

La transformación de la sanidad ¿Una tarea imposible?

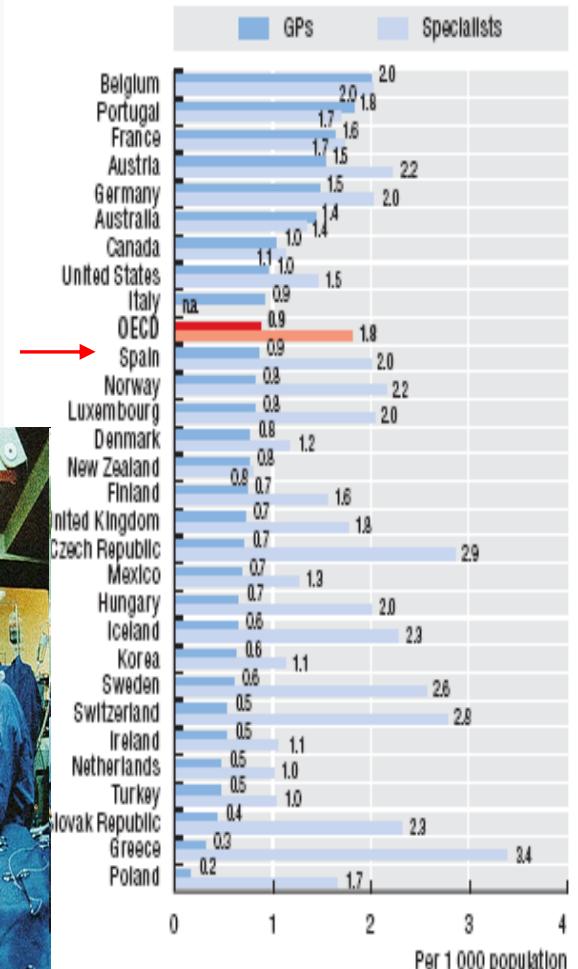
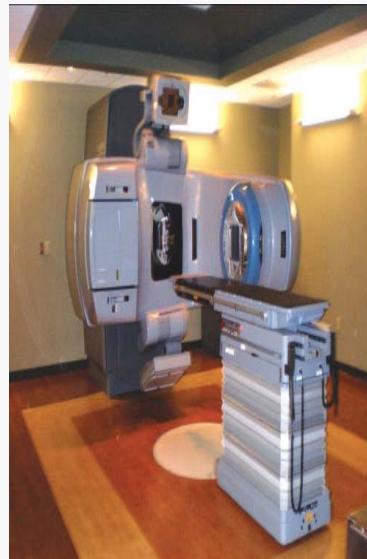
Madrid 23 marzo 2010

Preguntas a responder:

1. ¿Necesidad de transformación?
2. Transformarse, ¿hacia dónde?
3. ¿Es posible transformarse?

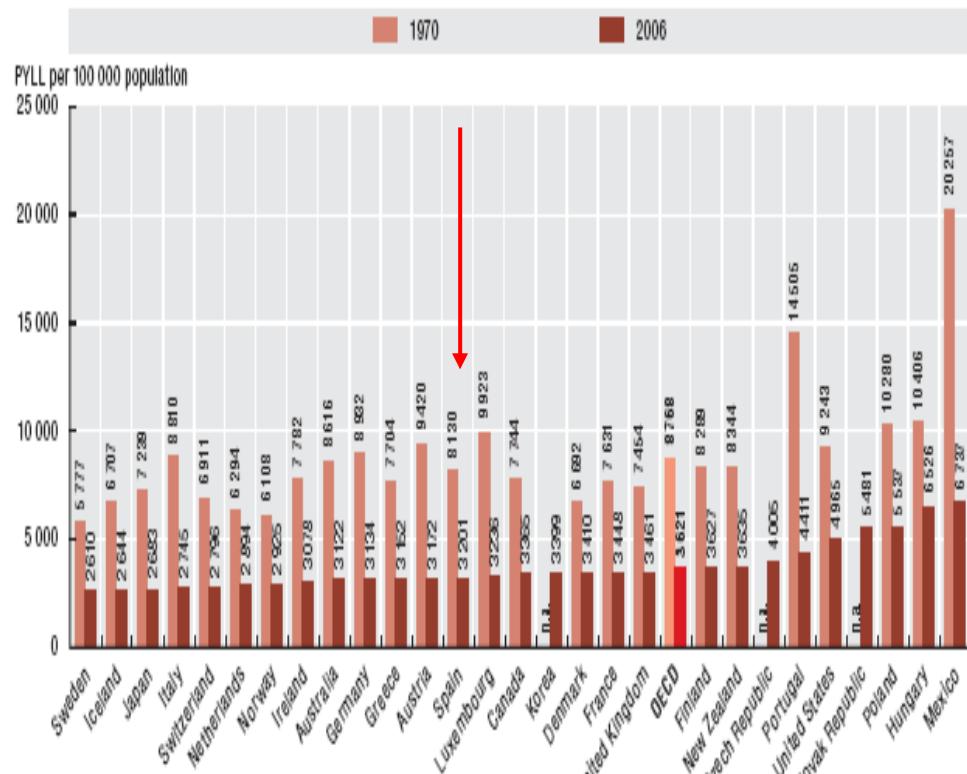


El sistema tiene evidentes fortalezas:



Buenos resultados a un coste aceptable.

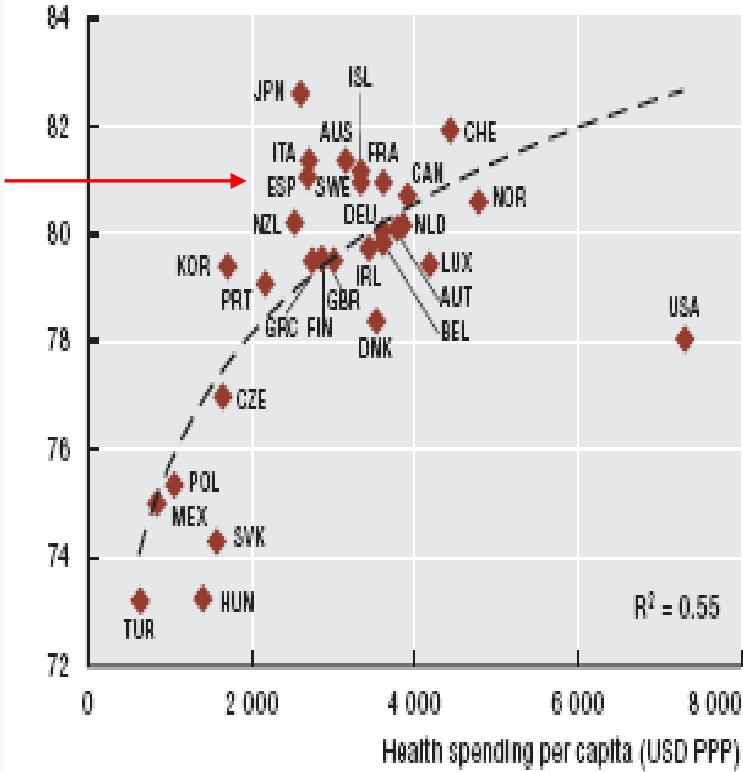
1.3.2 Reduction in potential years of life lost (PYLL), females and males combined, 1970-2006 (or nearest year)



Source: OECD Health Data 2009. The raw mortality data are extracted from the WHO Mortality Database.

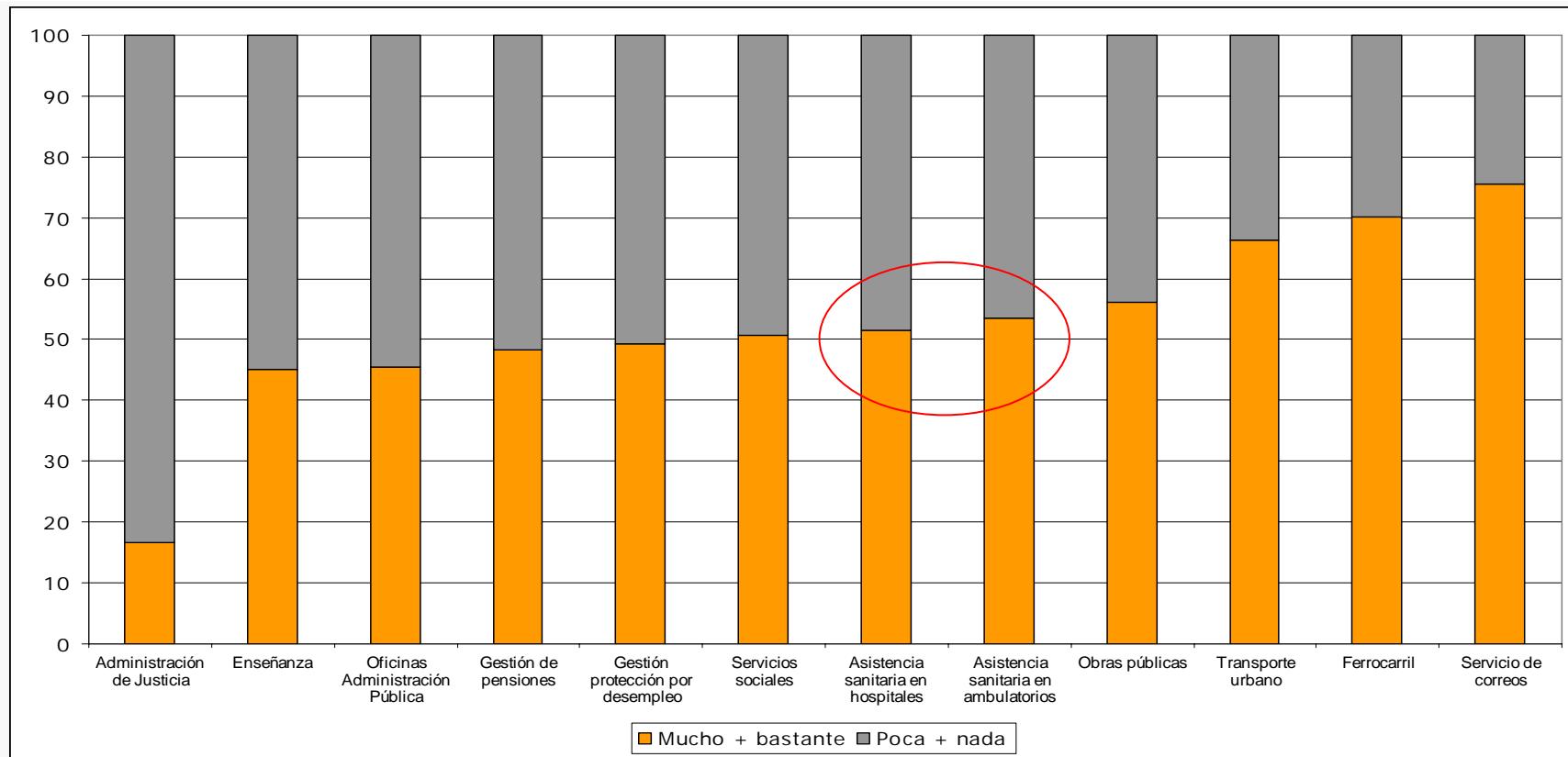
1.1.4 Life expectancy at birth and health spending per capita, 2007 (or latest year available)

