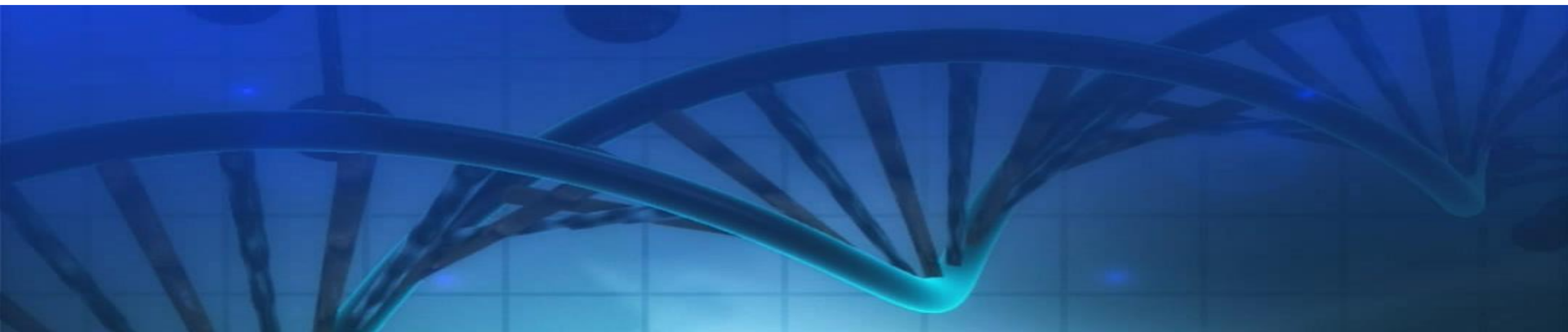


REORIENTACION DE LA OFERTA Y DE LOS PROCESOS



**GOBIERNO
DE
CANTABRIA**

Julían Pérez Gil
Director gerente del SCS
gerent.dg@scsalud.es





NUEVA DEMANDA

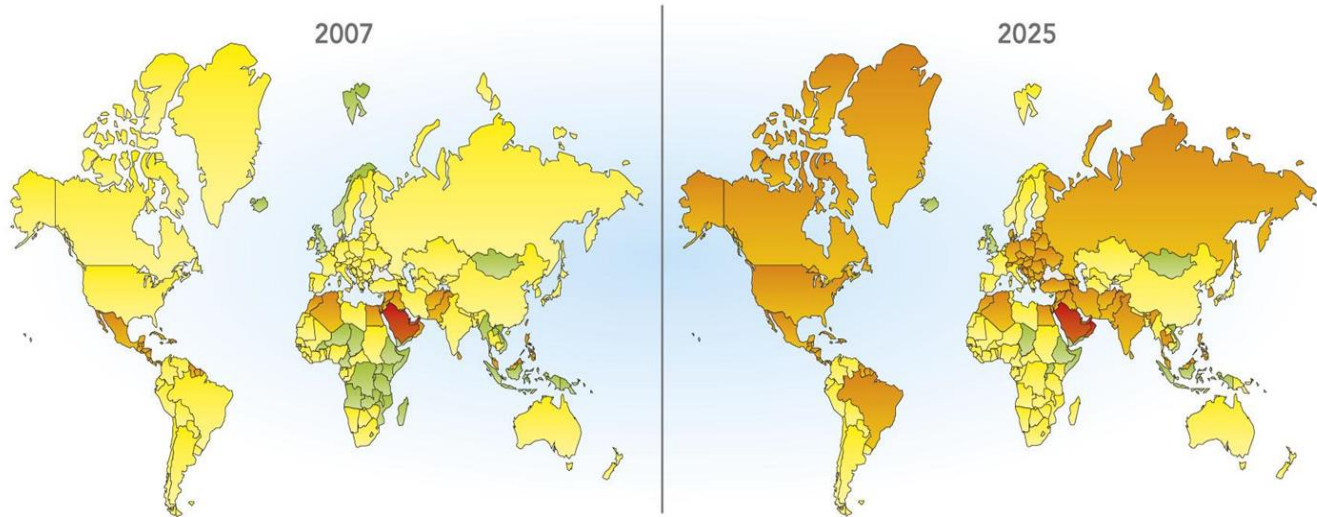
Cambios demográficos,
Cambios epidemiológicos
Enfermedades Crónicas
Sostenibilidad económica

Figura 9: Ilustración de la evolución prevista de la enfermedad crónica a nivel mundial – Ejemplo Diabetes

A nivel mundial las enfermedades crónicas tienen las características de una

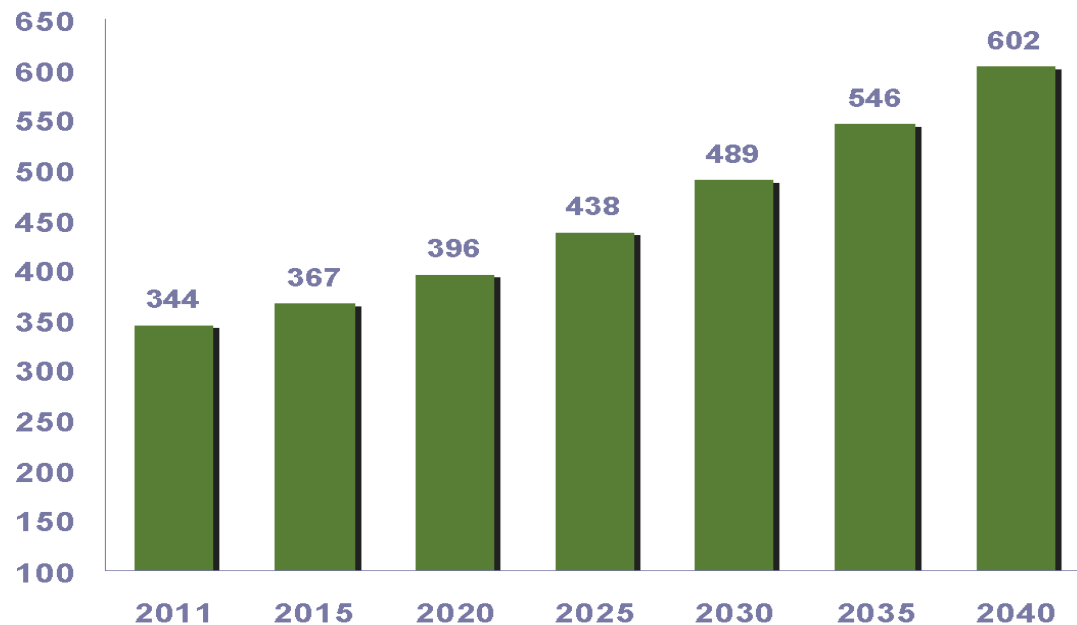
Prevision de la evolucion de la diabetes a nivel mundial

