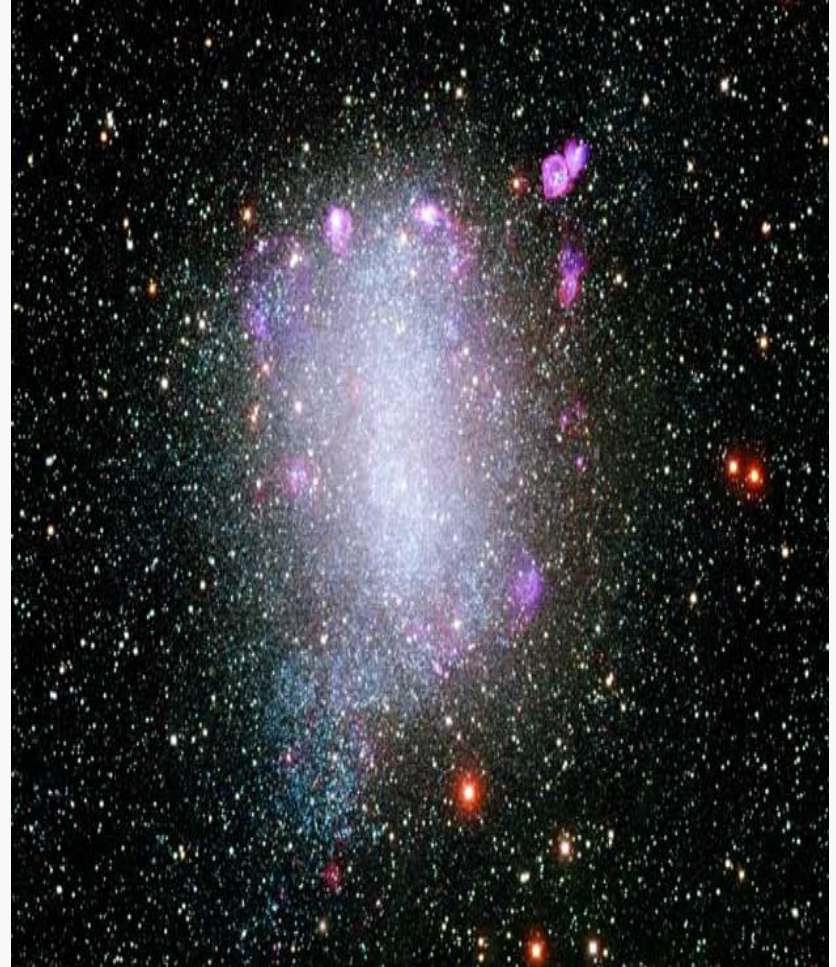


La transformación de la sanidad ¿Una tarea imposible?

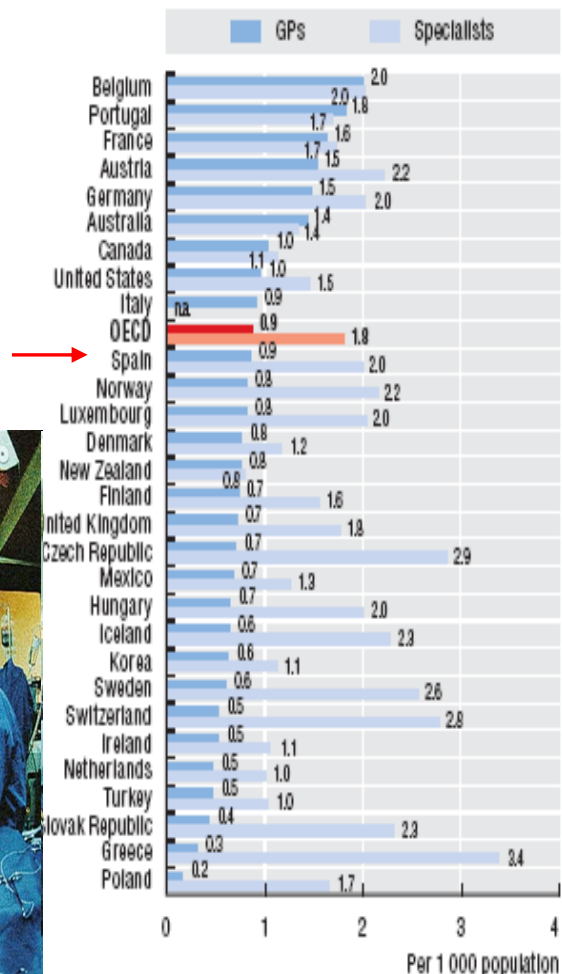
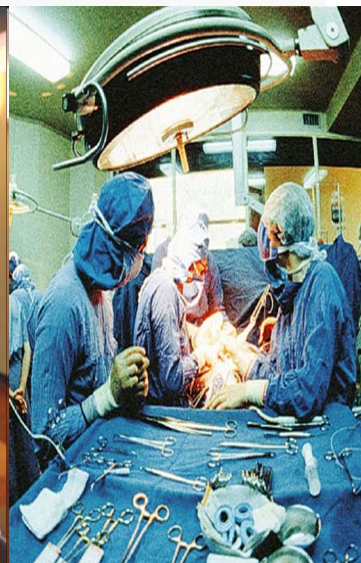
Madrid 23 marzo 2010

Preguntas a responder:

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

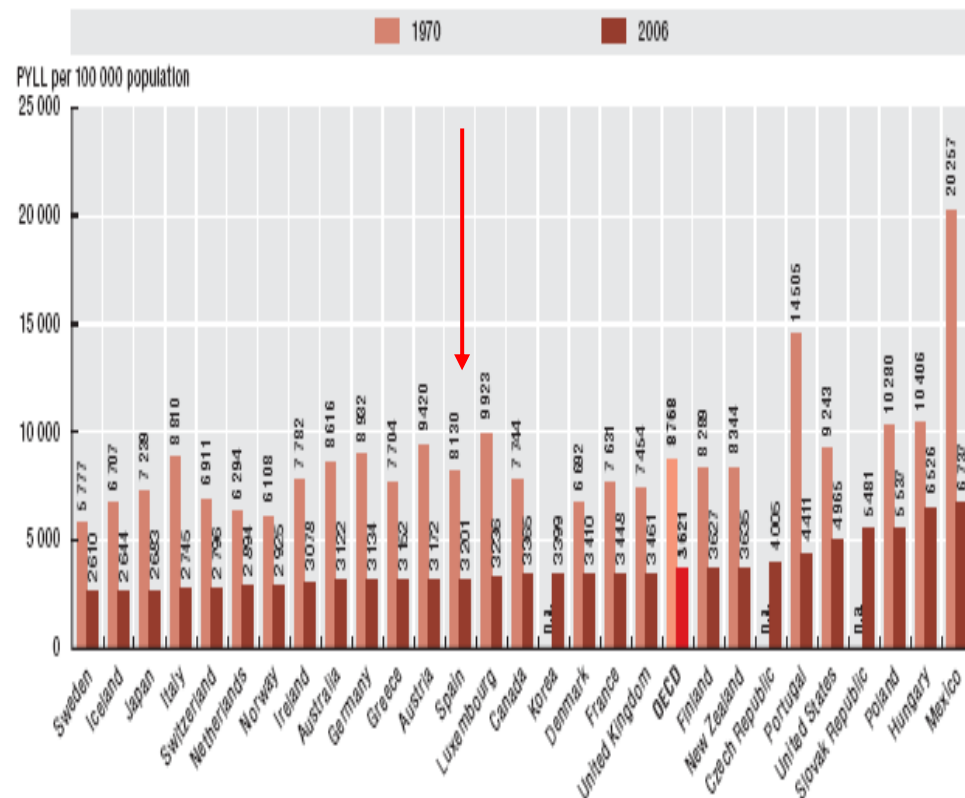


El sistema tiene evidentes fortalezas:



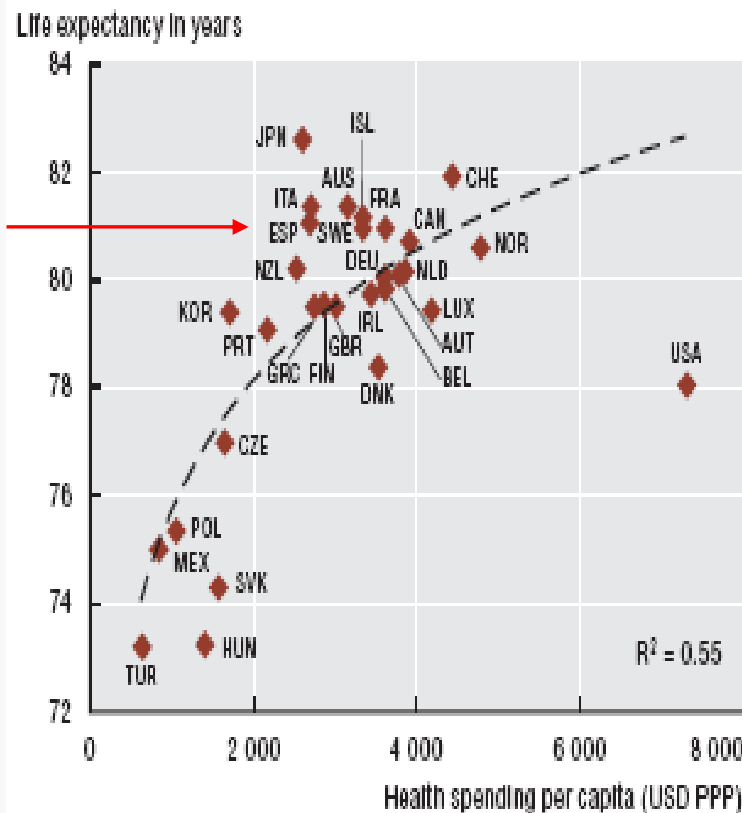
Buenos resultados a un coste aceptable.

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



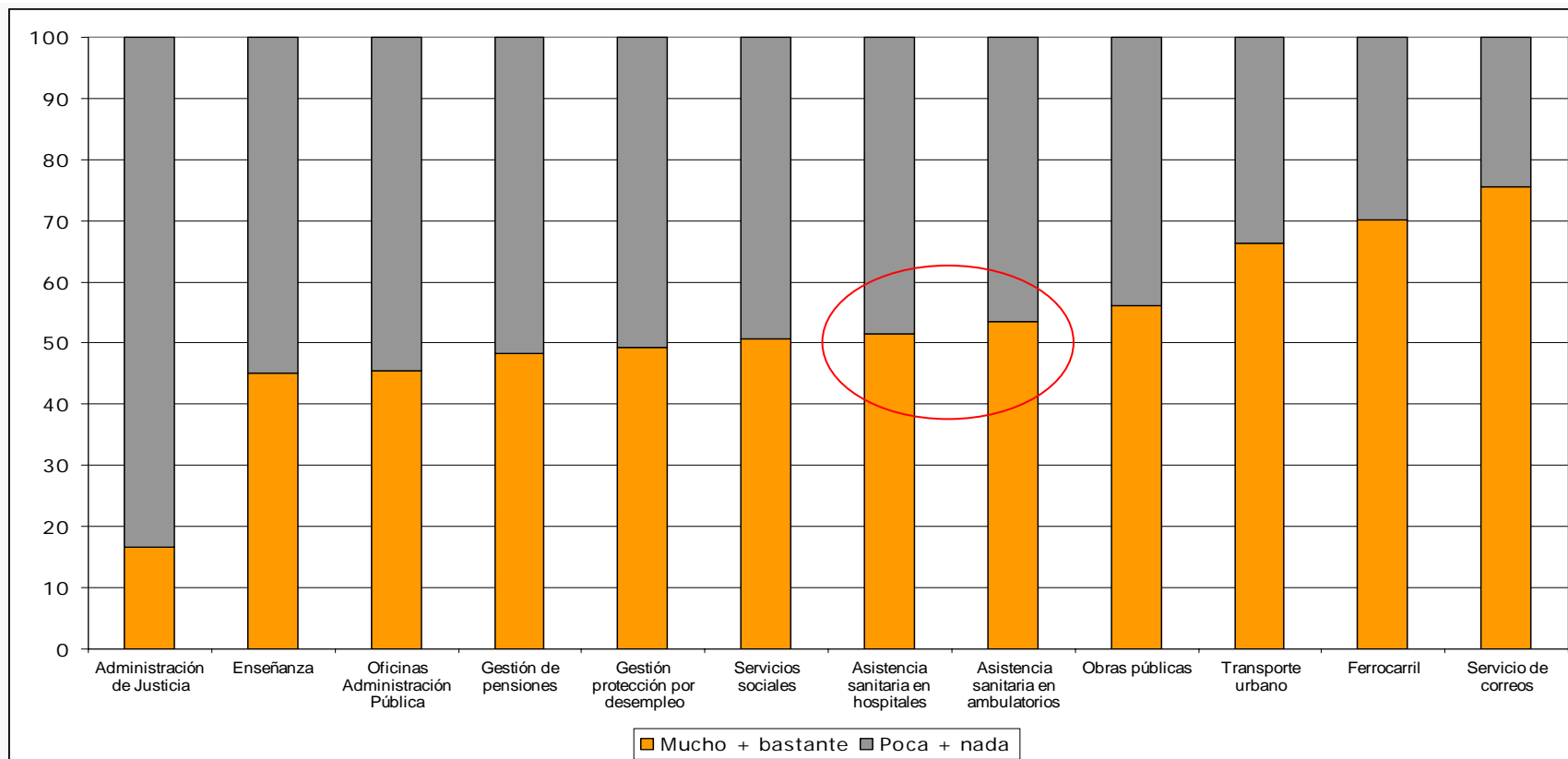
Source: OECD Health Data 2009. The raw mortality data are extracted from the WHO Mortality Database.

