS (Madrid)

EY no será responsable frente a ninguna persona o entidad con respecto a cualesquiera informaciones, recomendaciones o conclusiones contenidas en el presente documento.

EY | Building a better working world

En EY trabajamos para construir un mundo que funcione mejor, ayudando a crear valor a largo plazo para los clientes, las personas, la sociedad y generar confianza en los mercados de capital.

Gracias al conocimiento y la tecnología, los equipos de EY, en más de 150 países, generan confianza y ayudan a las compañías a crecer, transformarse y operar.

EY es líder mundial en servicios de auditoría, fiscalidad, estrategia, asesoramiento en transacciones y servicios de consultoría. Nuestros profesionales hacen las mejores preguntas para encontrar nuevas respuestas a los desafíos a los que nos enfrentamos en el entorno actual.

EY hace referencia a la organización internacional y podría referirse a una o varias de las empresas de Ernst & Young Global Limited y cada una de ellas es una persona jurídica independiente. Ernst & Young Global Limited es una sociedad británica de responsabilidad limitada por garantía (company limited by guarantee) y no presta servicios a clientes. La información sobre cómo EY recopila y utiliza datos personales y su correspondiente descripción sobre los derechos de las personas en virtud de la legislación vigente en materia de protección de datos, están disponibles en ey.com/es_es/legal-and-privacy. Las firmas miembros de EY no ejercen la abogacía donde lo prohíban las leyes locales. Para obtener más información sobre nuestra organización, visite ey.com/en_gl.

© 2021 Ernst & Young, S.L.
All Rights Reserved.

ED None

Este material se ha preparado únicamente con fines informativos generales y no debe considerarse como asesoramiento contable, fiscal o profesional. Consulte a sus asesores para obtener consejos específicos.

ey.com/es_es