Porcentaje de población entre 20 y 79 años afectada por la diabetes(1)

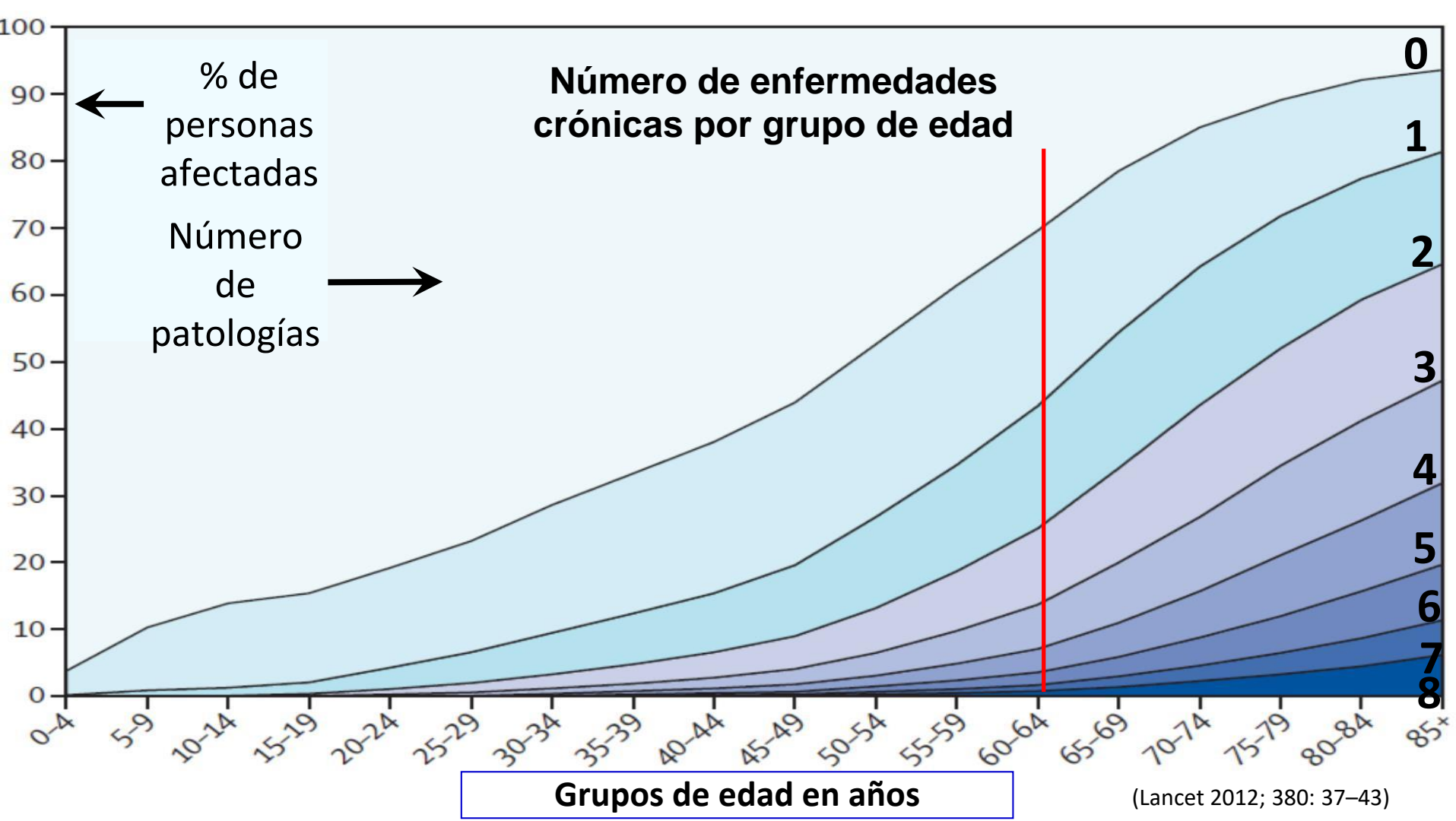


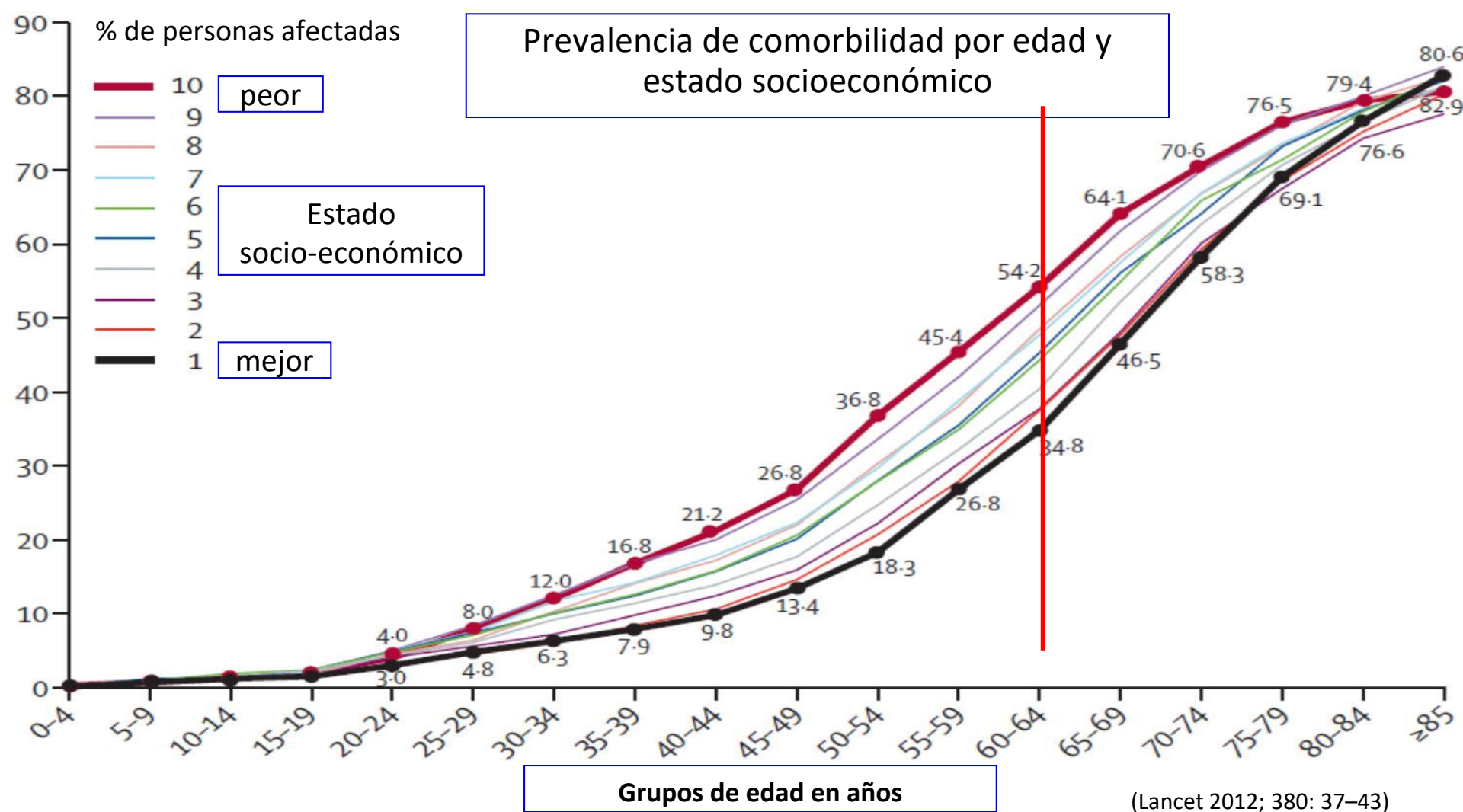
(1) Estimaciones de prevalencia de diabetes para personas entre 20 y 79 años, ajustadas a la población mundial