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



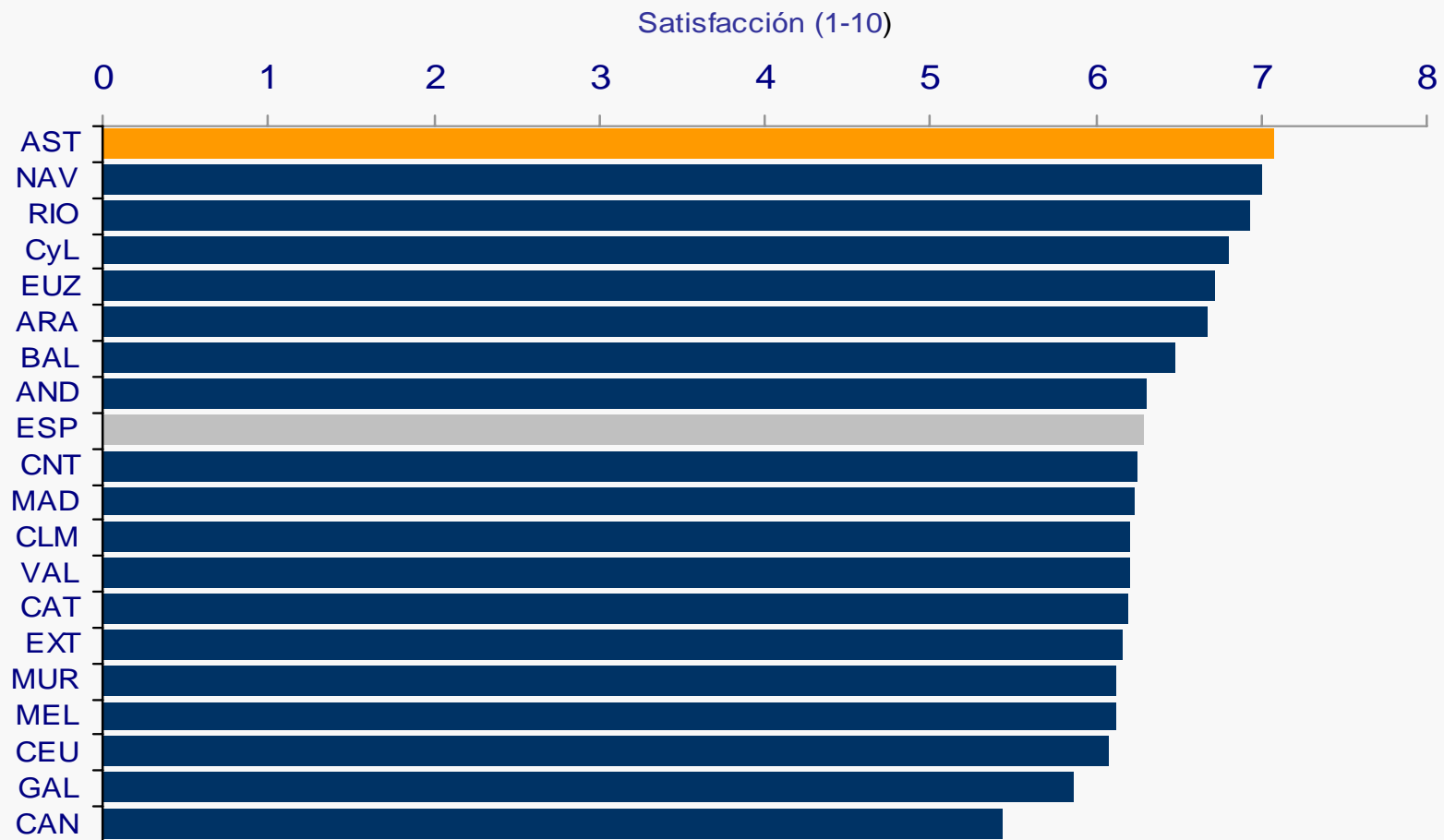
Opción "No tocar": Sistema bien valorado.

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

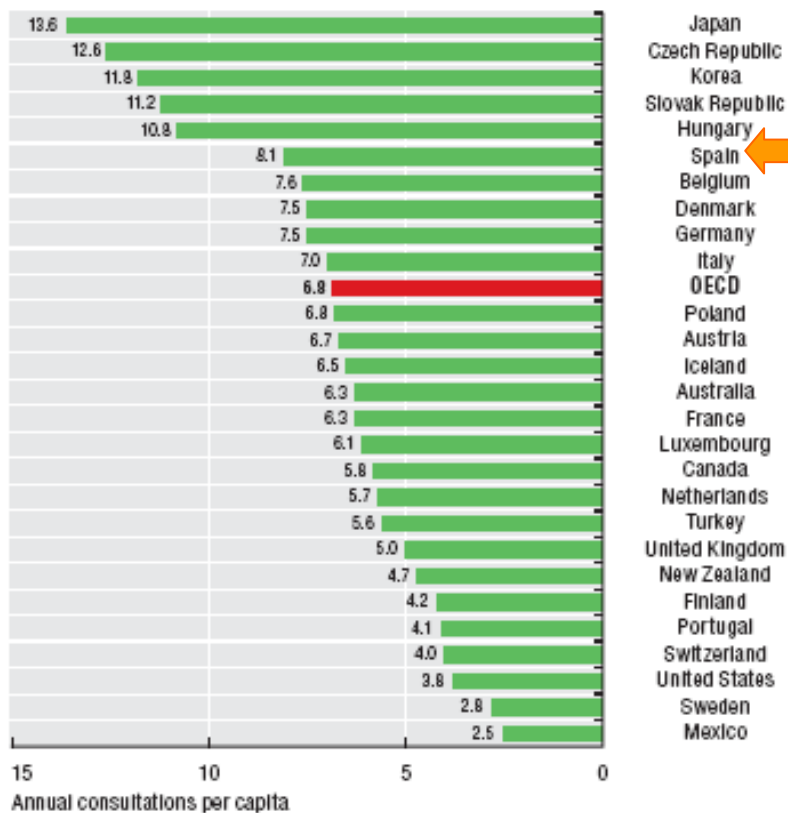
	2008	2004
Funciona bastante bien	19,2	19,8
Funciona bien necesita cambios	48,9	47,1
Necesita cambios fundamentales	26,2	27,1
Está tan mal que necesitamos rehacerlo	4,9	5,0

1-¿Medicalización? ¿Sobreutilización?

