



# DOSIER ESPECIAL

**PONENCIA DEL CONSEJERO DE SANIDAD DE EUSKADI,  
RAFAEL BENGOA, EN EL DESAYUNO - COLOQUIO  
ORGANIZADO POR PRICE WATERHOUSE COOPERS**

**JUEVES DÍA 15 DE OCTUBRE DE 2009**

# 22

años de **INNOVACIÓN**  
en cáncer



*Con el compromiso de  
mejorar la vida de los pacientes*

[www.celgene.es](http://www.celgene.es)

NUEVOS HORIZONTES DE LA SANIDAD  
EN EL PAIS VASCO

Rafa Bengoa

JORNADAS PRICE WATERHOUSE COOPERS

MADRID

14 Octubre 2009

100 ?

90 ?

! Consejero !

Lo que vamos a compartir los de 100 , los de 90 y este Consejero son las enfermedades crónicas

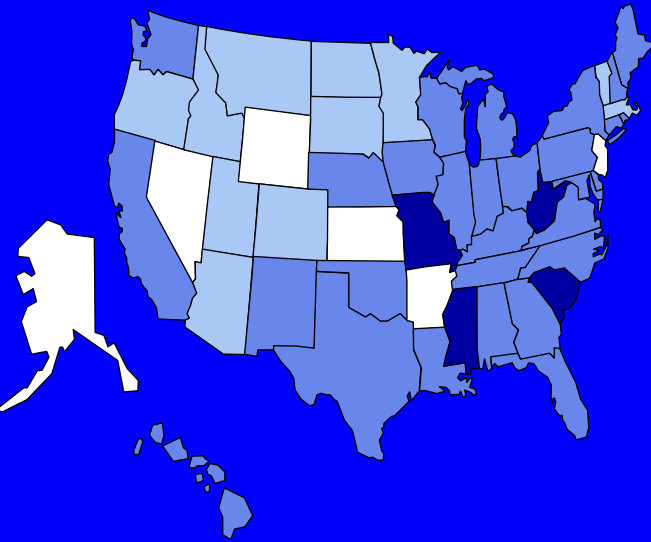
Las Enfermedades Crónicas son la  
Prueba de Fuego  
para los sistemas de salud

## ¿Por qué concentrarse en este problema?

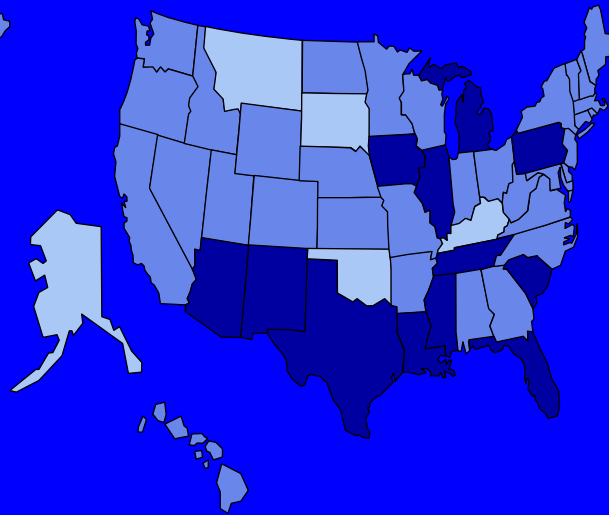
- Porque 7 de cada 10 muertes están relacionadas con la enfermedad crónica
- Porque el 72% del gasto está relacionado con la enfermedad crónica
- Porque 2/3 del aumento en el gasto actual se debe al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas

# Porque va muy rápido ...

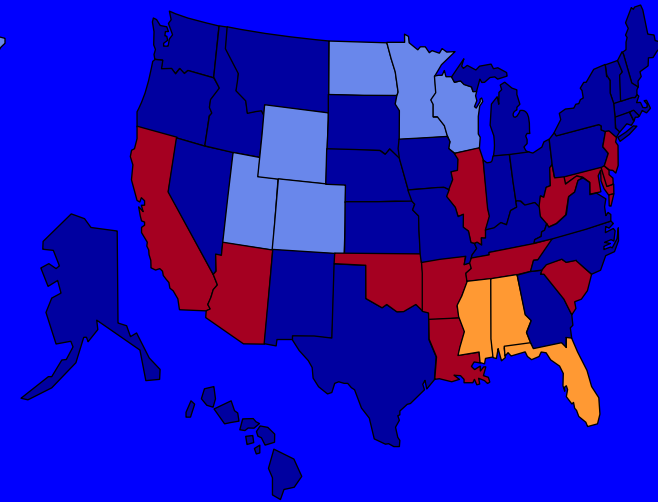
1990



1995



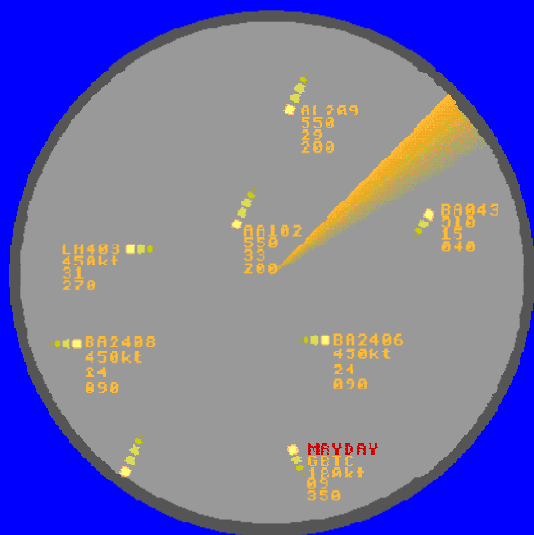
2001



Legend: No Data, <4%, 4%-6%, 6%-8%, 8%-10%, ≥10%

¿ Qué nos espera.. ?