En el 2040 se duplicará el número de pacientes crónicos mayores de 65 años

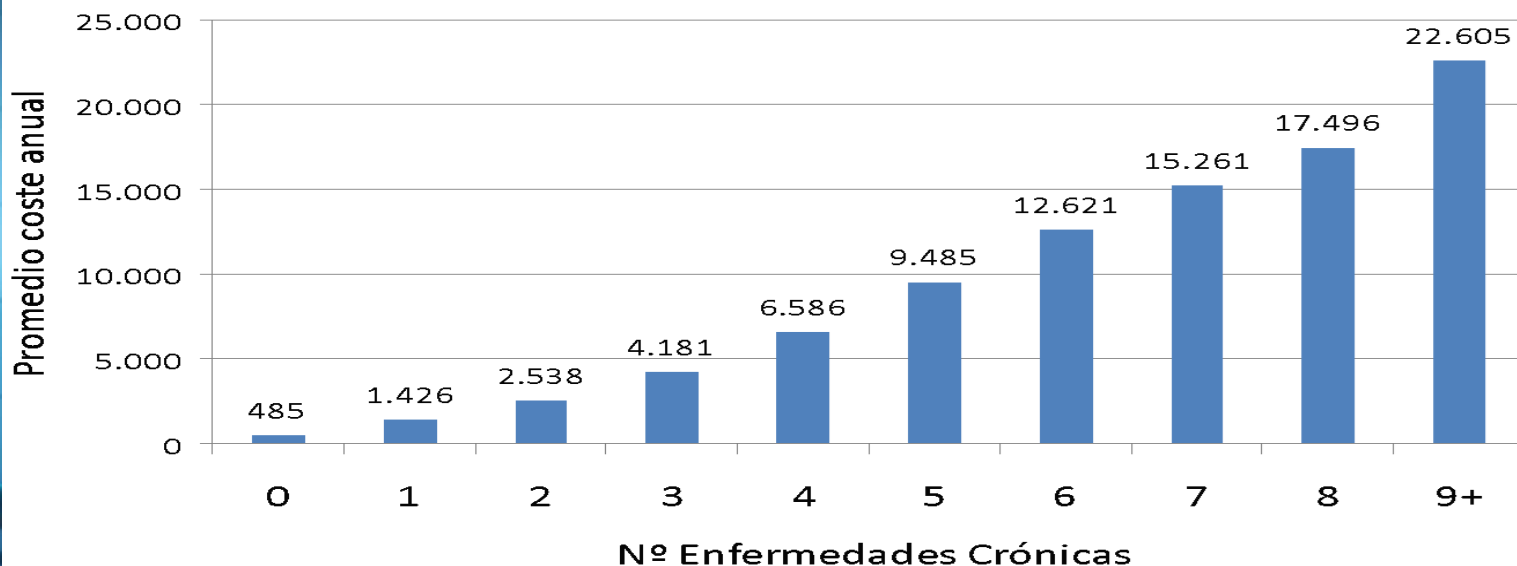


Previsión de la evolución de enfermos crónicos mayores de 65 años
en el País Vasco