Consultas per capita OCDE 2009

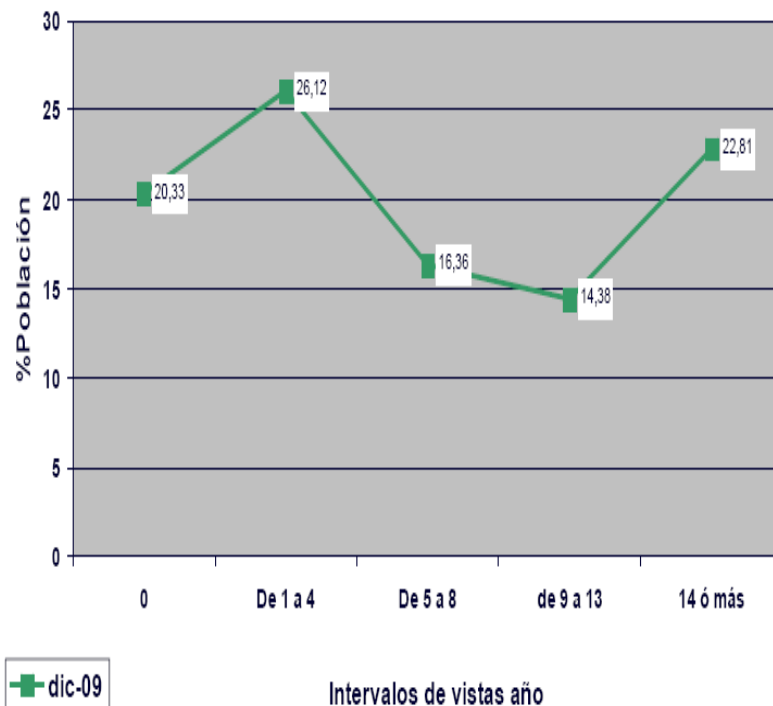
Curva de frecuentación atención primaria Asturias 2009

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



4.1.2

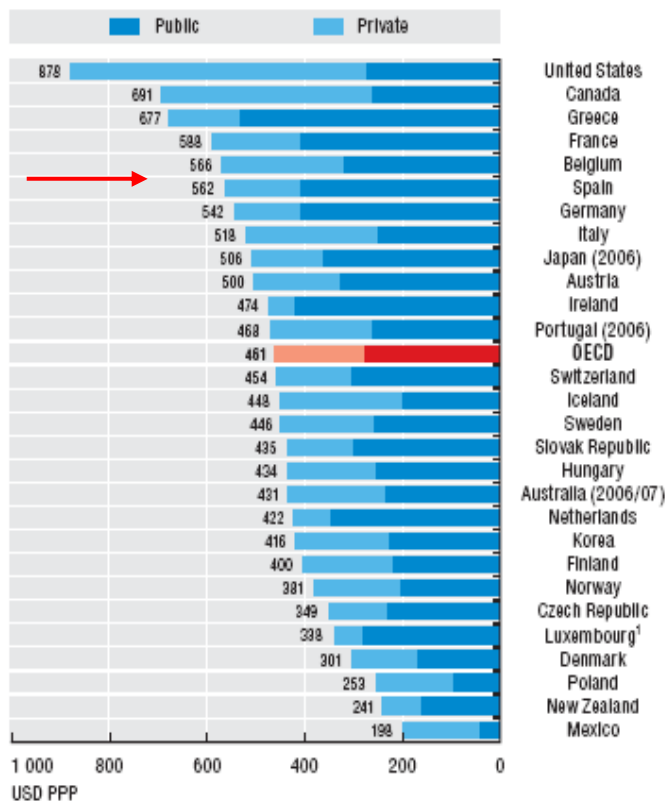
Curva de Frecuentación. ASTURIAS



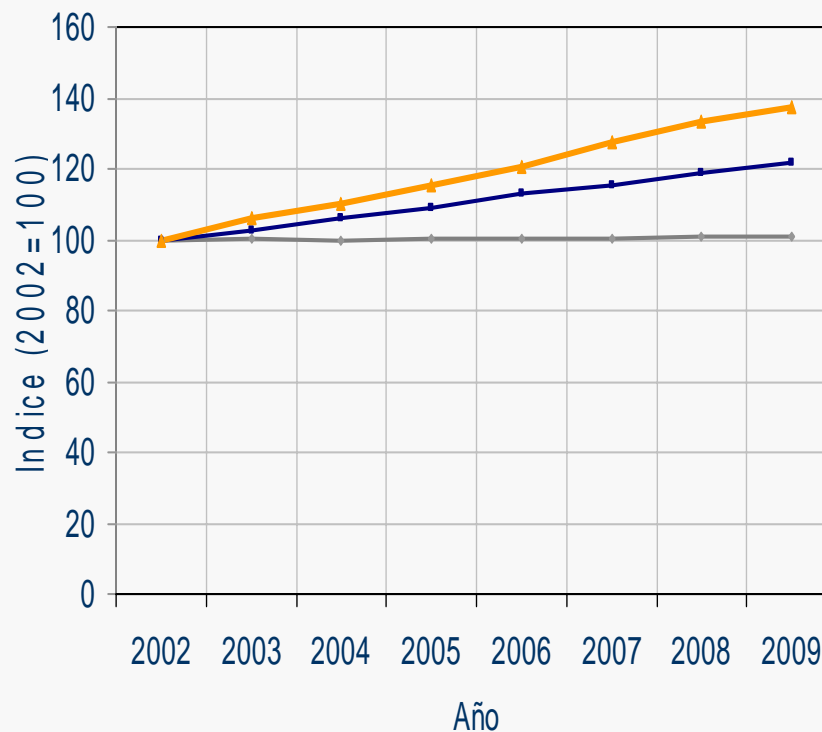
2-Recurrimos mucho al medicamento.

Gasto per capita medicinas. OCDE

Evolución recetas y población. Asturias 2002-2009.