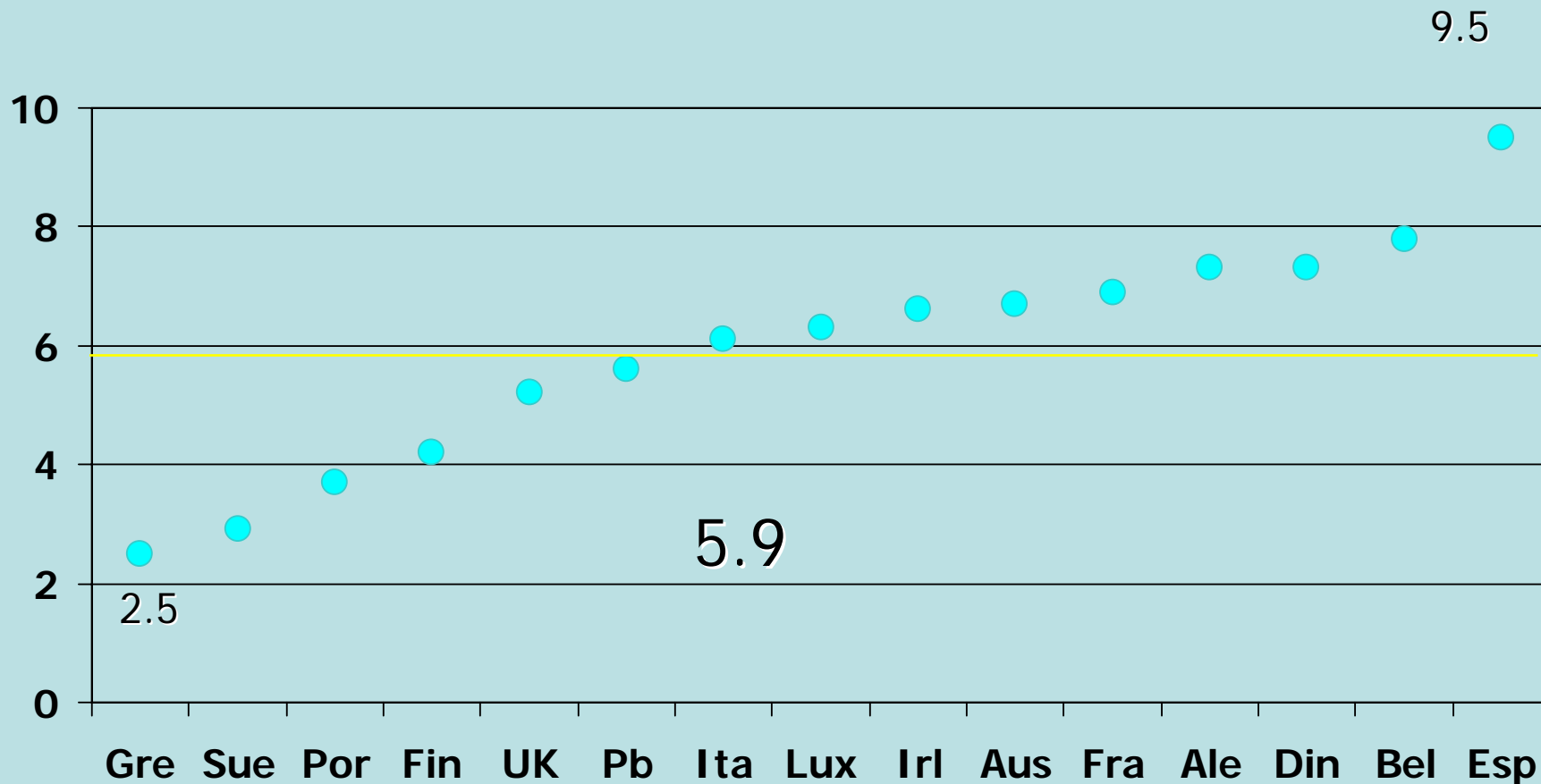
Un sistema perfectamente orientado a lo agudo



- ❖ El paciente aparece
- ❖ El paciente es tratado
- ❖ El paciente es dado de alta
- ❖ El paciente desaparece de la pantalla del radar