A medida que aumentan las enfermedades crónicas el coste para el sistema sanitario aumenta



Fuente: Base de Datos Estratificación. Osakidetza 2011



Cambio de la oferta

☐ Cronicidad

☐ Nuevos fármacos

Mayor resolución diagnóstica y Terapéutica

☐ Nueva Tecnología

Nuevos procedimientos

Nuevos pacientes

☐ Nuevas enfermedades

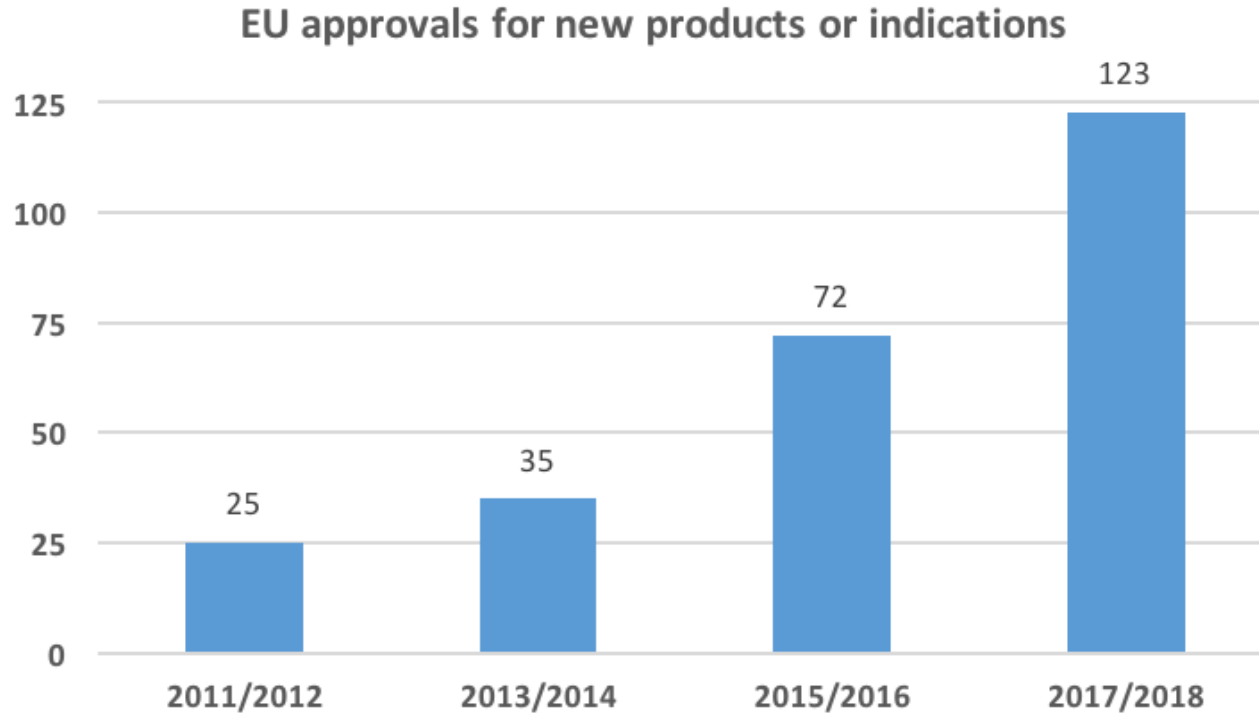


Cronicidad

- El gasto para los enfermos Crónicos se **va duplicar** exactamente en los próximos 10 años.
- Cualquier esfuerzo serio de reducción del gasto y de sostenibilidad del sistema de salud pasa por **gestionar de forma diferente a los enfermos Crónicos**.
- Sabemos que podemos a la vez **atenderles mejor y reducir costes**.
- La mayor parte de esos ahorros vendrán de **menos hospitalizaciones** y de **menos re-hospitalizaciones, menos gasto en medicamentos, menos frecuentación a urgencias, menos necesidad de camas**.

Nuevos Farmacos

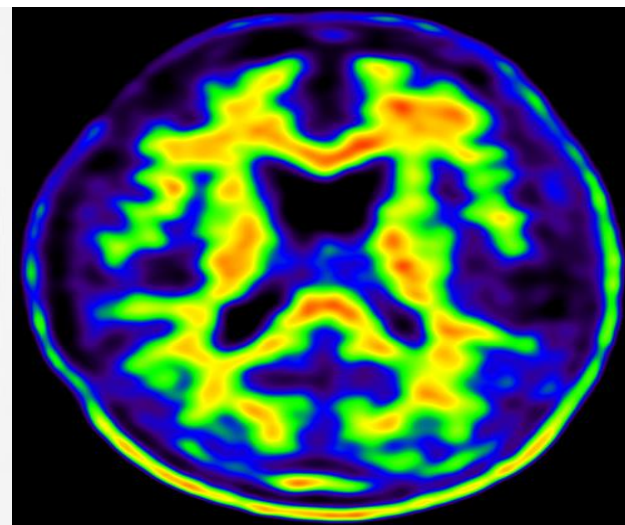
Oncología: más lanzamientos que nunca



Launches for 2017 / 2018 are risk-adjusted for historical phase III success rates: 189 projects x 65% chance of success