1. Prescribed medicines only.

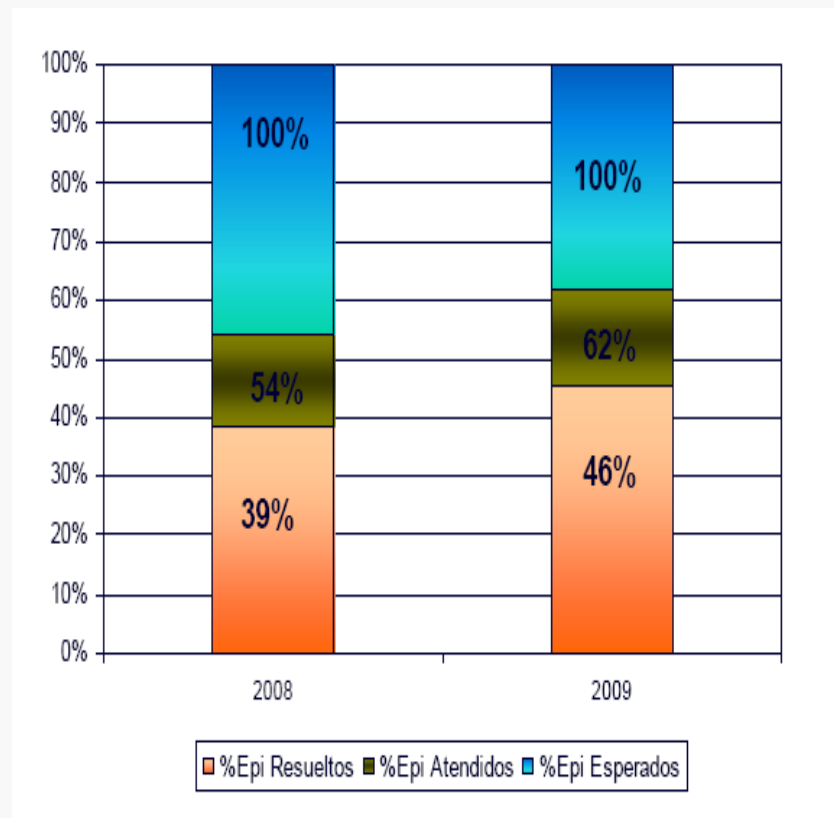
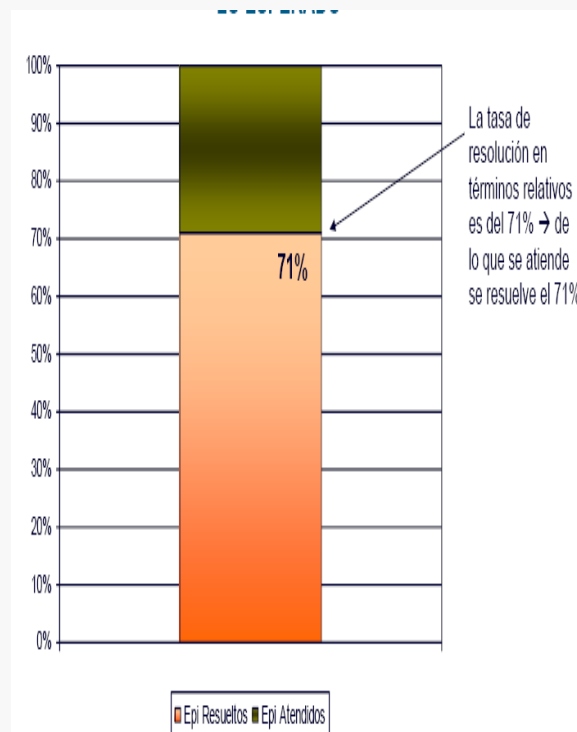


— Población — Mayores 74 — N recetas

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.