# Espanoles : “Viajeros más Frecuentes” Consultas medicas / habitante. Europa. 2003

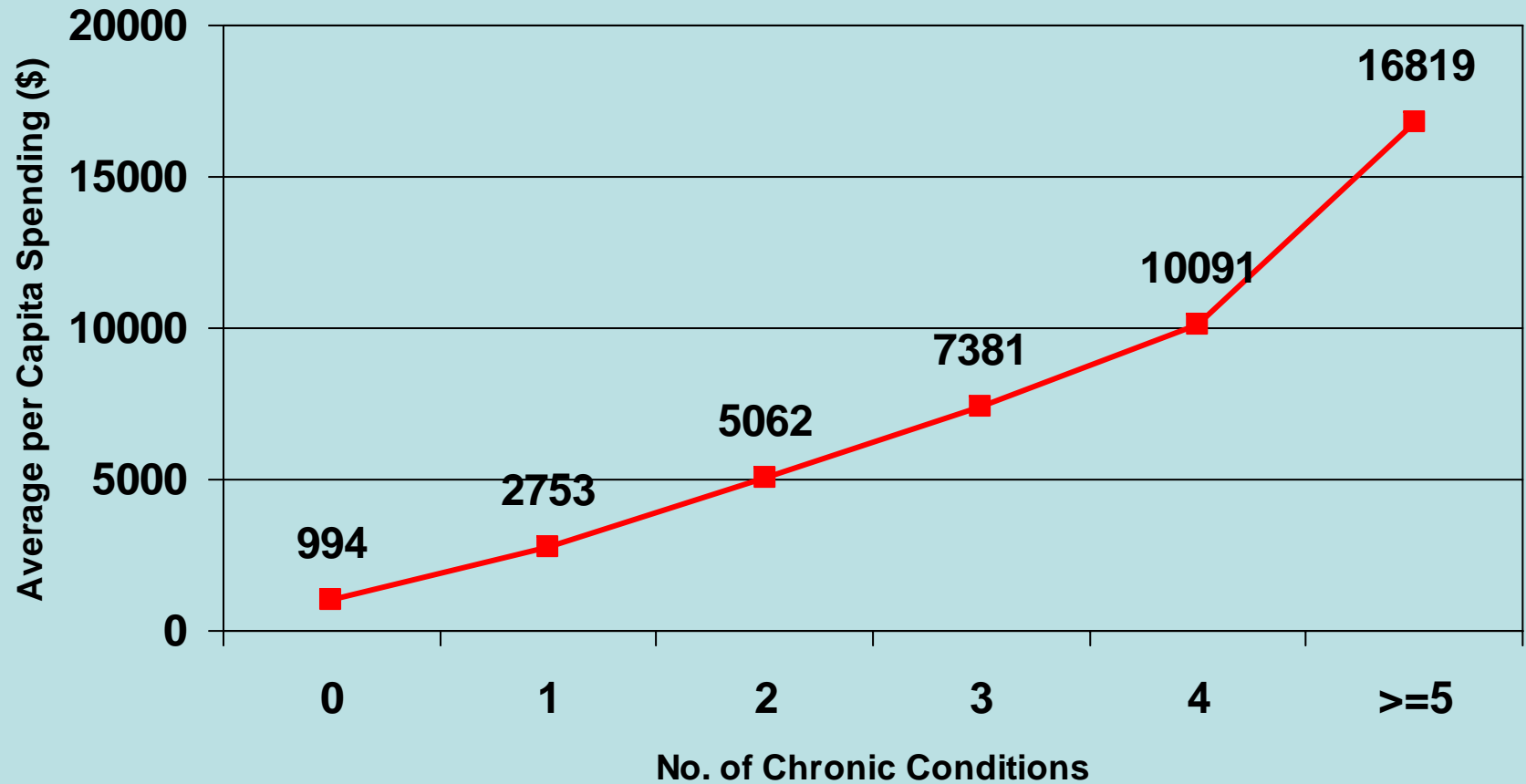


Países de Europa

*Ecosalud. OCDE 2005.*

*Mitos y paradojas de la sanidad en España. Una visión crítica. Circulo de la Sanidad. 2007.*

# Gasto per capita para pacientes con numero diferente de enfermedades crónicas





OK para  
medicina  
aguda

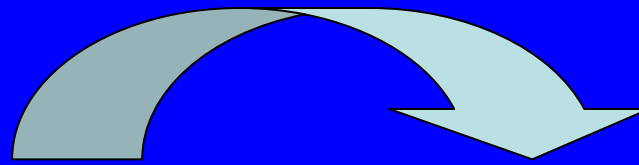
Incompatible  
con medicina  
para crónicos

MUCHAS RAZONES PARA EL CAMBIO

PERO

¿PARA QUÉ CLASE DE CAMBIO ?

HOY



MAÑANA

- ❖ El paciente aparece
- ❖ El paciente es tratado
- ❖ El paciente es dado de alta
- ❖ El paciente desaparece de la pantalla del radar



- ❖ El paciente es identificado
- ❖ El paciente es tratado
- ❖ El paciente es dado de alta con un plan preventivo y su tratamiento.
- ❖ El paciente recibe apoyo continuo del sistema
- ❖ El paciente es socio-sanitario
- ❖ El paciente continua en la pantalla del radar
- ❖ Paciente es biomonitorizado

# Cambios de 1º y 2ª Orden

1º orden: extensión incremental del  
pasado y presente

2º orden: romper con el pasado y presente

- Parece que hemos hecho más de lo primero
- Parece que las circunstancias exigen más de lo segundo
- La descentralización a las CCAA ha mejorado cosas.  
No ha cambiado el paradigma organizativo
- Muchos problemas fundamentales persisten

- **Si la mentalidad son cambios de tipo 1, es difícil de percibir las posibilidades más allá de la realidad existente.**
- **Gestionar lo existente es importante : más o menos camas; más o menos personal ...**
- **Sin embargo, si atrapados solo en la gestión del presente y no ofrecemos un nuevo horizonte, vamos hacia atrás.**

Intuimos que necesitamos hacer un cambio de 2<sup>o</sup> orden...