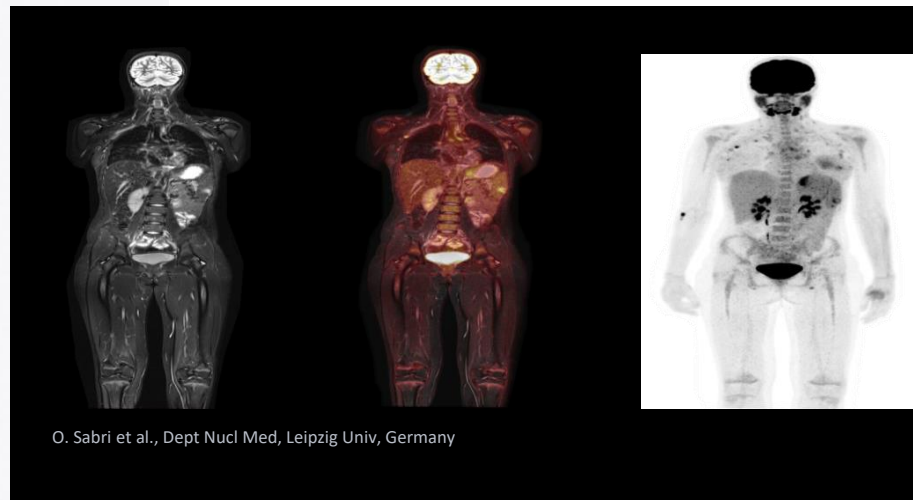
Mayor Capacidad Diagnóstica

Nuevos biomarcadores: Detección precoz de Alzheimer



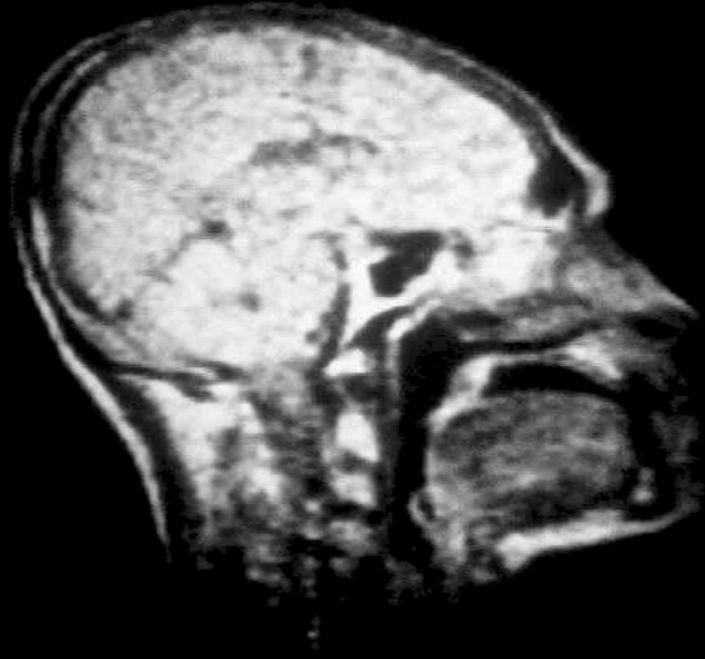
Nuevos procedimientos

PET.MR: Scrining cáncer pulmón



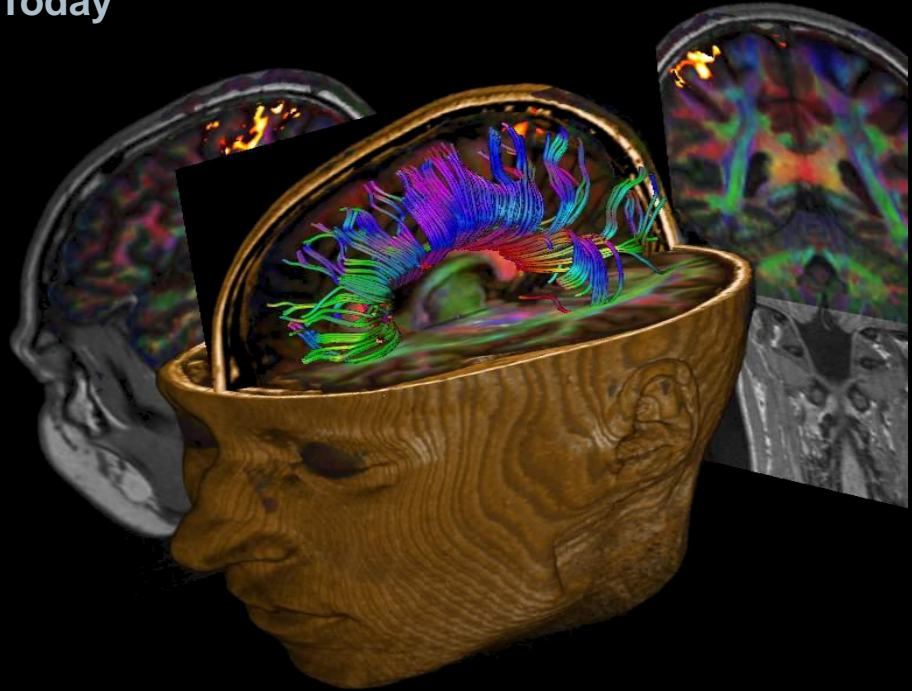
Nuevos Pacientes. RM mayor calidad imagen

1980



Head MR Image


Today



Diffusion Tensor Imaging



Nuevas
enfermedades



Tratamientos diferentes a la sostenibilidad del sistema:

- *LIMITACIÓN DE COBERTURAS (inmigrantes, cartera de prestaciones común básica, suplementaria y cartera complementaria....)*
- *COPAGOS (fármacos, prestaciones....)*
- *MODELOS DE GESTIÓN: rotura equilibrio actual público-privado.*
- *CONTINUAR IGUAL: Las 3 fases de la privatización*

Cambio de paradigma en la Atención en el Sistema Sanitario



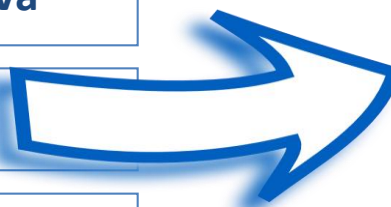
Cuidados fragmentados
orientados a la enfermedad

Atención episódica y reactiva

Atención de urgencias y
hospitalaria

Pacientes pasivos

Envejecimiento
aumento costes



Integrado y coordinado.
Atención centrada en el paciente

Continuo y preventivo, centrado
en la salud

Medio comunitario (AP, domicilio
y residencia)