Life expectancy in years



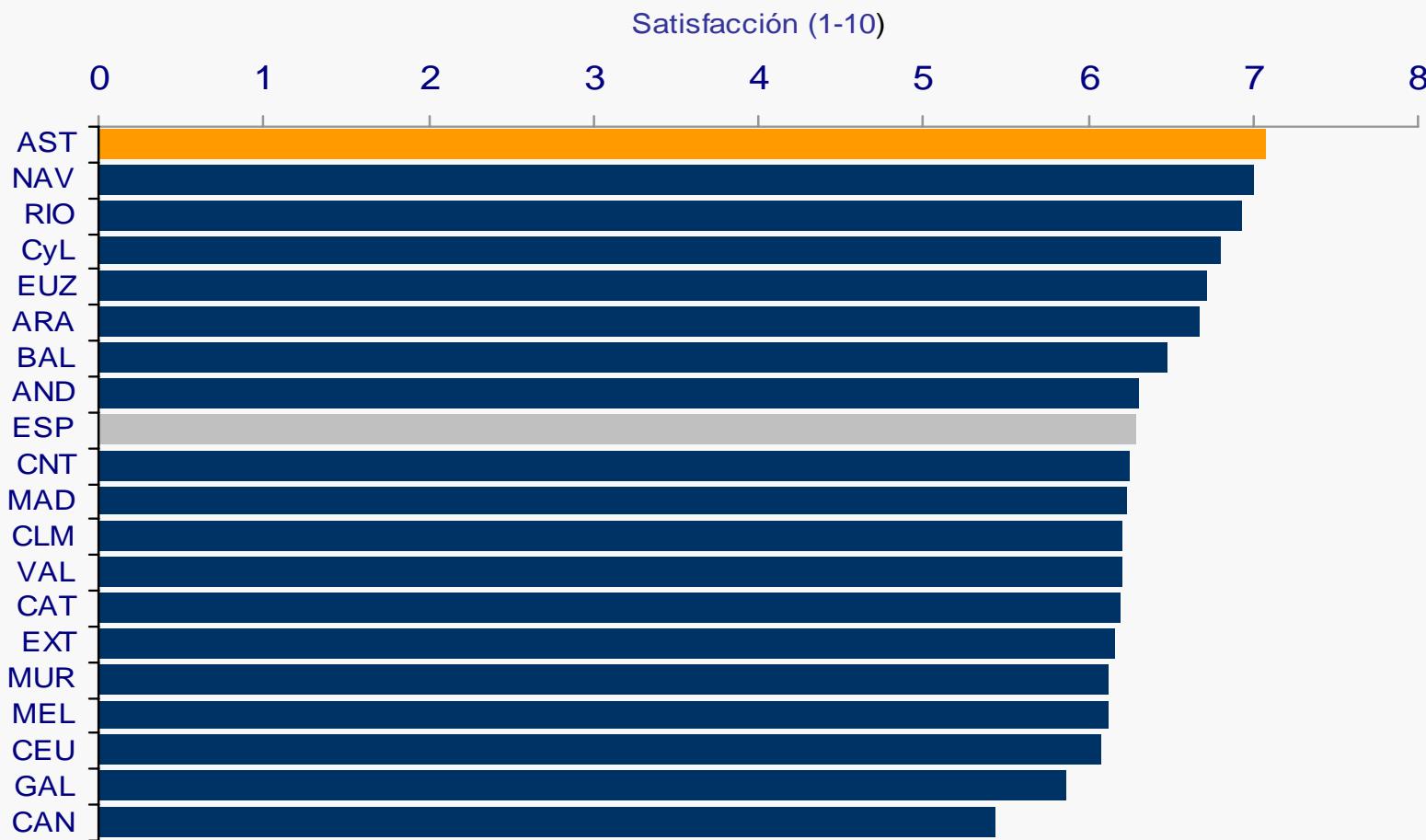
Opción“No tocar”: Sistema bien valorado.

Pregunta: *Independientemente de que los haya utilizado o no ¿En qué medida: mucho, bastante, poco o nada, cree usted que cada uno de los siguientes servicios públicos funciona satisfactoriamente? (AEVAL 2008).*



Grado satisfacción con sistema sanitario.

Barómetro Sanitario 2008. MSyC



Opinión sobre sistema sanitario España (%).

Barómetro sanitario 2004.2008. MsyC

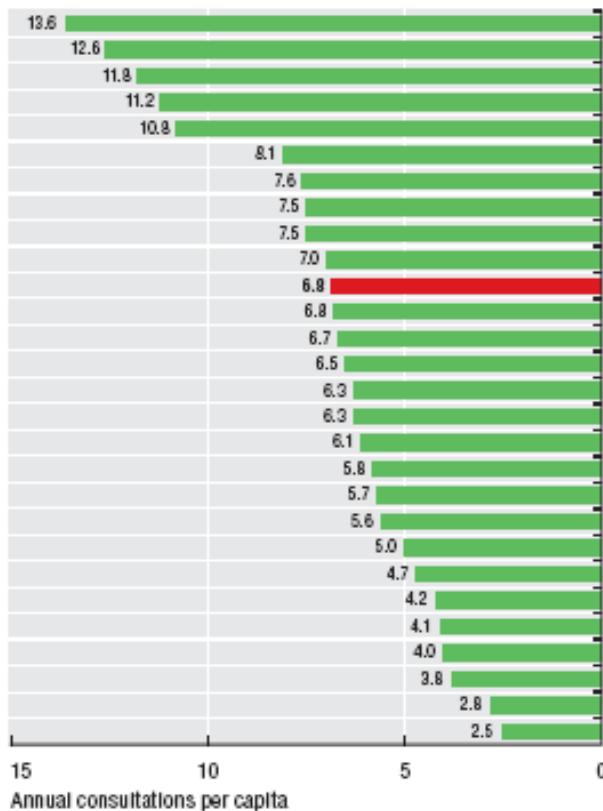
| | 2008 | 2004 |
|----------------------------------------|------|------|
| Funciona bastante bien | 19,2 | 19,8 |
| Funciona bien necesita cambios | 48,9 | 47,1 |
| Necesita cambios fundamentales | 26,2 | 27,1 |
| Está tan mal que necesitamos rehacerlo | 4,9 | 5,0 |

1-¿Medicalización? ¿Sobreutilización?

Consultas per capita OCDE 2009

Curva de frecuentación atención primaria Asturias 2009

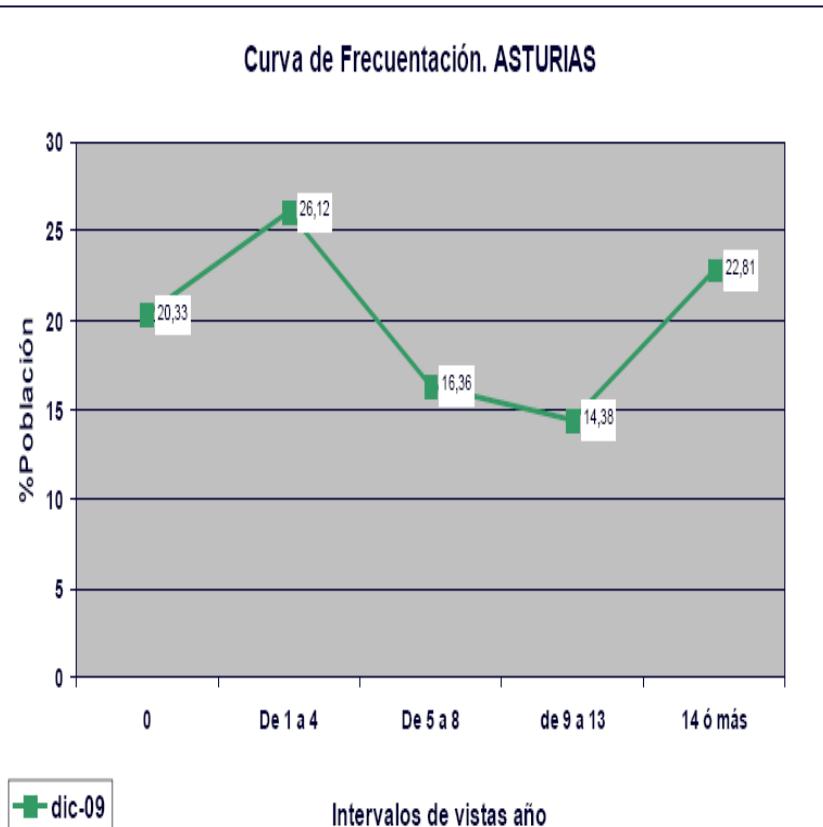
4.1.1 Doctors consultations per capita, 2007 (or latest year available)



4.1.2

Japan
Czech Republic
Korea
Slovak Republic
Hungary
Spain
Belgium
Denmark
Germany
Italy
OECD
Poland
Austria
Iceland
Australia
France
Luxembourg
Canada
Netherlands
Turkey
United Kingdom
New Zealand
Finland
Portugal
Switzerland
United States
Sweden
Mexico