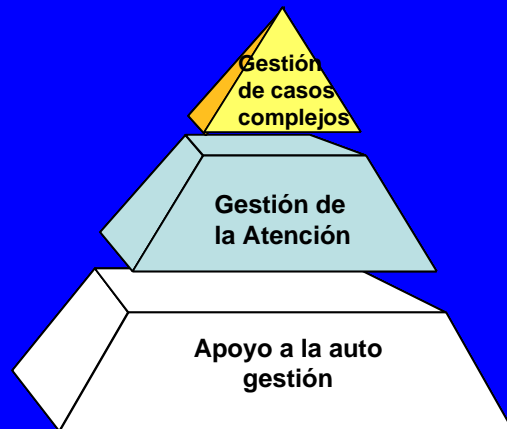
Intuimos qué “sistema” necesitamos...

La evidencia creciente también indica la dirección...



Ciertos modelos nos proporcionan una visión de “sistema” .....

Son cambios de 2º orden ...



**Estratificación del riesgo**





# The Washington State Collaboratives

Clínica Rural (17 equipos).

Marco temporal: Octubre 1999- Noviembre 2000.

## Resultados:

- % del pacientes con proteinuria con presión sanguínea controlada aumentó de 9 % a 36 %
- % del personas con control colesterol anual aumentó de 25% al 60% (meta 90%)
- 65% de fumadores a los que se ofrece programa para dejar el tabaco .( Meta 90 %)
- Más del 70 % de pacientes tomando metformina tuvieron pruebas de función renal anual. (meta 100%)

# Castlefields Health Centre, Runcorn, Cheshire

## Gestión de Casos. Resultados

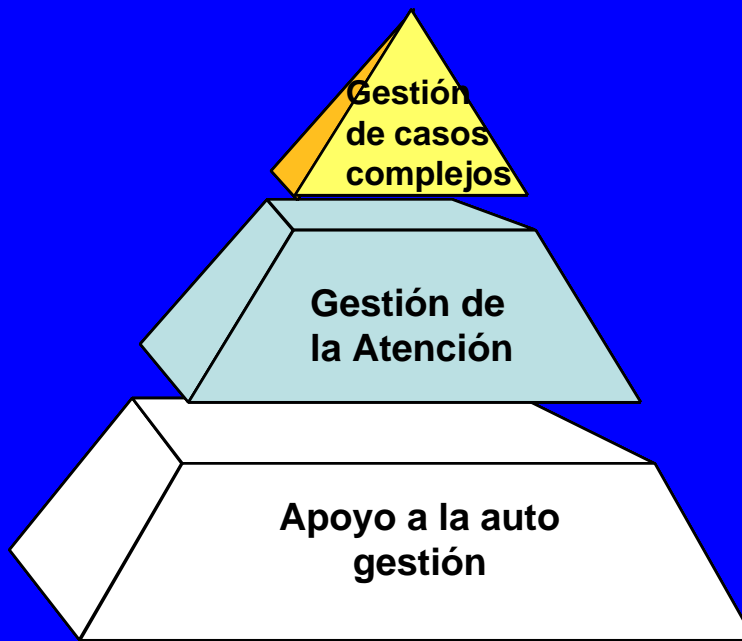
### Dirigido a Pacientes de más de 65 años con:

- 4 o más condiciones crónicas
- 2 o más ingresos hospitalarios en último año .
- 2 o más ingresos a urgencias en último año.
- Con más de 4 medicamentos a la vez
- Dificultades en la vida diaria

### En el primer año

- 15 % de reducción en ingresos
- Tiempo de estancia se reduce en 31 % (de 6.2 a 4.3 días)
- Se estima un ahorro de £300,000 en ingresos hospitalarios.