Paciente informado y empoderado

Envejecimiento
nuevos mercados

La implantación de la Estrategia consta de 3 piezas fundamentales



Implantación de las herramientas (proyectos instrumentales)

- Historia Clínica
- Receta electrónica
- Estratificación
- CSSM
- Apoyo asociaciones de paciente
- Financiación y contratación

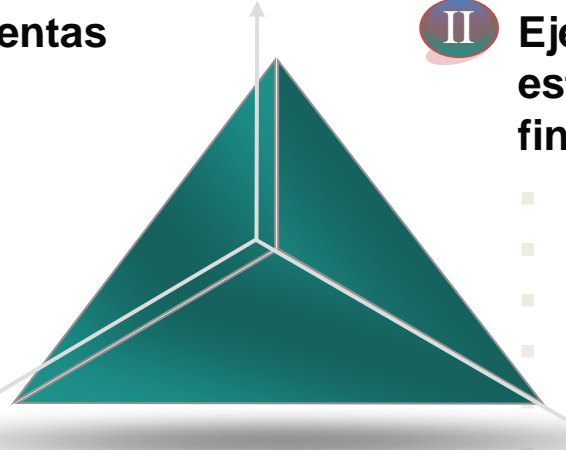


Ejecución de proyectos estratégicos (proyectos finalistas)

- Prevención y promoción
- Paciente activo
- Integración asistencial
- Nuevos roles de enfermería
- Hospitales subagudos
- Colaboración socio-sanitaria



Fomento y extensión de los proyectos de innovación desde los **profesionales**,





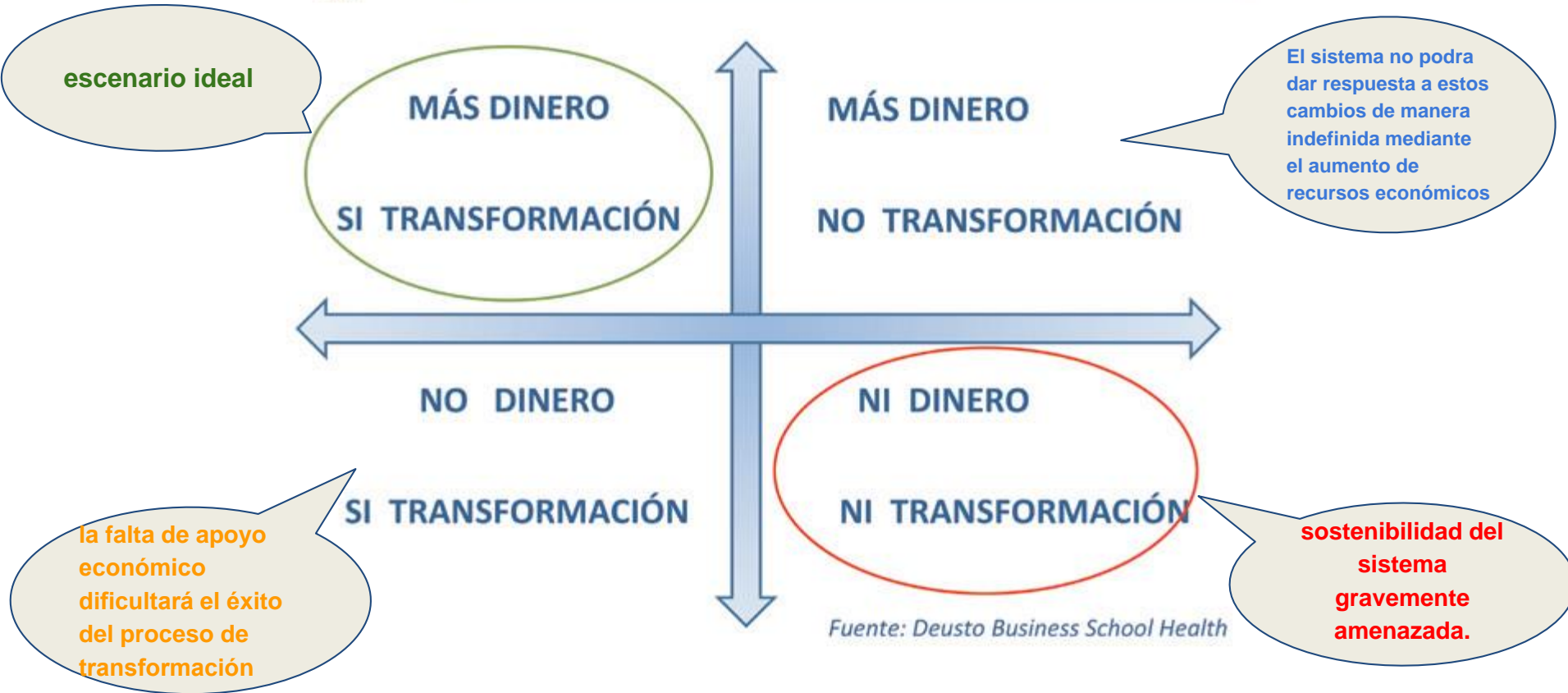
TRANSFORMACION


Estos retos exigen un modelo asistencial diferente al actual especialmente en lo que concierne a la **coordinación entre organizaciones** con función asistencial sanitaria y entre éstas y las organizaciones sociales y el ámbito comunitario.

Las **mejoras de gestión ya no son suficientes**. Es necesario transformar el modelo asistencial.

Hasta ahora la gestión ha estado vinculada al coste, a **la eficacia**

En adelante, se impone una orientación a los resultados en salud, a **la eficiencia**





Transformación mediante los sistemas locales integrados, orientados a conseguir la Triple Meta

Sistema Local Integrado de Salud/ o microsistema como la **acción coordinada de todos** los agentes y organizaciones sanitarias y sociales que atienden a la misma población y que operan en el continuo asistencial de dicha población de referencia.