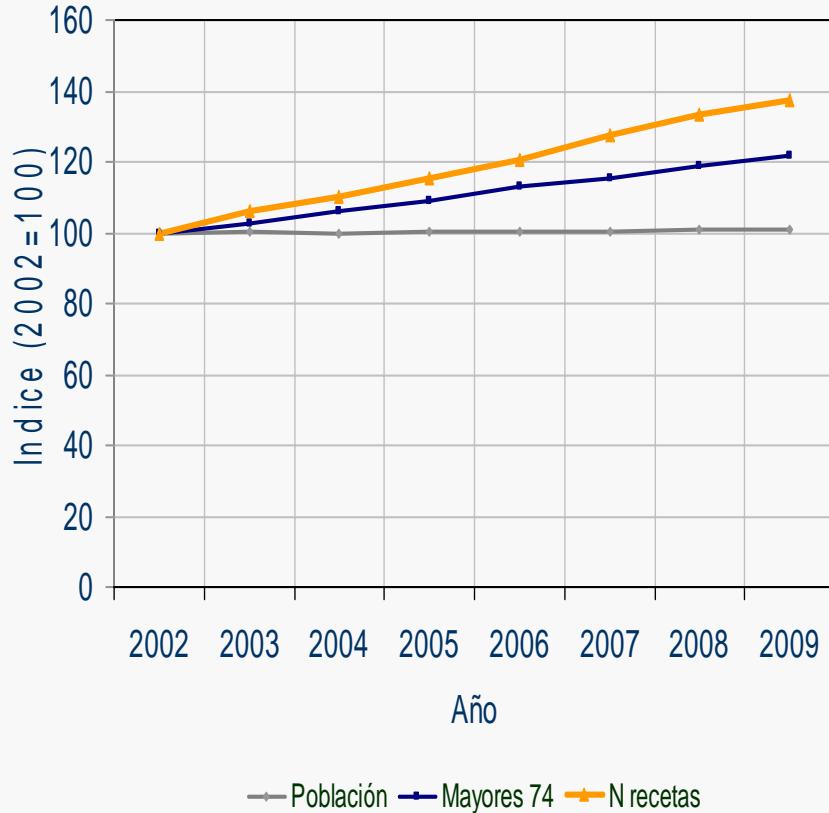
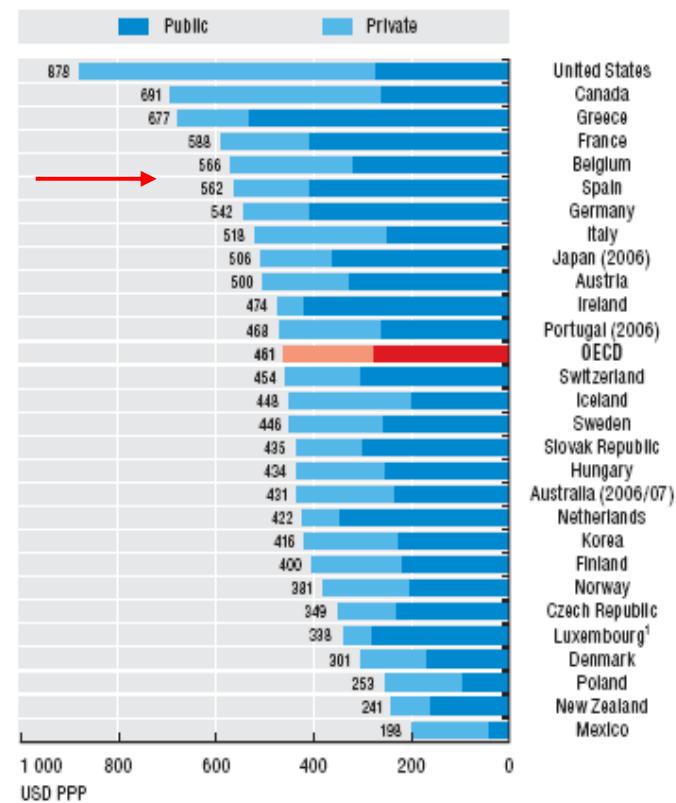
Curva de Frecuentación. ASTURIAS



2- Recurrimos mucho al medicamento.

Gasto per capita medicinas. OCDE

Evolución recetas y población. Asturias 2002-2009.

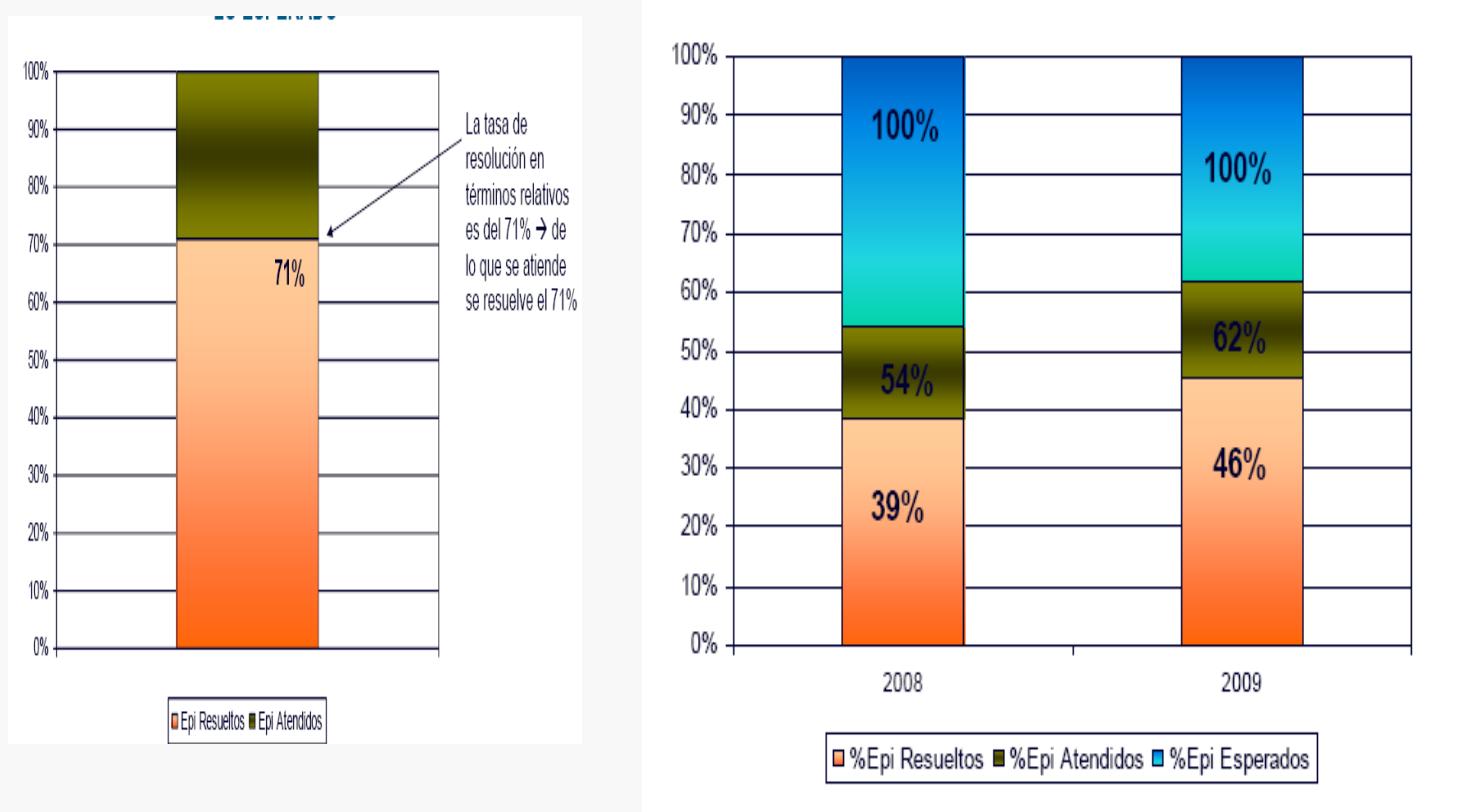


1. Prescribed medicines only.

24,5 M recetas en 2009. Incremento medio 0,9M recetas/año vs 3370 personas mayores 74/año

3.-Poca visión poblacional. Resolvemos bastante de lo que vemos, pero hay patología que no vemos.

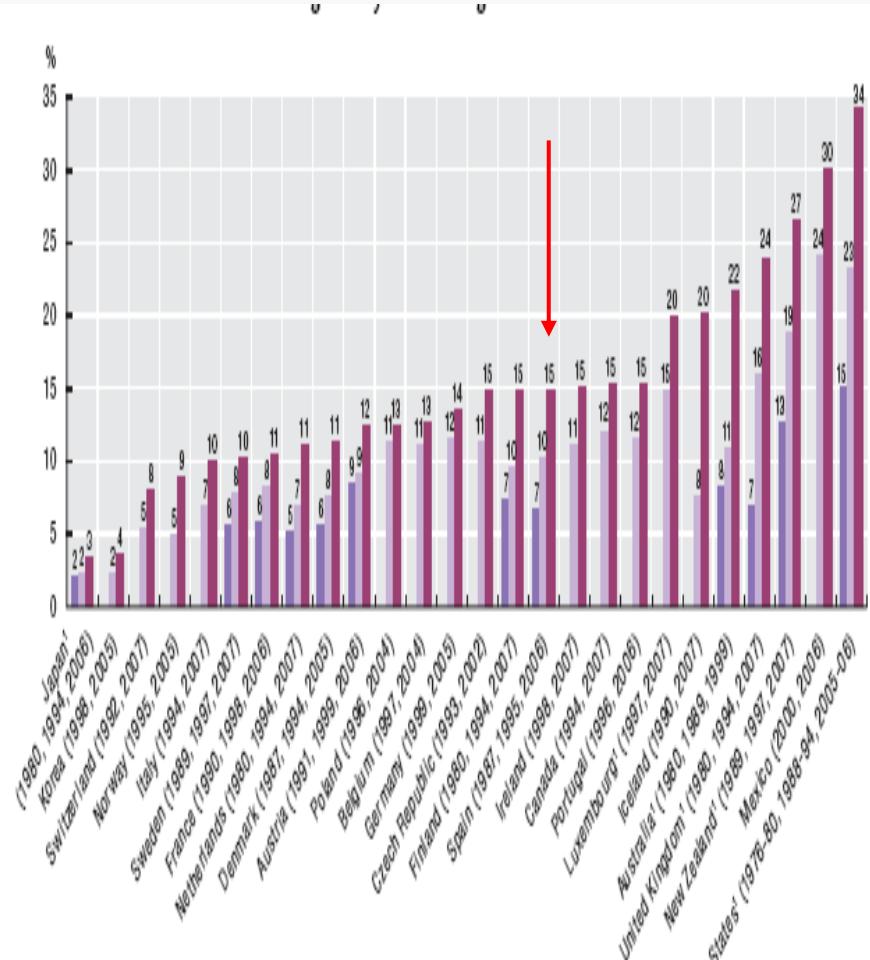
Resolución en APS Asturias 2009



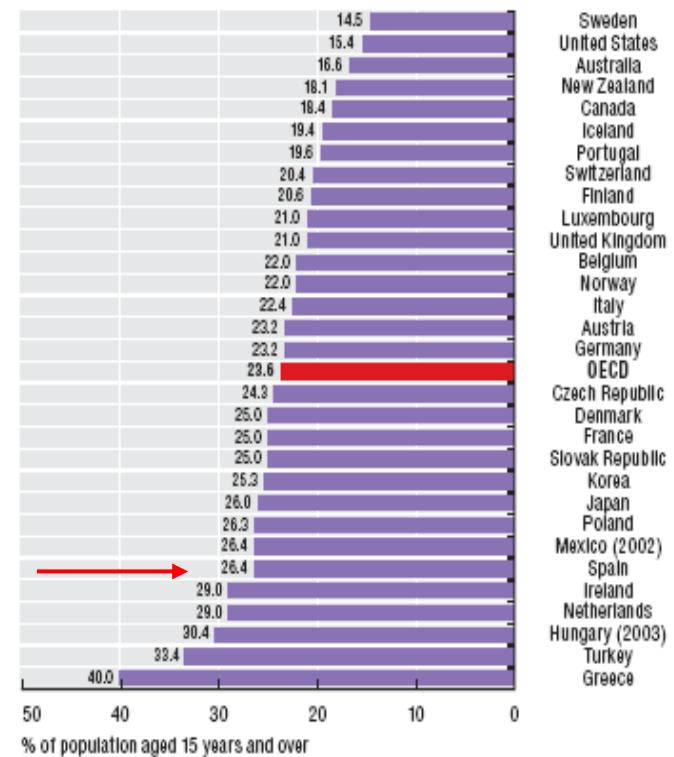
4.-No estamos parando la enfermedad de mañana.

Tendencia de prevalencia obesidad.