# 2 modelos de futuro transición hacia crónicas, calidad y prevención, integración..



**Estratificación del riesgo**



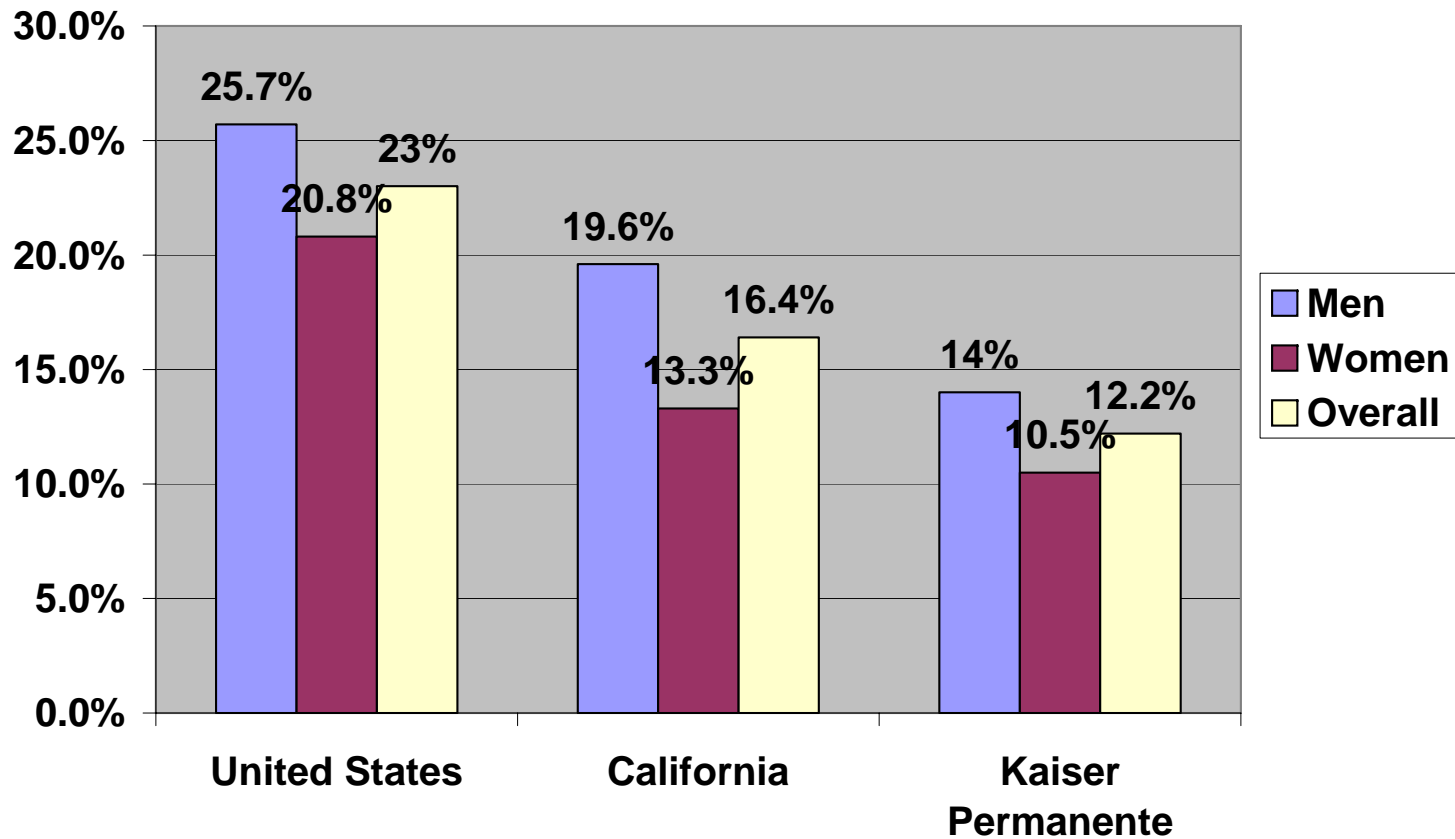
# Estratificación del riesgo



# Resultados

- **Reducción de 15% en mortalidad por Insuficiencia Cardíaca (1996-2001)**
- **Reducción del 25% en tasa de ingreso hospitalario en insuficiencias' cardíaca (1998-2001)**
- **Tasas de Mortalidad post infarto 50% más bajas que hospitales parecidos en el estado de California**
- **Mortalidad general cardiovascular menor en un 30% en la población KP que en la población no-KP.**

## 2002 Current Adult Smokers



**Source:** Kaiser Permanente Division of Research - Preliminary Member Health Survey report prepared by Nancy P. Gordon, ScD, Division of Research 10/14/2003

**Source:** CDC-National Center for Chronic Disease Prevention & Health Promotion Behavioral Risk Factor Surveillance System 2002



# ¿ QUÉ HEMOS APRENDIDO ?

## Las Condiciones crónicas COMPARTEN cambios necesarios en la Organización de Cuidados

- *Utilización creciente de profesionales no médicos*
- *Encuentros planificados proactivos*
- *Sistemas de Apoyo a la auto-gestión / auto-cuidados*
- *Protocolos basados en la evidencia*
- *Mantener en el radar , monitorización remota = mejores resultados*
- *Una gestión más intensiva a los de mayor riesgo*
- *Registros y gestión poblacional*