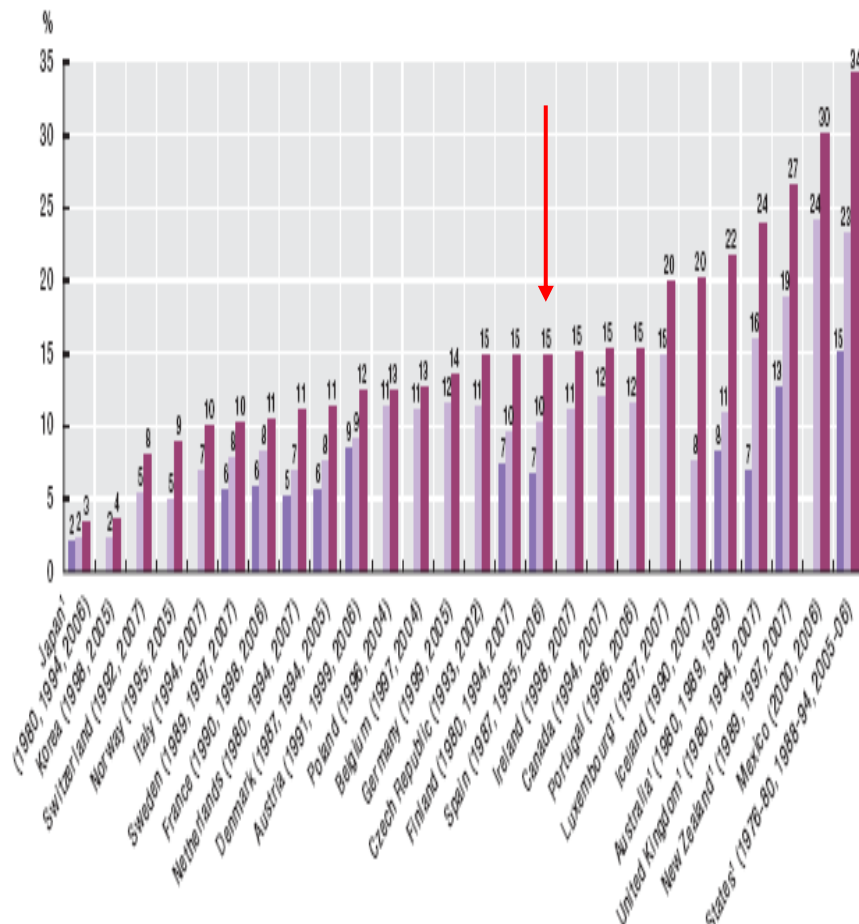
Resolución en APS Asturias 2009



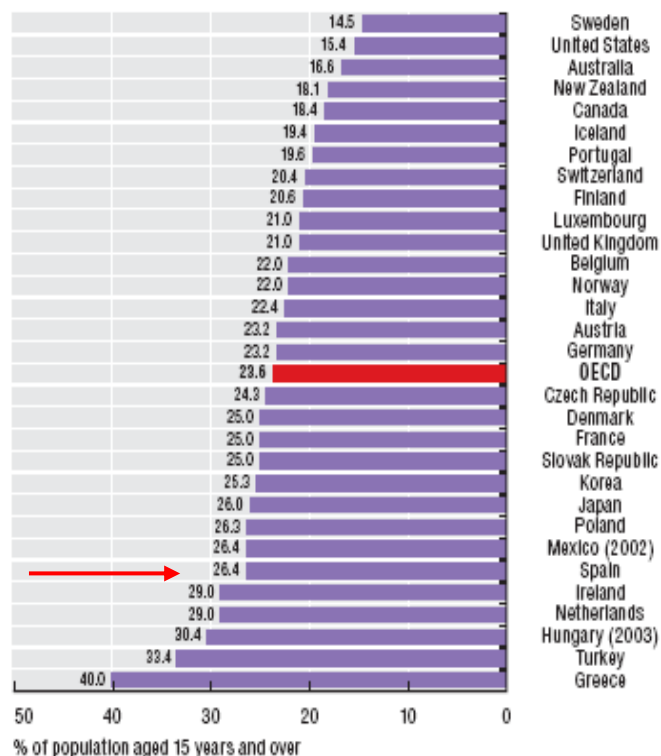
4-No estamos parando la enfermedad de mañana.

Tendencia de prevalencia obesidad.

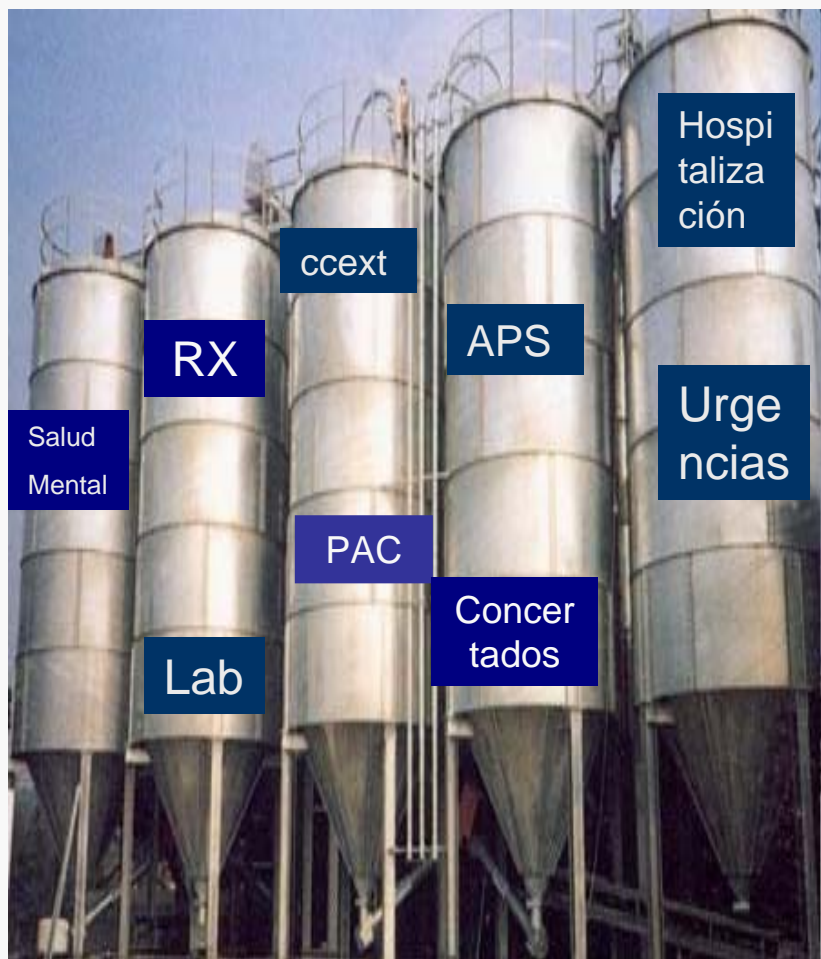
Prevalencia de fumadores diarios. OCDE2009



2.5.1 Percentage of adult population smoking daily, 2007 (or latest year available) 2.5



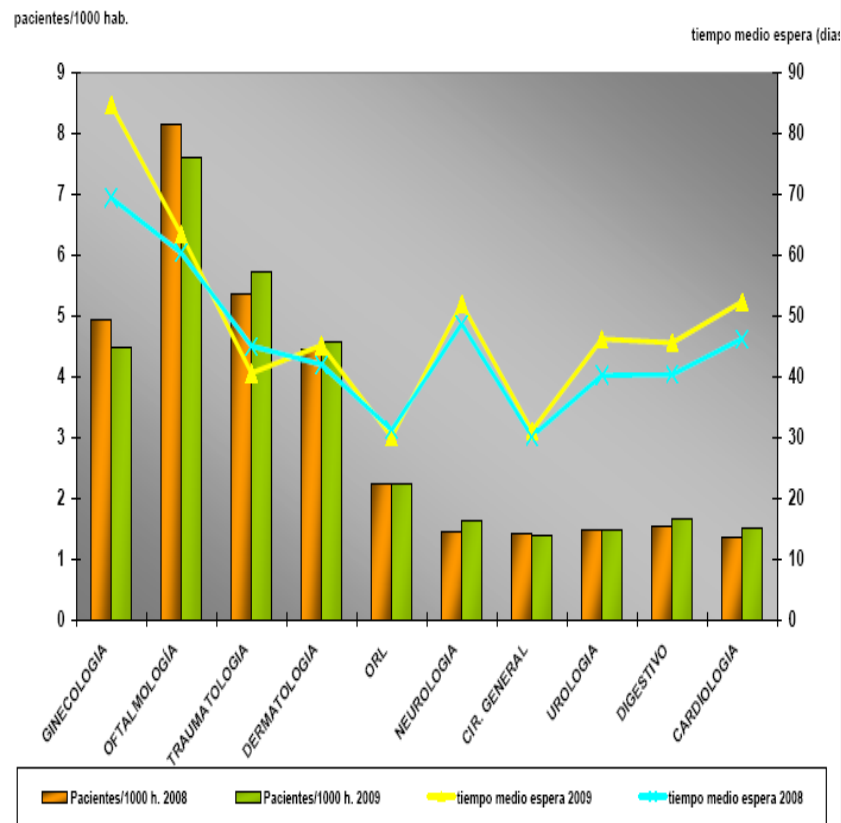
5-Sistema muy fragmentado sin visión global.