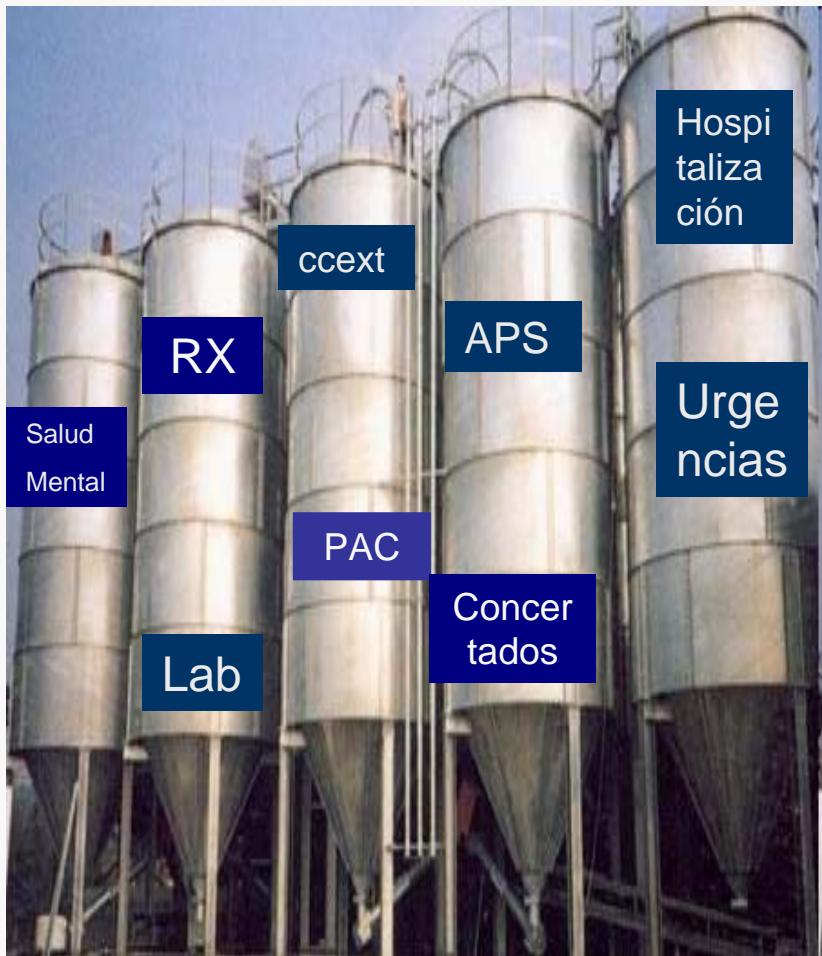
Prevalencia de fumadores diarios. OCDE2009



2.5.1 Percentage of adult population smoking daily, 2007 (or latest year available)



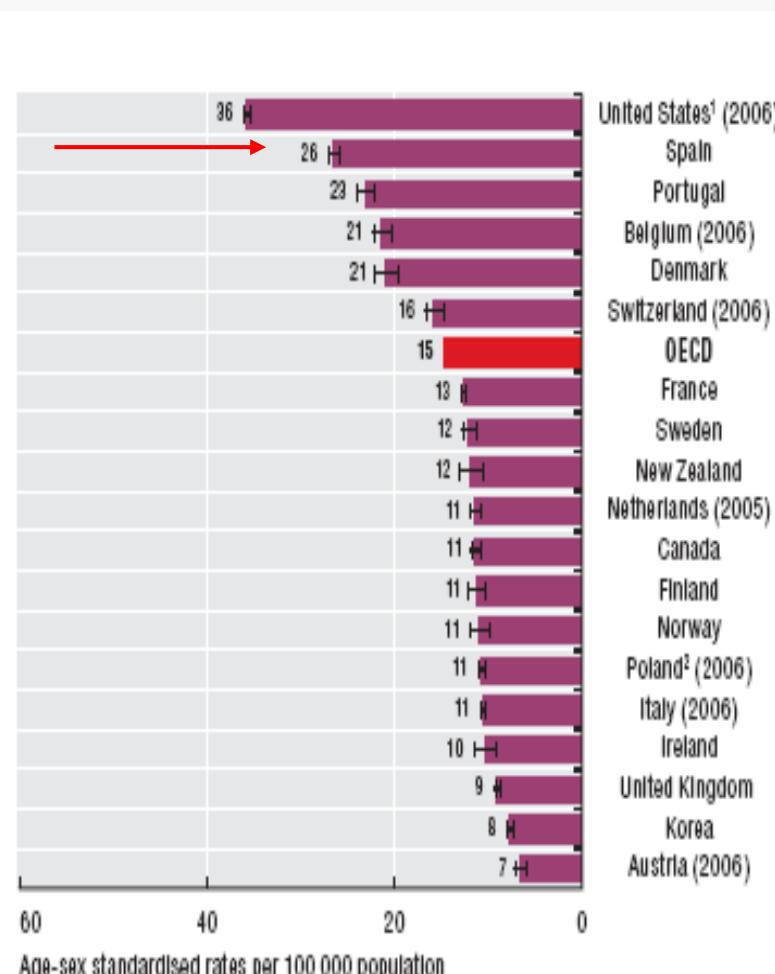
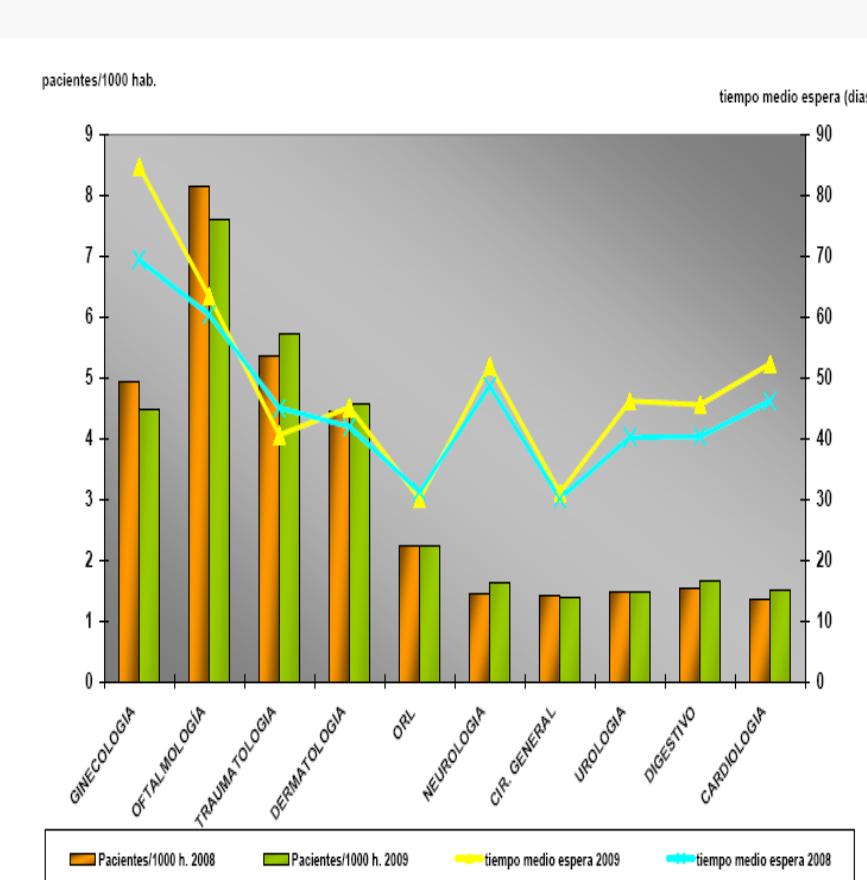
5-Sistema muy fragmentado sin visión global.



Y eso causa esperas y problemas de continuidad asistencial.

Listas espera consultas ext SNS 0809

Tasas de amputación en diabéticos OCDE 2007



Nota: información referida a 14 Comunidades Autónomas más Ingresa (58,4% población)

CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS.

6.-Nuestros pacientes han cambiado. Nuestros dispositivos asistenciales poco.

Mapa de Camas

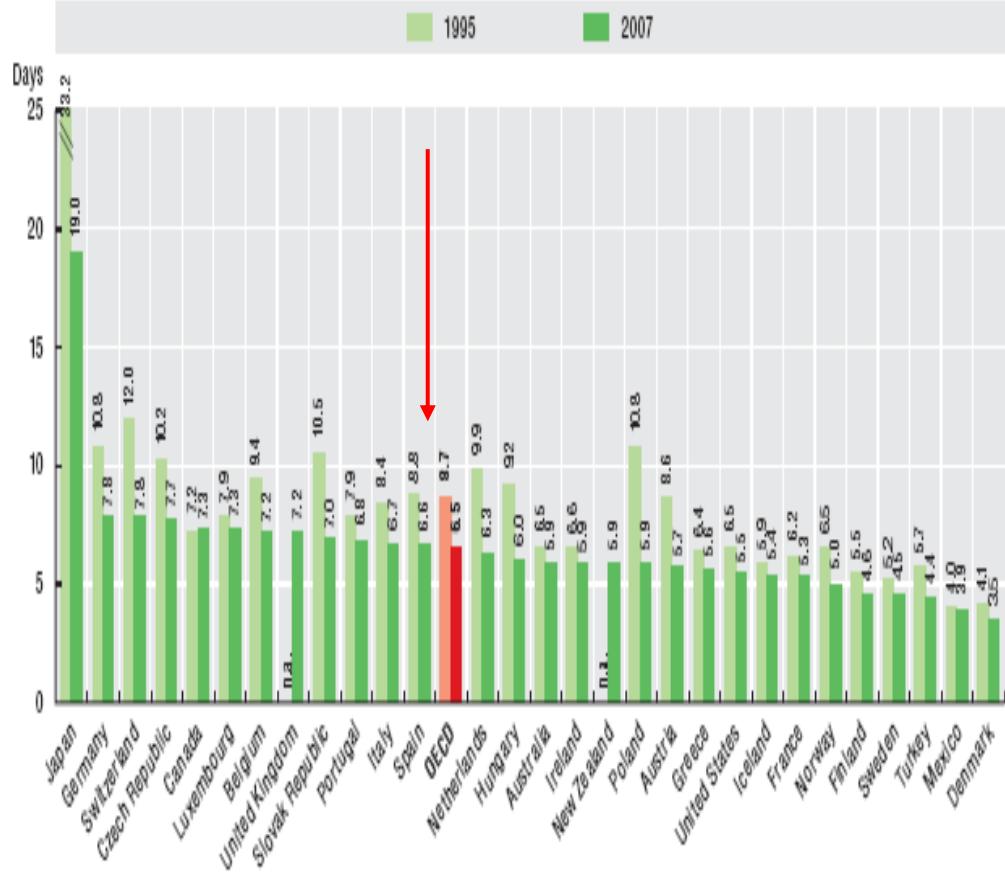
Camas: 28 | Pacientes: 27

Control de Enfermería: H. SAN AGUSTIN/PLT 4/UE-4N

| | | | | | | | |
|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------------------|---------------------|---------------------|
| 401A 58 Años | 401B 43 Años | 402A 85 Años | 403A 77 Años | 403B 81 Años | 404A 50 Años | 404B 69 Años | 405A 83 Años |
| 405B 83 Años | 406A 72 Años | 406B 61 Años | 407A 33 Años | 407B 79 Años | 408A 408B 90 Años | 409A 90 Años | |
| 409B 83 Años | 410A 69 Años | 410B 93 Años | 411A 58 Años | 411A 54 Años | 412A 84 Años | 413B 86 Años | 414A 91 Años |