TENEMOS UNA EPIDEMIA

NO VA A MEJORAR

TENEMOS ALGUNOS MODELOS Y MARCOS DE REFERENCIA

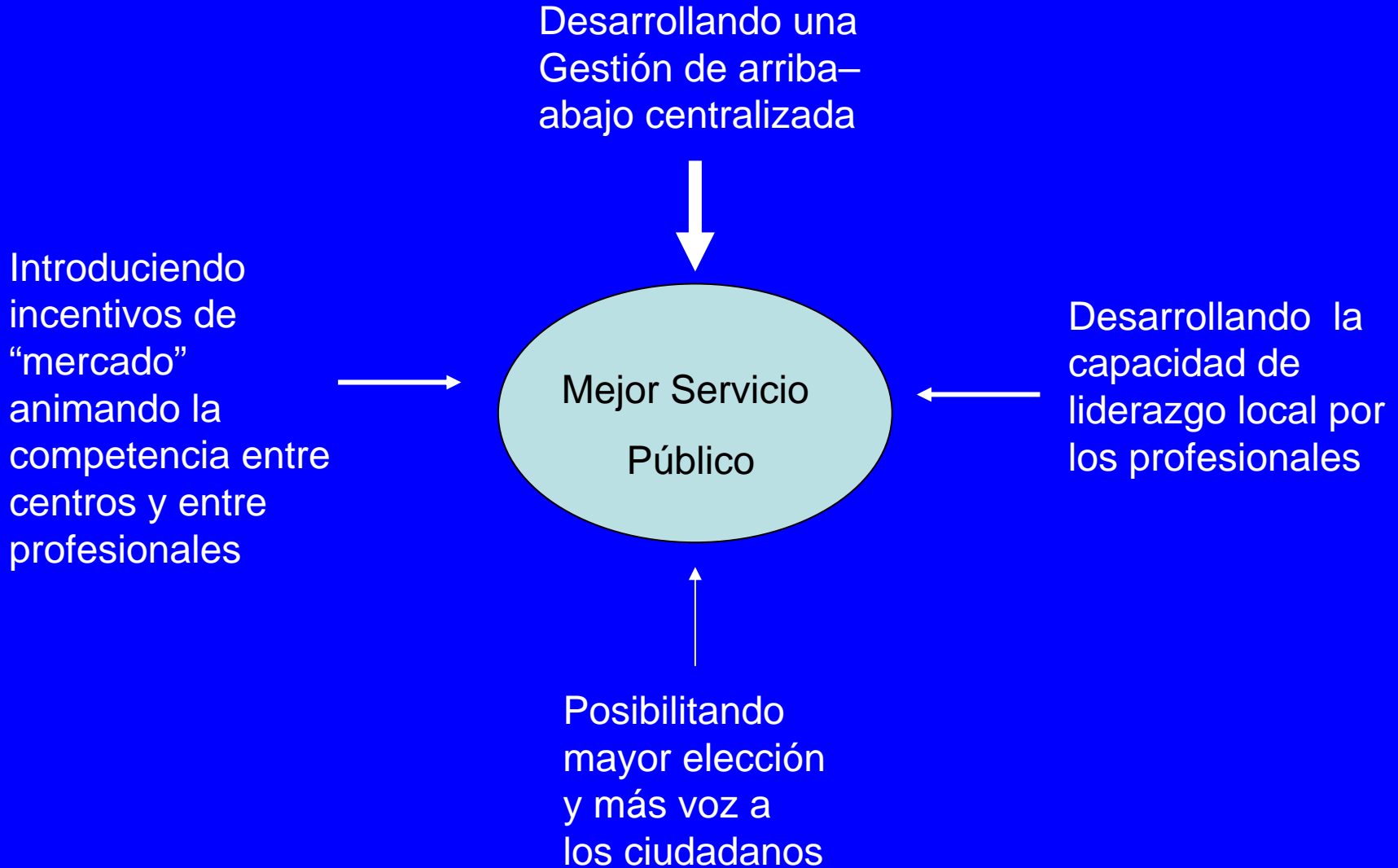
TENEMOS ALGUNAS HERRAMIENTAS

TENEMOS RESULTADOS ESPERANZADORES

EL PROBLEMA ES CÓMO AVANZAR

HACIA CAMBIOS DE 2º ORDEN.....

# Opciones de Gestión “Macro”



# La Gestión de arriba-abajo Centralizada



- Ha contribuido a mejorar sector público:
  - a organizar la descentralización Insalud,
  - reforzado inspecciones, regulación, rendimiento , estándares.
  
- Tiene limitaciones: poca innovación y creatividad
  - : aumenta la burocracia
  - : tiende a una micro-gestión política del sector ....
  
- ¿ Con qué se puede complementar esta forma de gestión.

# Un ejemplo de L TIPO cambio necesario hoy

- Estudios recientes - el 75% de los re-ingresos hospitalarios son evitables<sup>[1]</sup>
- Significa un 13% de los ingresos en un hospital .
- Evidencia indica que esta situación se puede corregir :
  - : disminuyendo las complicaciones durante la estancia hospitalaria,
  - : mejorando la comunicación en el proceso de alta hospitalaria
  - : promoviendo una monitorización estrecha con el paciente
  - : ejerciendo una participación activa por los pacientes
  - : mejorando la comunicación y colaboración con la atención primaria después del alta.

# ¿¿ PREGUNTAS ??

- ¿ Se pueden conseguir esta clase de mejoras complejas con un sistema centralizado de gestión o con uno que potencie a los profesionales, a los usuarios y a los gerentes del ámbito operativo ?*
- ¿ Se pueden conseguir sin activar realmente el liderazgo local ?*

- *Intervención sobre muchos actores y sobre muchos procesos*
- *Muchos son cambios de segundo orden !*
- *¿Se pueden hacer por gestión centralizada?*

# En el País Vasco...





# ¿ Que ha funcionado ?

- **Ciencia:** Suficiente evidencia; alta calidad
- **Gestión del cambio ?**
  - ◆ Liderazgo clínico real
  - ◆ Gestión estratégica de "sistema"
  - ◆ Búsqueda de compromiso explícito generalizado
  - ◆ Participación de los profesionales
  - ◆ Uso de tecnología más y más compleja en sistemas de información
  - ◆ Procesos explícitos para compartir los datos de rendimiento de los profesionales ("healthy competition")
  - ◆ Cultura de responsabilización. (accountability )
  - ◆ Educación del paciente
  - ◆ Perseverancia; continuidad; años.

# ¿ Nuevos Horizontes en el País Vasco ?

- Se trata de prepararnos para una sociedad que se retira a los 65 y vive hasta los 95 años
- El 70 % de estos tendrá alguna enfermedad crónica. Muchos tendrán varias.
- La necesidad de cambio No es algo inesperado. Conocemos los datos. Tenemos la información. Tenemos modelos. Tenemos resultados.

¿ Podemos hacer esto por decreto ?

¿ Podemos implantar otra mentalidad para que los profesionales y pacientes hagan otra cosa?