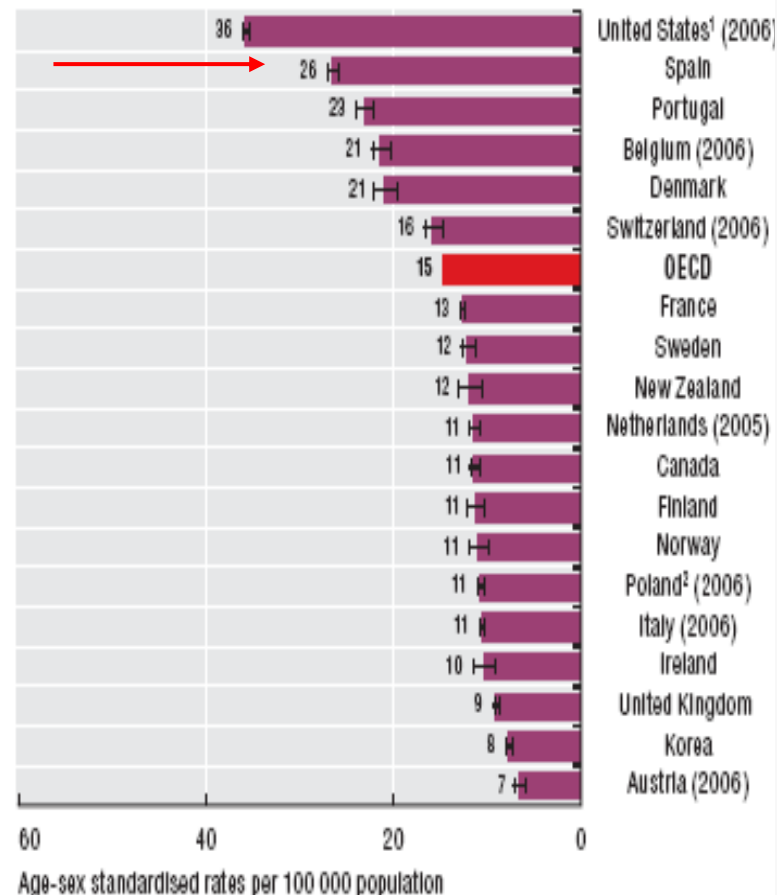
Y eso causa esperas y problemas de continuidad asistencial.

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)

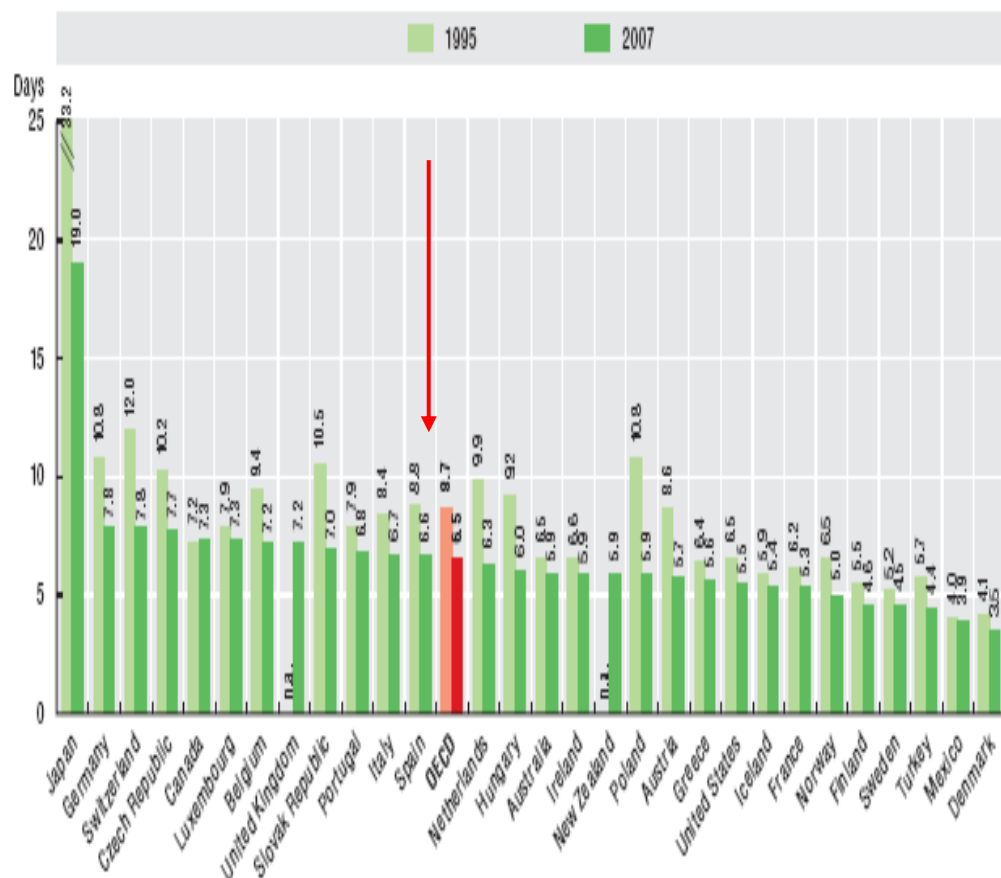


6-Nuestros pacientes han cambiado. Nuestros dispositivos asistenciales poco.

Mapa de Camas							
Camas: 28 / Pacientes: 27							
Control de Enfermería: JH. 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  81 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 -	412A  54 Años -	413A  84 Años -	413B  86 Años -	414A  91 Años -