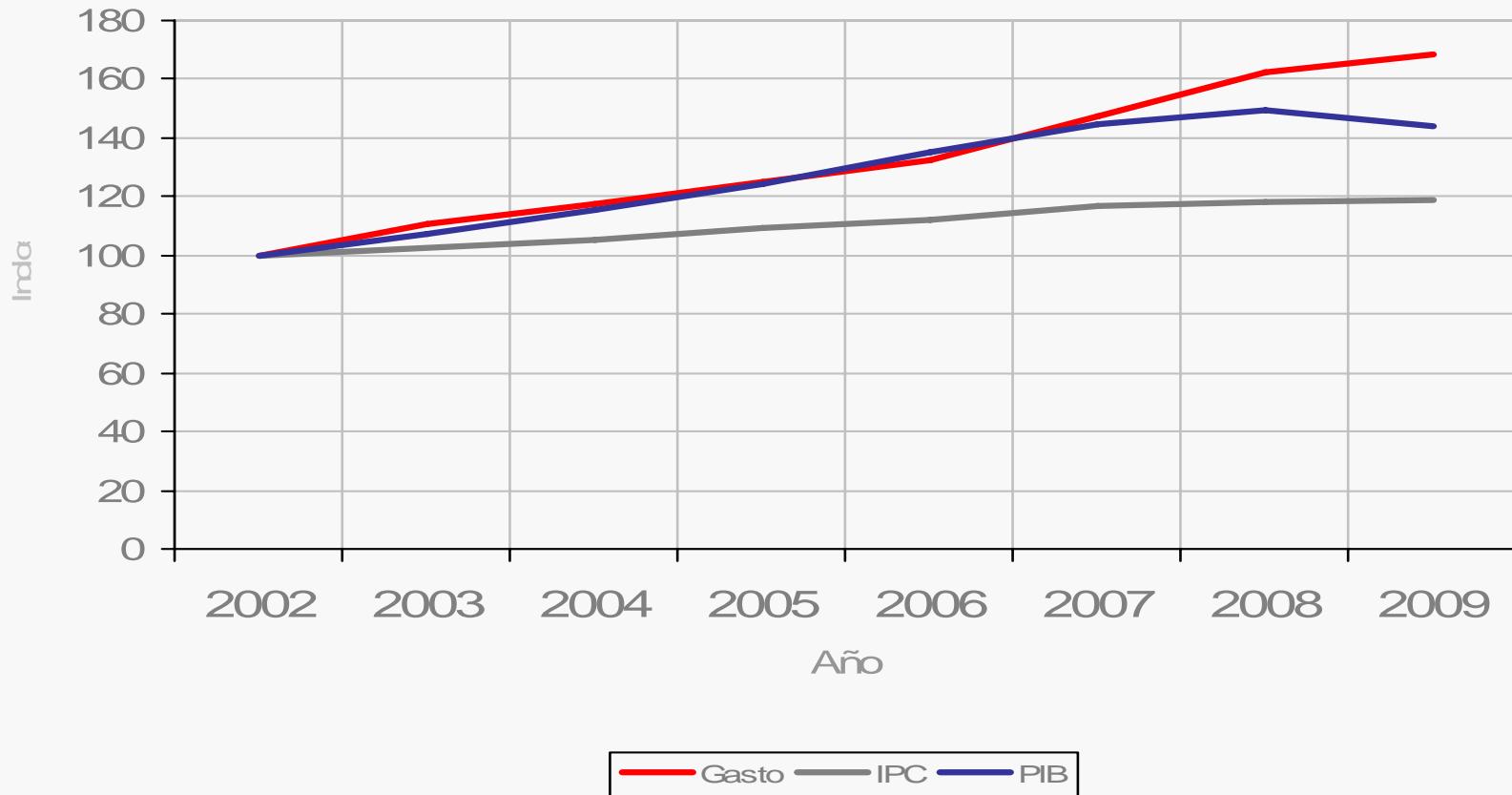
Y eso origina dificultades al alta.

4.5.1 Average length of stay for acute care, 1995 and 2007 (or nearest year)



7.-Crecimiento de gasto superior al de la economía.

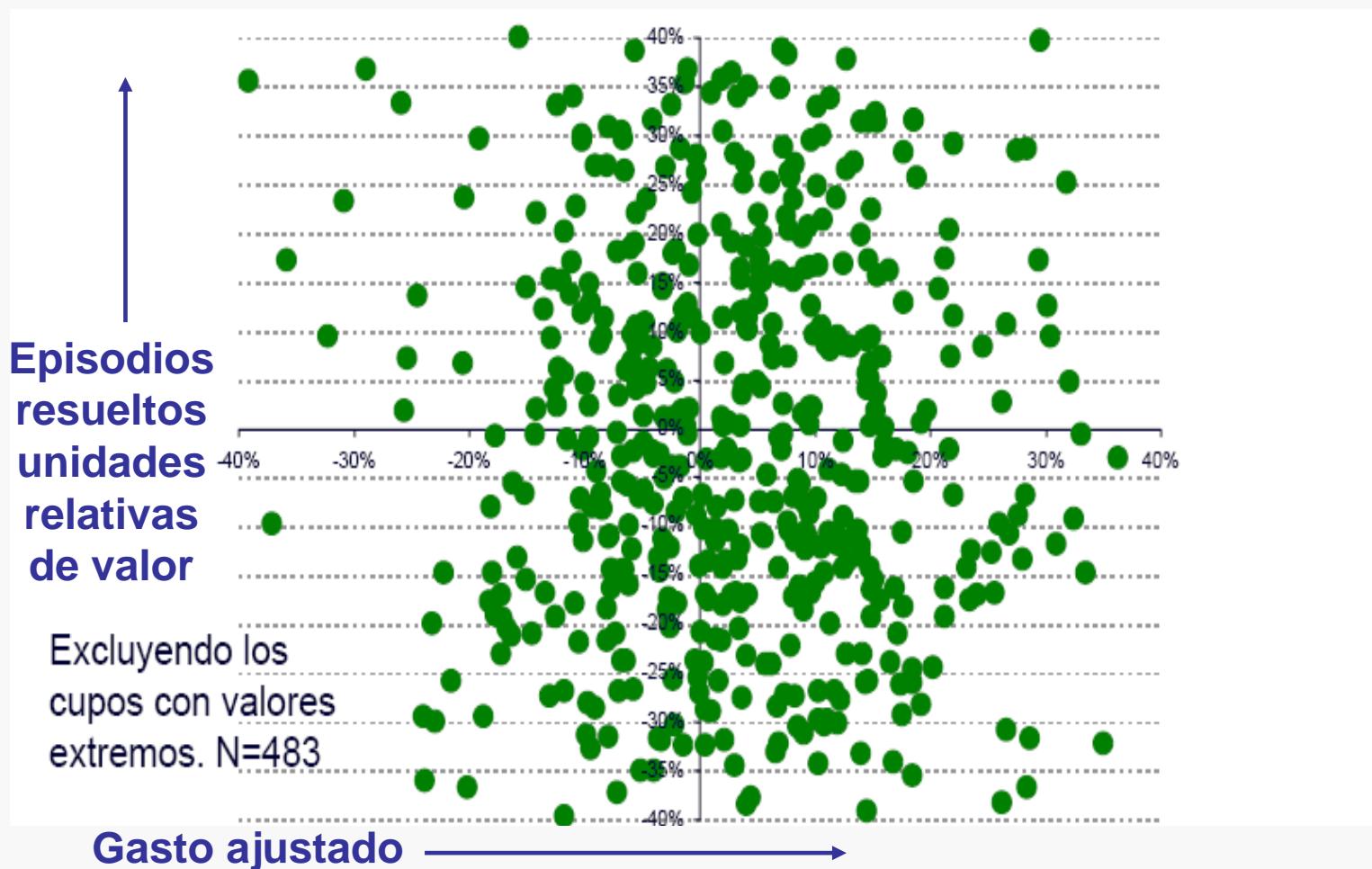
Evolución de gasto sanitario, IPC y PIB Asturias 2002-2009. (Indice 2002=100)



Hemos destinado más de **232 millones de €** de los que se esperaban si hubiésemos crecido al ritmo de la economía.

8- La variabilidad clínica y en gasto es enorme.

Episodios resueltos (URV) y gasto en cupos de APS. Asturias Ene-Nov 2009



9- Marco de gestión de personal: La mayor dificultad.

Incidencia y prevalencia de IT en el SESPA.
Asturias 2009

| | Incidencia (%) | Prevalencia (%) |
|-------------|----------------|-----------------|
| Medicos | 3,8 | 4,3 |
| ATS/DUE | 6,3 | 7,1 |
| Admvos | 5,3 | 8,1 |
| Aux clinica | 8,3 | 10,2 |
| Aux enferm | 5,1 | 7,5 |
| Celadores | 6,7 | 10,7 |
| Pinches | 10,5 | 16,2 |

Plantilla= **14.976**

Total días IT= **414.717**

CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS.

lne.es | NOTICIAS | HEMEROTECA | EL TIEMPO | **lne.es** noticias

INICIO | NOTICIAS | DEPORTES | ECONOMÍA | OPINIÓN/BLOGS | GENTE

Oviedo Gijón Avilés Cuencas Oriente Occidente Centro Asturias España Internacional Sociedad

lne.es > Sociedad

Los trasladados ponen la sanidad patas arriba

Los cambios en 238 plazas de médicos del sistema regional de salud amenazan con provocar la suspensión de citas y operaciones y con dejar muchas consultas vacías durante un mes

12:50 VOTE ESTA NOTICIA 5★

NOTICIAS RELACIONADAS * Claves, Sociedad

Oviedo / Gijón, P. ÁLVAREZ / A. RUBIERA

La sanidad asturiana es un volcán en plena erupción. El panorama generado por un concurso de trasladados que afecta a 238 plazas de médico del sistema sanitario público puede resumirse en cuatro trazos.

Primero: médicos jóvenes altamente cualificados abandonaron ayer un hospital altamente especializado y, de forma provisional, se han quedado en el paro.

Segundo: a los anteriores les sustituyen desde hoy médicos veteranos que -incluso estando bien formados en muchos casos- carecen de la cualificación requerida por la plaza a la que llegan.