Probablemente NO pero SI podemos aportar un nuevo contexto, una imagen del futuro, las herramientas y el apoyo para permitir que los profesionales, pacientes y gestores locales hagan el cambio.

Eso es lo que vamos a hacer



El Real Madrid entrena el trabajo en equipo 40 horas a la semana para jugar bien 2 horas el domingo.

En el sistema de salud raramente entrenamos 2 horas en trabajo en equipo cuando necesitamos funcionar como equipo 40 horas a la semana

Es irónico pensar que un equipo de futbol usa 40 horas a la semana perfeccionando el trabajo en equipo para jugar bien 2 horas el domingo.

Sin embargo, nosotros raramente pasamos más de 2 horas al año formándonos en trabajo en equipo cuando la necesidad de funcionar como un equipo es de 40 horas a la semana !

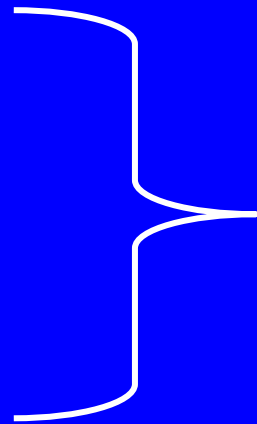
¿Por qué concentrarse en este problema?

Tecnología...

Inflación ..

Demografía ..

Sueldos...



Impacto Difícil

Enfermedades Crónicas

Impacto posible

# Introducción de Enfermera/o del Caso

- Enfermeros que actúan como gestores de caso para pacientes con condiciones complejas; de varias patologías.
- Su función es evaluar las necesidades físicas; sociales y psicológicas y coordinar un paquete de cuidados.



Intervenir en todo el continuo de enfermedad...