Objetivo de la UE: alcanzar 2 años más de vida saludable para el año 2020

Planificación con
visión poblacional

Promover sistemas
sanitarios eficientes
y sostenibles

**Triple
Meta**

Mejorar la
salud y
calidad de
vida de los
europeos

Mediante procesos
innovadores en

1 Prevención & Diagnóstico precoz

2 Cuidar & Curar

3 Vida activa e independiente

**The Triple Aim: Care, Health,
And Cost**
AT THE INTERSECTION OF HEALTH, HEALTH CARE, AND POLICY
HealthAffairs
The remaining barriers to integrated care are not technical; they are
political.
by Donald M. Berwick, Thomas W. Nolan, and John Whittington



La preocupación por el **incremento de la cronicidad y la pluripatología**, junto con la mayor complejidad de la atención, hacen que los sistemas sanitarios y también el nuestro, (se observa en todas las CCAA, se convierta la coordinación asistencial en un objetivo prioritario.

Las estrategias utilizadas han ido **basculando** desde aquellas centradas en la promoción de la competitividad a estrategias que favorecen la colaboración entre proveedores de salud.



Una de las formas de mejorar la **coordinación asistencial** es la integración, aunque existen otras como por ejemplo la cooperación matricial entre organizaciones.

Buscar sinergias entre las diferentes partes del sistema sanitario para maximizar su eficiencia, la calidad asistencial y la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes

Subyace la idea por tanto de desarrollar con la integración, un **sistema de salud menos fragmentado y más coordinado** que provea los servicios de una forma más costo-efectiva.



En este sentido hay que señalar que estos cambios no son siempre necesarios - ni posibles - para desarrollar una atención integrada.

- En algunos escenarios **la integración de estructuras de primaria y hospitalaria** en una única Organización Sanitaria puede ser un elemento facilitador de la integración clínica en los procesos de atención a los pacientes.
- En otras situaciones la integración clínica tiene que producirse en **niveles no estructurales** en los que la falta de ese elemento facilitador obliga a una fórmula diferente de gobierno de la integración que aporte la “estructura” o, si se prefiere, el catalizador necesario para que se desarrolle la integración del proceso asistencial.

Tenemos por lo tanto:

- Modelo que unifica las organizaciones asistenciales. **Gestión Única**
- Modelo que avanza en la **coordinación asistencial**, sin integración formal de la gestión



CARACTERÍSTICAS DE LOS MICROSISTEMAS

1. Coordinación/integración de proveedores de salud, con responsabilidad compartida
2. Lógica poblacional, con objetivos estratégicos por grupo poblacional según estratificación
3. Mejora en la atención y eficiencia

Estas tres funciones existen actualmente, pero están operando por separado. Es decir que no operan como un "sistema". La triple meta las une en un marco organizativo común.

La triple meta no se consigue haciendo más de lo mismo, **requiere un cambio sustancial en la forma de proveer asistencia.**

Un cambio a un modelo organizativo más proactivo y eficiente.

Fundamentalmente, este cambio pasa por la coordinación y colaboración conjunta de todos los agentes que proveen asistencia sanitaria a una misma población, adaptando los servicios a las necesidades específicas de la población y de forma eficiente.