Tercero: un notable volumen de facultativos han sido desalojados de su plaza simplemente por ser más jóvenes (de

elcomerciodigital.com

19 marzo 2010

Portada | Asturias | Deportes | Economía | Más Actualidad | Gente y TV | Ocio | Participa | Blogs | Servicios | Buscar

Gijón Oviedo Avilés Cuencas Siero y Centro Oriente Occidente Nuevos Concejos | Anuario Guía | Prod. de Asturias

Enlace en: El Comercio Digital > Noticias Asturias > Noticias Gijón > Un juez obliga a computar el trabajo en Jove en los concursos de trasladados

Un juez obliga a computar el trabajo en Jove en los concursos de trasladados

La sentencia dice que no existe justificación para valorar de distinta forma los años de servicio en un hospital público o concertado

10.02.10 - 09:58 - LAURA F. MAJOR DOMO | Gijón

6 Comentarios | Comparte esta noticia |

Trabajó cerca de 21 años en el servicio de Traumatología del hospital de Jove y desde 2007 lo hace en el de Cabueñes, pero cuando trató de presentarse al último concurso de trasladados del Sespaa -convocado el 20 de noviembre de 2009- quedó fuera por un doble motivo. Primero, por ocupar una plaza de cupo del antiguo modelo de Atención Primaria. Y segundo, porque, a la hora de valorar sus méritos, el Servicio de Salud del Principado no tuvo en consideración las más de dos décadas que

10-Y la gente? Dónde está la gente?



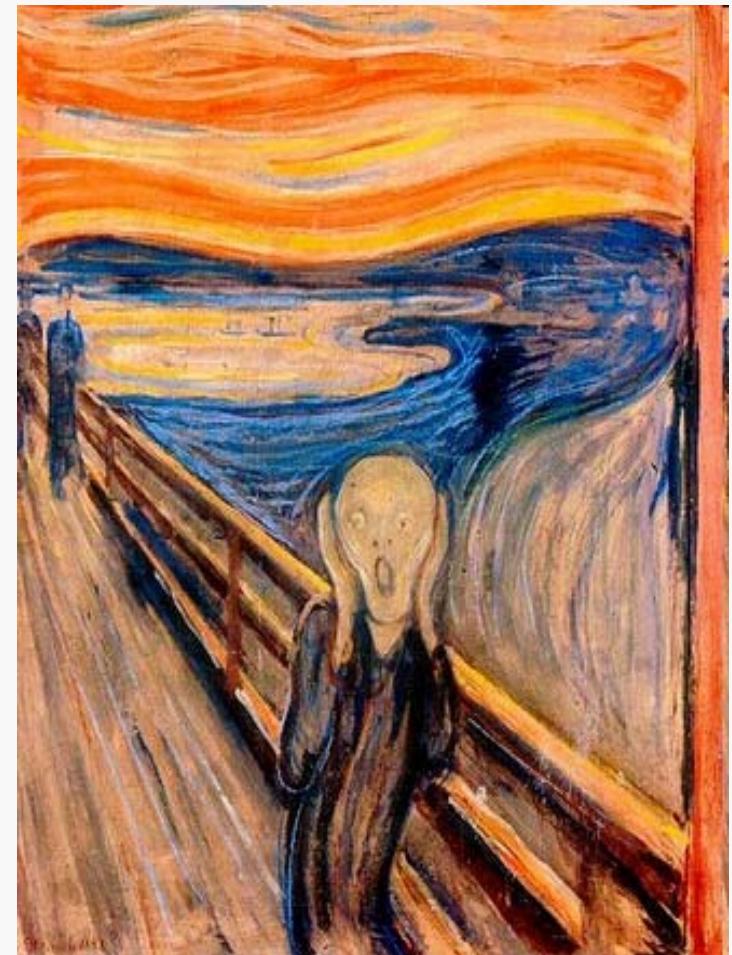
Contexto adecuado para iniciar la transformación **ya!**

- Necesidad de financiación inmediata para mantener la calidad del sistema.
- La adición de más fondos sólo resolverá el “match-point” no el partido.
- Se hace necesario transformar el sistema para mantener la cohesión, mejorar la calidad y hacerlo sostenible.



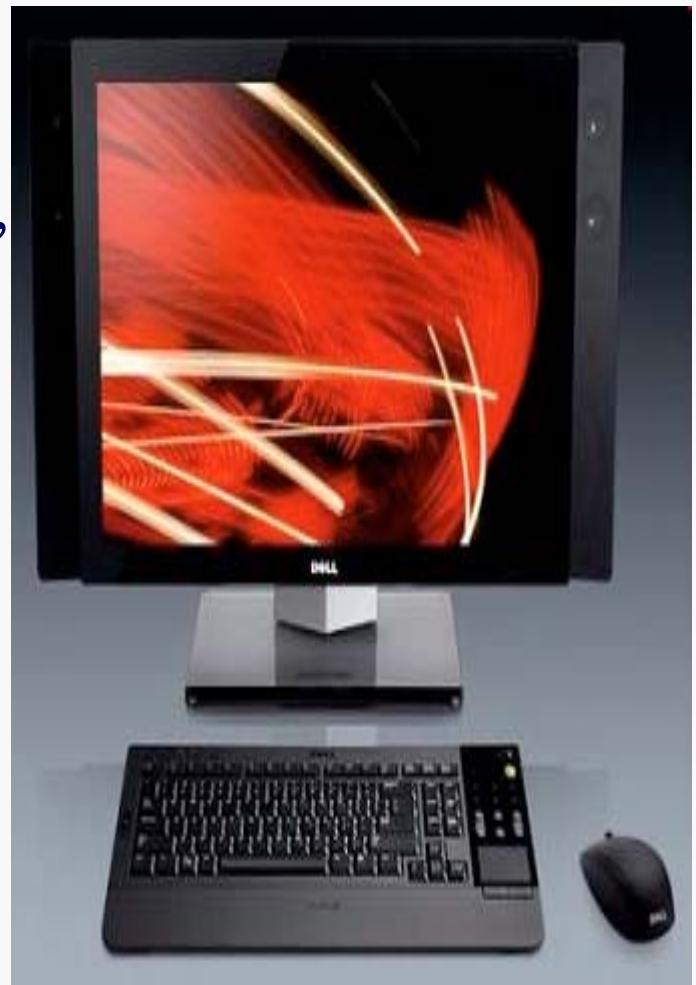
1-Lo más urgente: Financiación.

1. Presupuestar costes reales del servicio.
2. Debatir ingresos adicionales ¿finalistas?
3. Debatir el papel de la Seguridad Social.
4. Moratoria de nuevas prestaciones hasta equilibrar el sistema.
5. Uso de presupuestos capitativos ajustados por necesidad que evolucionen con la economía.



2-Conectar los dispositivos asistenciales, desburocratizar y apoyar a los profesionales.

1. Historia clínica electrónica.
2. Conexión APS-Especializada, lab, radiología digital.
3. Receta electrónica.
4. Apoyo prescripción y diagnóstico.
5. Telemedicina básica.
6. Cita y trámites administrativos web.

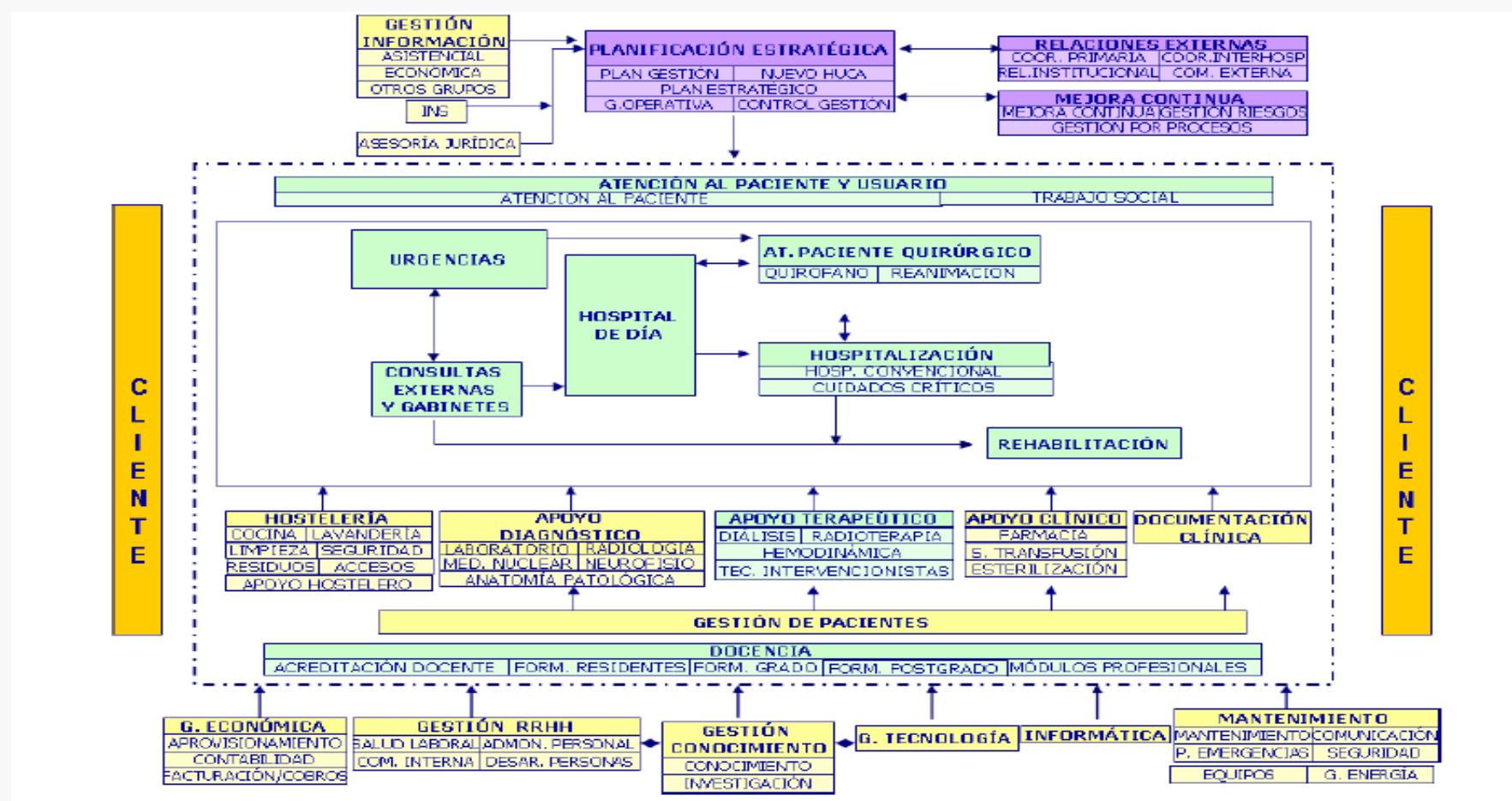


3.-Obsesión en medir resultados y compararse. Base de la investigación y evaluación.

1. Contratos programa como forma de relación en todas las unidades.
2. Herramientas para los profesionales para saber cómo van.
3. Benchmarking entre centros.
4. Publicar resultados en web.
5. Fomento de la investigación clínica y operativa.
6. Evaluación tecnologías y nuevos medicamentos.



4-Reorganizar en torno a procesos asistenciales.