## *Continuo de la enfermedad*

Bajo  
riesgo

A riesgo

Signos  
tempranos

Síntomas

Enfermedad

Post-Enf

Prevención primaria

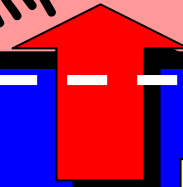
Prevención Secundaria

Población

Detección  
temprana

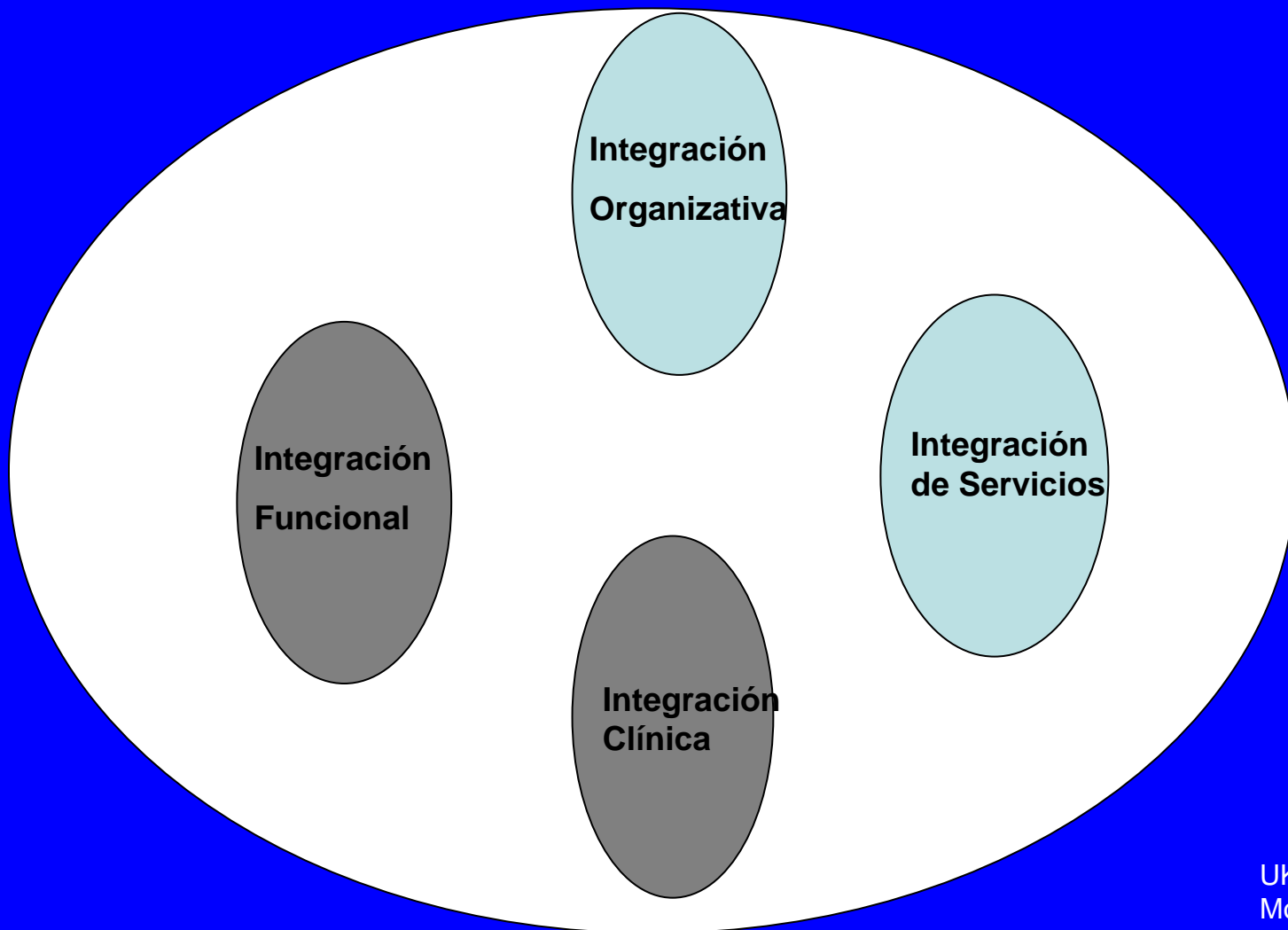
Gestión de  
Enfermedades

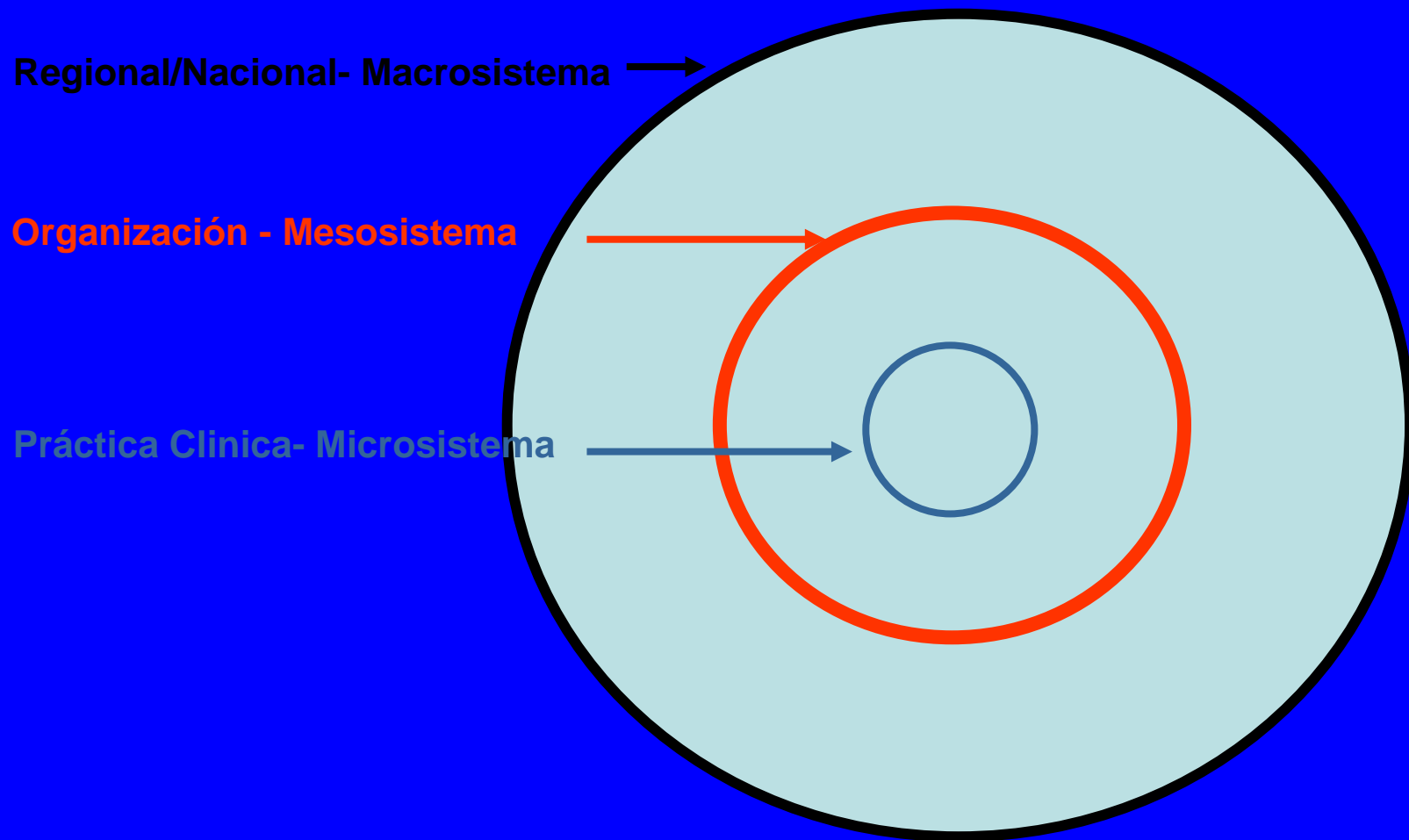
Individuos





# Dimensiones de la “Integración”





**Necesidad de Alineamiento de Niveles de Intervención**

## Avances hoy :

- más micro que macro
- La innovación tecnológica tira de la innovación organizativa
- Impacto = Alineamiento entre niveles macro-meso-micro ( hoy poco )

# Romper tres mitos....

## Mito 1.

**El Sistema de Salud se puede arreglar por  
re-ingeniería social desde el Centro !**

H. Mintzberg

## ¿ Como vamos a Avanzar en el País Vasco ?

- Promover mucha experimentación local y procesos de aprendizaje
- Aceptar que no hay “modelo único”, sino múltiples formas de avanzar.
- La variación organizativa no es un problema; es enriquecedora.
- Aprovechar mejor el capital intelectual de la red
- Aceptación que el cambio más eficaz sale de “abajo”
- Identificar las tendencias
- Generalizar las experiencias positivas
- Ser más humildes !