Herramientas/Intervenciones necesarias

**Modelos
organizativos
continuidad y
coordinación**

**Manejo del cambio
Nuevos roles**

**Desarrollo, Formación,
Entrenamiento
trabajadores**

Estratificación

**Unidades de PPP, de
recuperación
funcional, vías
específicas de
cuidados**

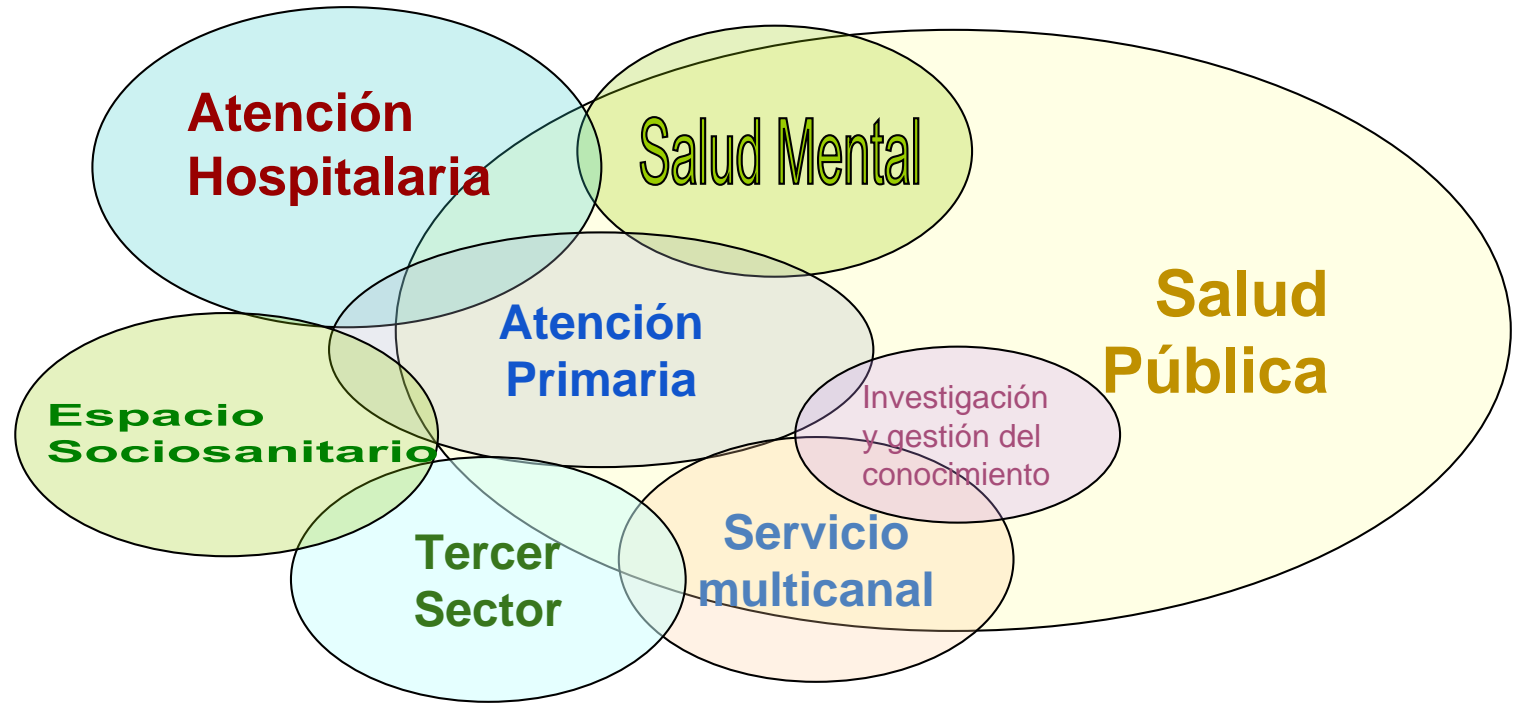
**TICs, HCE,
Teleservicios**

Empoderamiento

**Financiación
Incentivos**



COMPONENTES DEL MICROSISTEMA



Cómo Conseguirlo



CAMBIOS NECESARIOS

Cambio Cultural

Adaptación nueva Relación
Médico-paciente

Sistemas de Información

HISTORIA CLÍNICA INTEGRADA
BIG DATA

Administrativos

Nuevas estructuras que
facilitan la nueva situación



Las dos promesas mas respetadas



“El paciente será el centro del sistema”



“Se escuchará a los profesionales”

Jose Mari Sigue en casa



Prevención y
Promoción
Prevención
(Vacunación
antigripal, Prescribe
vida saludable)

Autocuidado

Historia Clínica
unificada y
compartida

Atención clínica
integrada
Médico internista de
referencia en la
Unidad de
Subagudos,
Teléfono de máxima
disponibilidad
(24*365)
Ingreso pactado
Planificación
interdisciplinar del
alta hospitalaria

Competencias
Avanzadas Enfermería
Enfermera gestora de
caso, enlace

Colaboración
sociosanitaria
Equipo de AP
sociosanitaria
(enfermera,
médico,
trabajadora social:
Servicios
integrados)
Prestación
económica de
dependencia

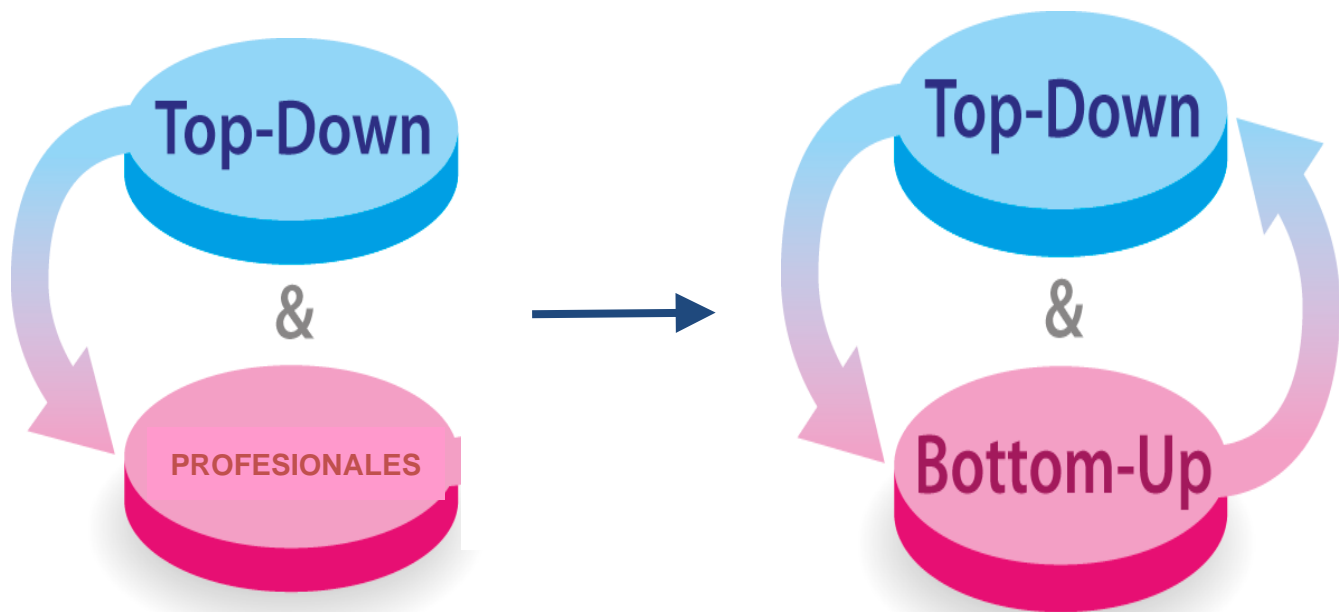
Centro Servicios
Multicanal
Adherencia al
tratamiento
Fisioterapia respiratoria
Detector de caídas
Monitorización a
distancia del paciente

Receta electrónica

Modelo hospitales
subagudos
Médico de referencia/
médico de AP
Unidad de ortogeriatría

Estratificación

Cambiando las organizaciones hacia la gestión compartida



Doble Liderazgo



Nuevos Procesos

- ☐ Mejora de la productividad
- ☐ Incremento de Ambulatorización
- ☐ Reducción de las estancias hospitalarias
- ☐ Aumento de atención domiciliaria
- ☐ Incremento de la actividad no presencial
- ☐ Incremento de los programas de prevención
- ☐ Cambio del modelo de financiación
- ☐ Gestión farmacoterapéutica basada en resultados



GRACIAS