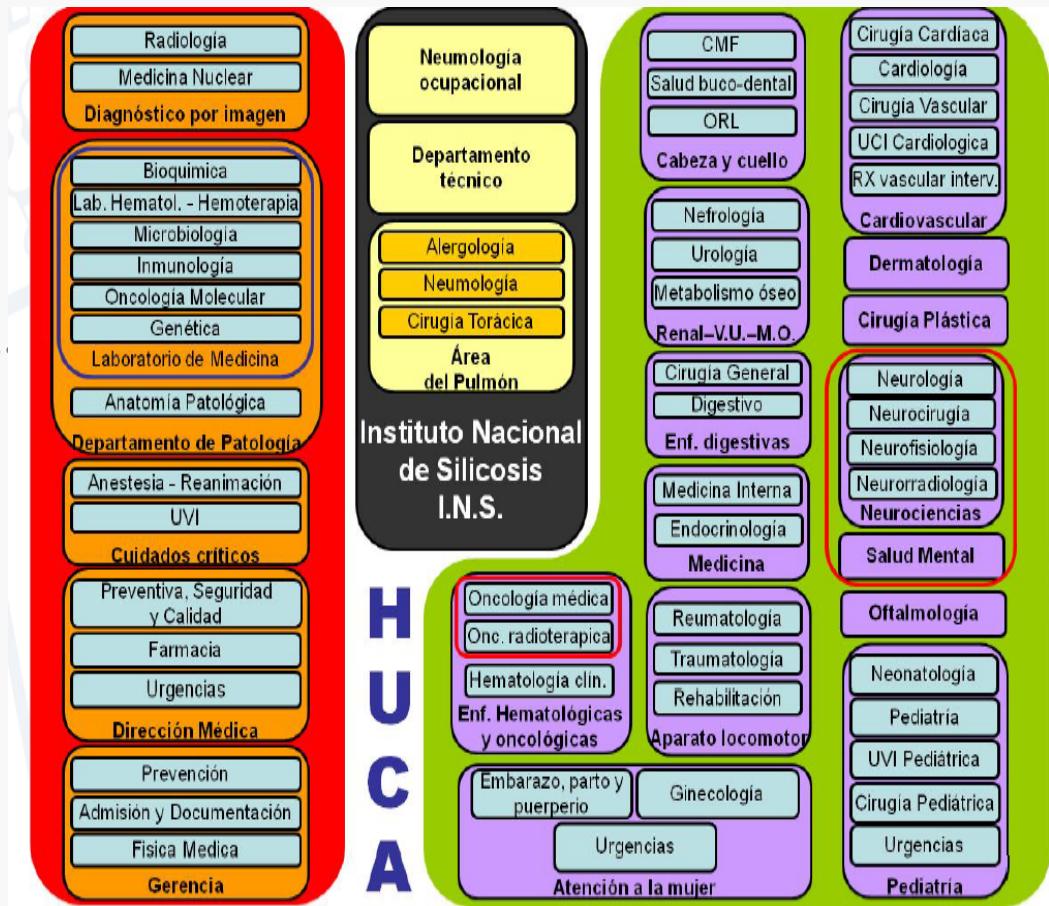
Lo que significa...



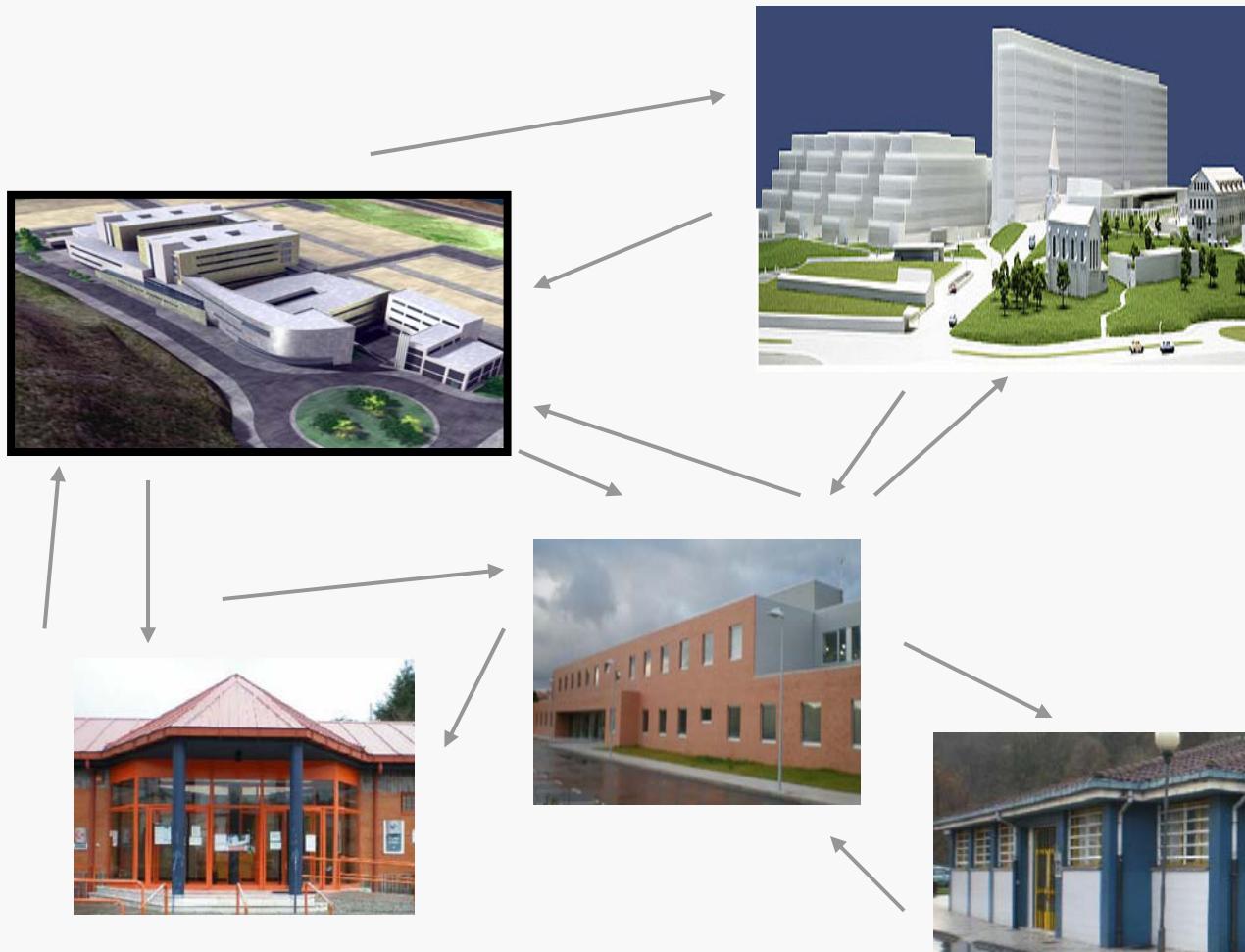
© Oscar Moracho

5-Profesionales más involucrados en el gobierno de los centros.

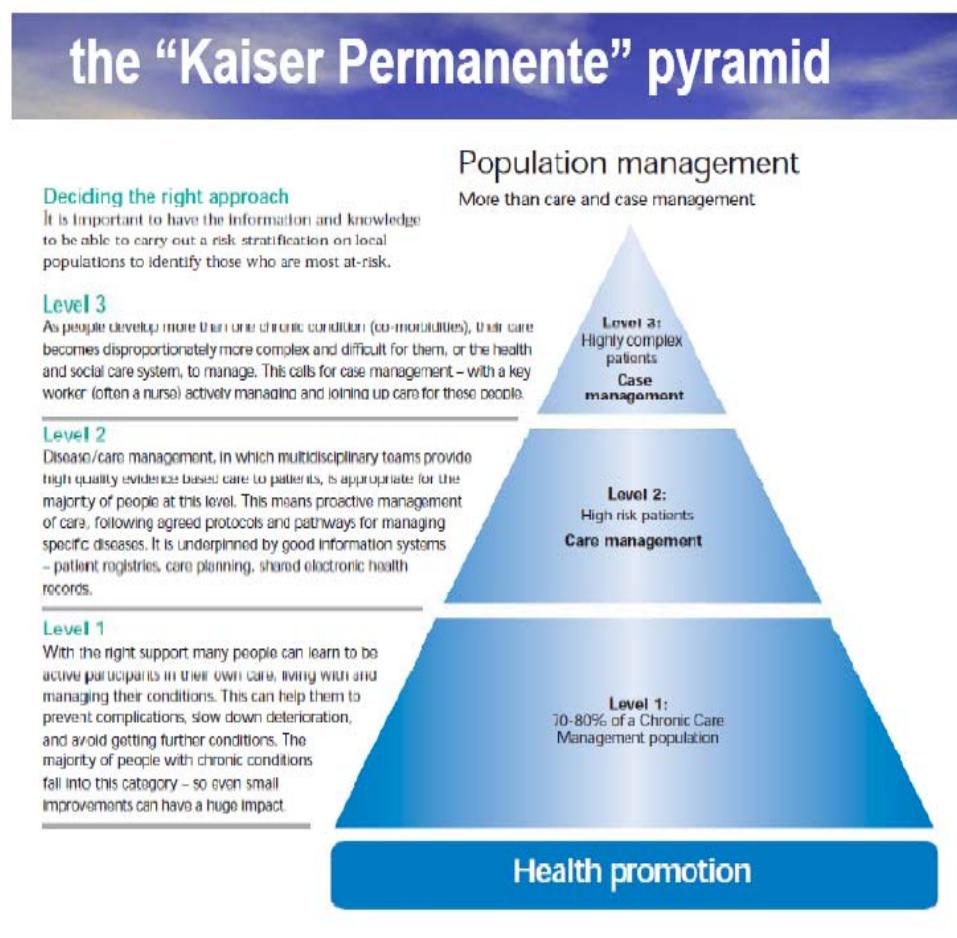
1. Desarrollo de unidades y áreas de gestión clínica en todo el sistema.
2. Desarrollo de incentivos ligados a resultados.



6-Red cooperativa, conectada, comparte personal, vías clínicas y servicios. Alianzas estratégicas. Reducir niveles administrativos intermedios. Reordenación de flujos de pacientes.



7- Cambio de paradigma: De la atención a la enfermedad a mantenerse sano. Estratificación de riesgos.



8-Desarrollo local del modelo atención a enfermos crónicos

Wagner



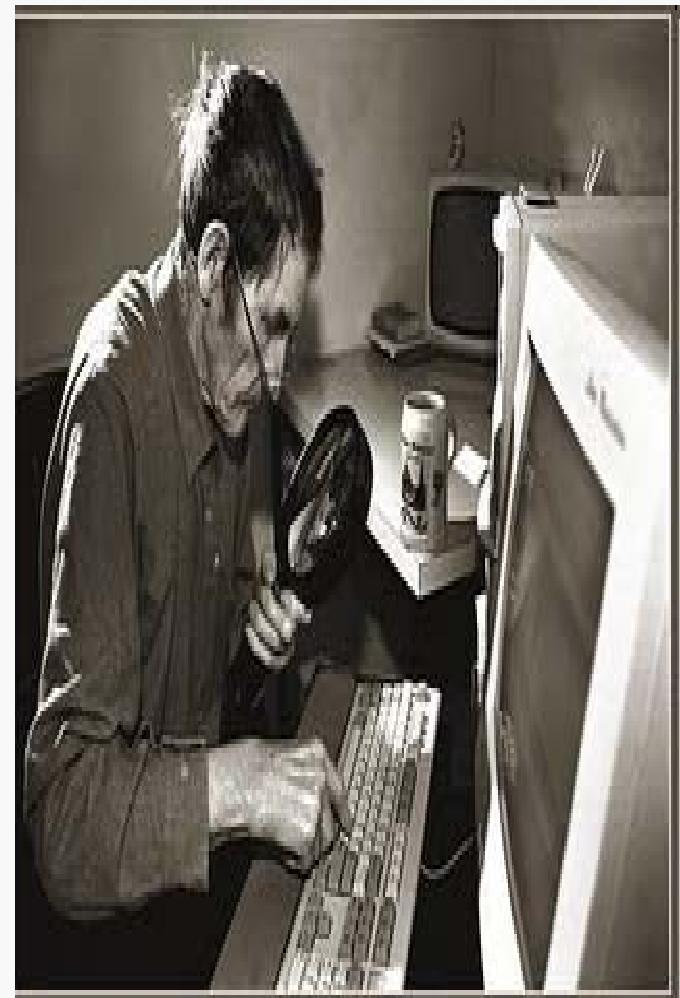
9-Organizar y desarrollar el espacio sociosanitario con acciones concretas.

1. Atención a pacientes terminales.
2. Dispositivos intermedios de apoyo pacientes salud mental.
3. Conexión con residencias tercera edad (polimedicados y crónicos).



10- Esencial: Modificar la gestión de personal.

1. Elaborar mapas de competencias para el desempeño y evaluación profesional.
2. Potenciar nuevos roles para la enfermería.
3. Incentivar el ejercicio profesional en salud pública.
4. Profesionalizar la gestión pública de los servicios.
5. Productividad variable en función de resultados.
6. Centrarse en el núcleo del servicio clínico externalizando la plataforma logística.
7. Mayor autonomía de los centros dentro del presupuesto con reducción de niveles gerenciales.



Y la gente? Dónde está la gente?



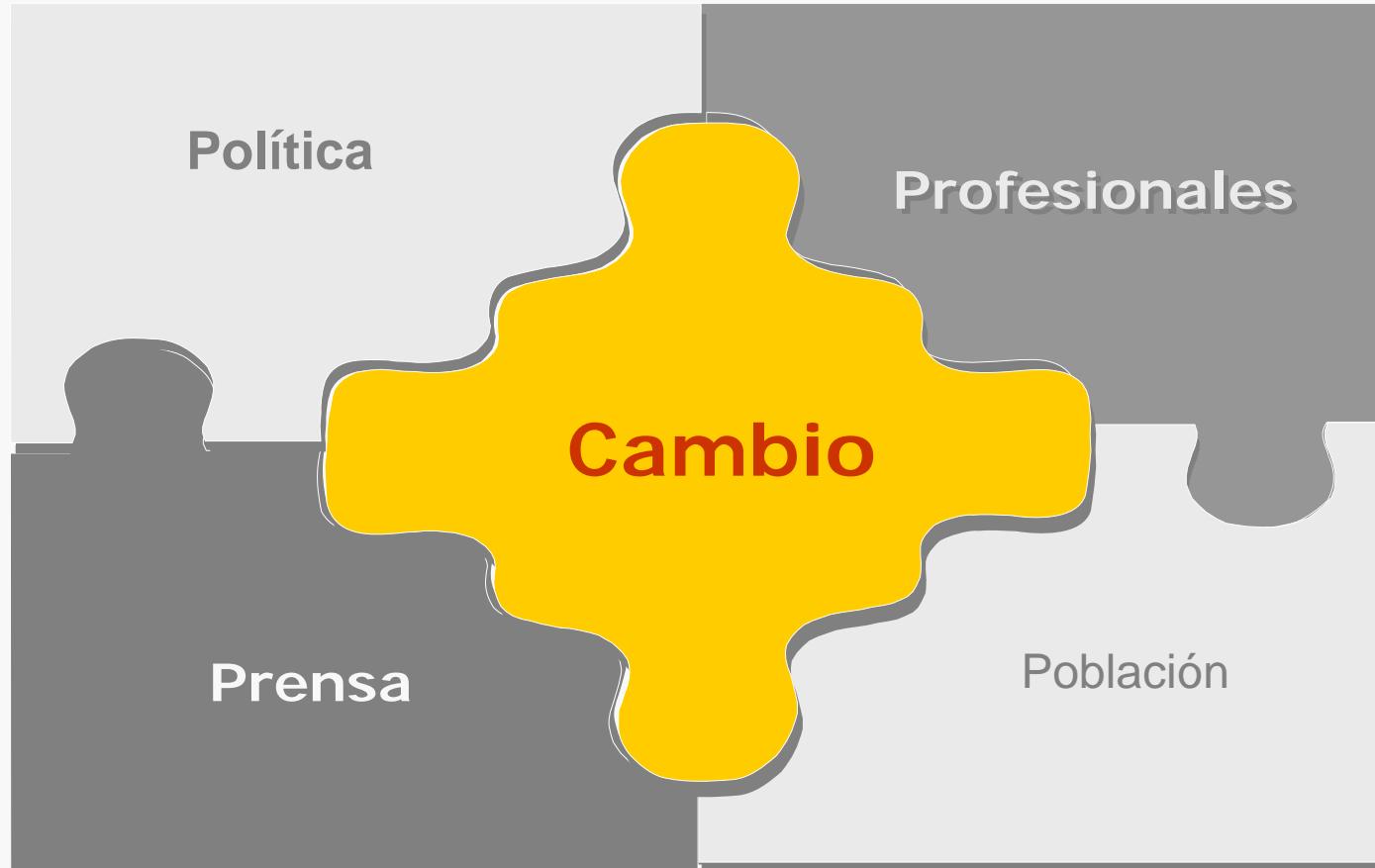
Todavía no ha llegado. **Pero llegará!**

La dificultad de la representatividad y la participación real.

¿Es posible la transformación?



La verdadera confluencia



Liderazgo político:



Elemento crítico: Los profesionales.

1. Balancear libertad clínica con conocimiento de los recursos y responsabilidad en su gestión.
2. Hacer barato un TAC no indicado es tirar el dinero y radiar al paciente.
3. Organizar pensando en el paciente y no en el propio servicio. Incentivar.
4. Obsesionarse con medir los resultados de la propia actividad y hacerlos transparentes.
5. Necesidad de una interlocución profesional más allá del corporativismo y las condiciones de trabajo. Trabajar juntos.



Y la ciudadanía?

1. La medicina no puede resolver la vida de las personas.
2. Más no siempre es mejor. Tecnología tiene limitaciones y riesgos.
3. Necesidad de autocuidados.
4. La participación real conlleva compartir decisiones y costes.
5. El sistema es patrimonio de todos.

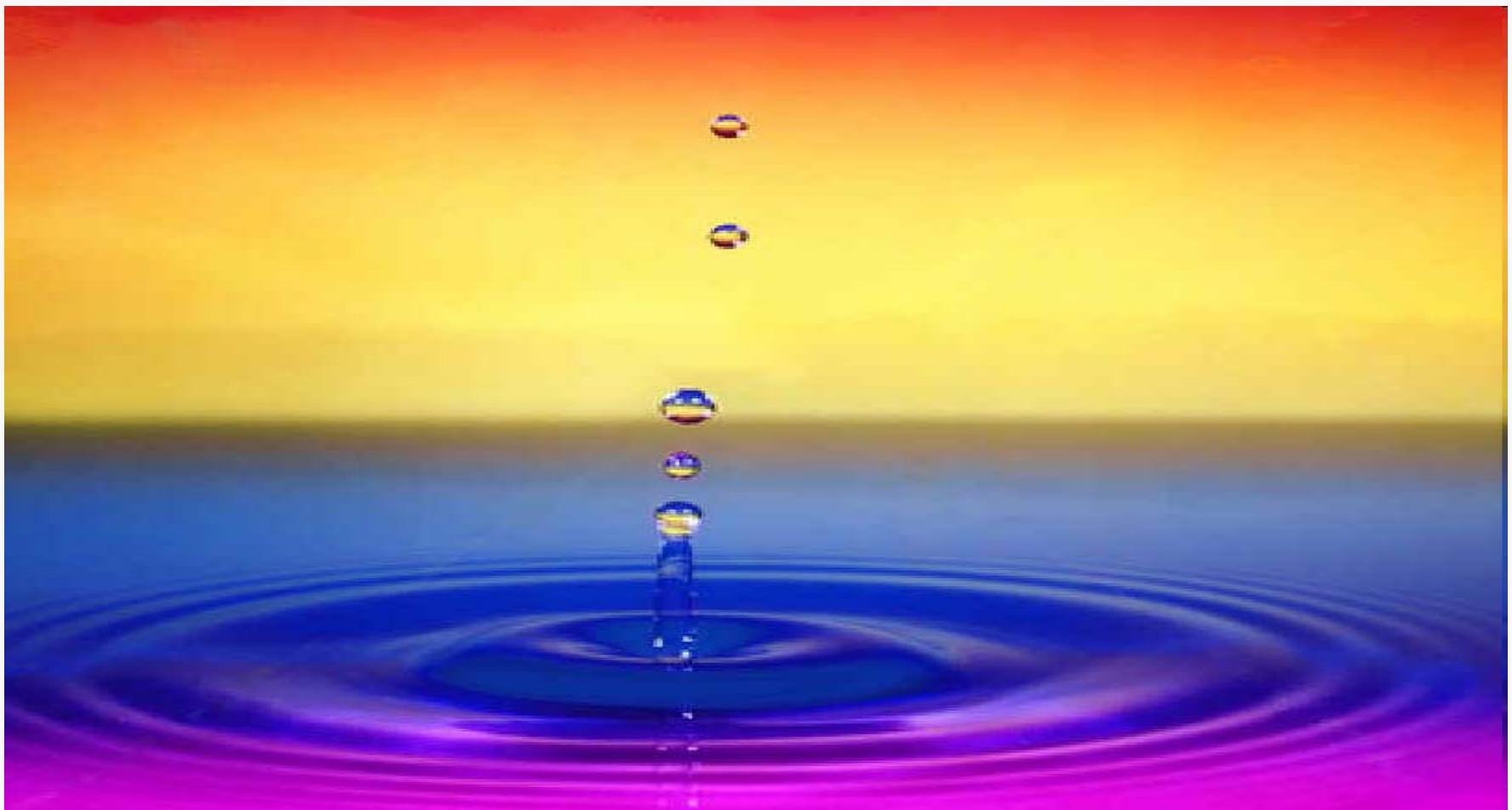


La importancia de los medios e Internet.

1. Ejemplo de las vacunas frente a meningitis y a la gripe A.
2. Cambios en la profesión periodística.
3. Mezcla de información y opinión.
4. Dificultad de distinguir información de calidad y contrastada de otra de nulo rigor.
5. Necesidad de sosiego, objetividad y crítica.



La transformación es imparable, mejor tratar de guiarla en beneficio de todos.



CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS



Muchas gracias! Alguna pregunta?

joseramon.quirosgarcia@asturias.org