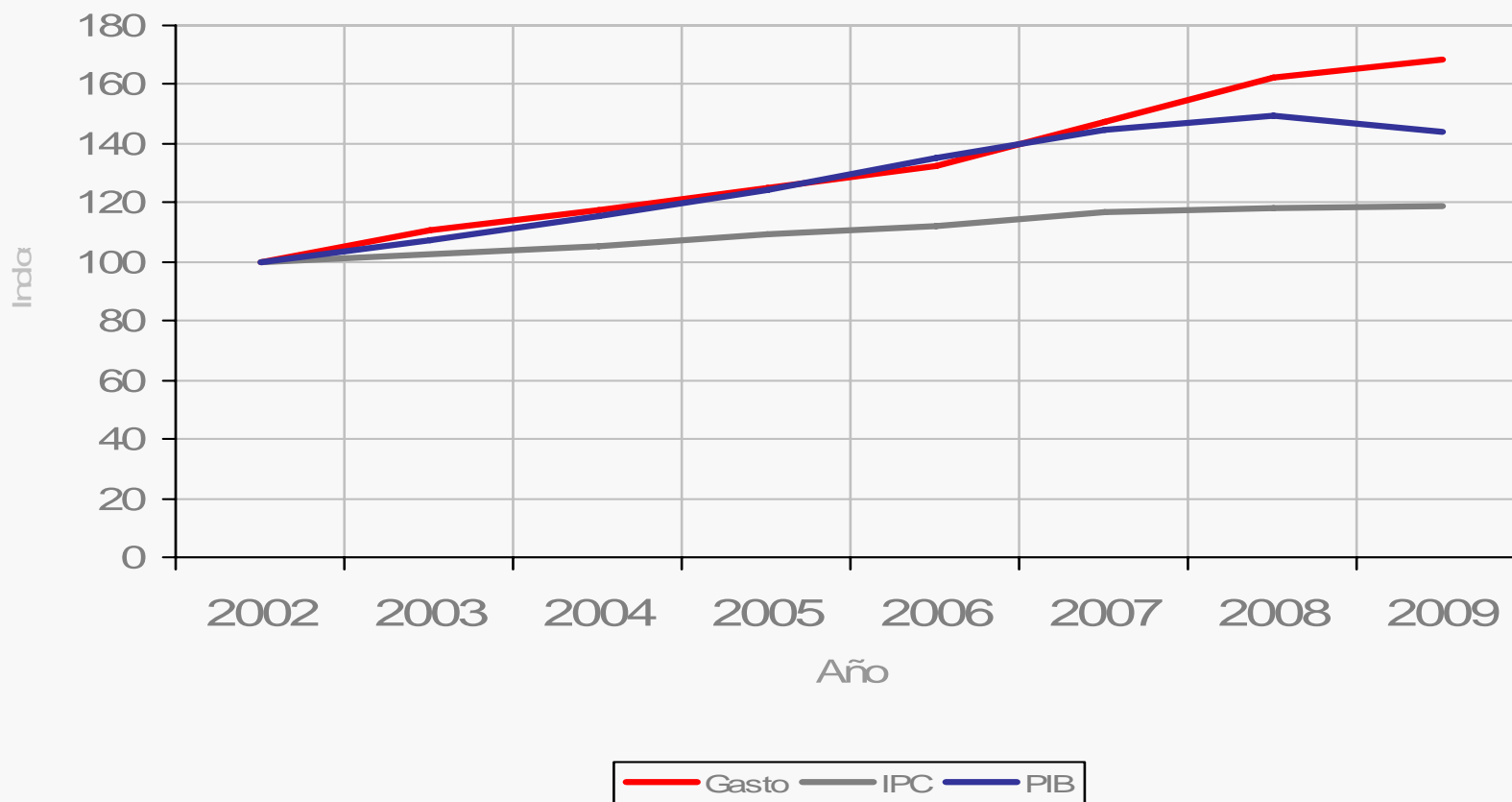
Y eso origina dificultades al alta.

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.

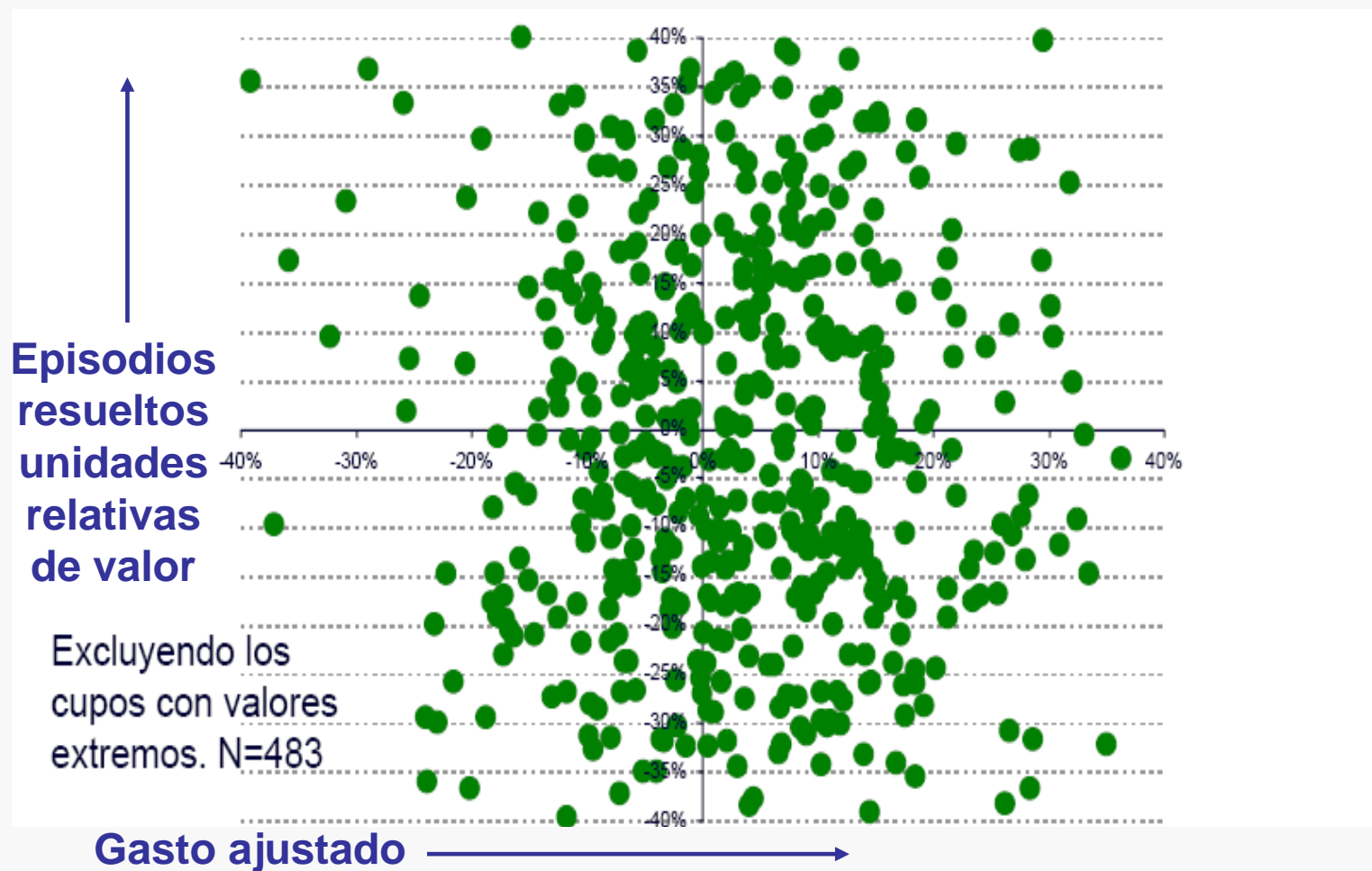
Evolución de gasto sanitario, IPC y PIB Asturias 2002-2009. (Índice 2002=100)



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**

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

INICIO NOTICIAS DEPORTES ECONOMÍA OPINIÓN/BLOGS GENTE

Oviedo Gijón Avilés Cuenca Oriente Occidente Centro Asturias España Internacional **Sociedad**

Los traslados 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 ★★★★★

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 traslados 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 desahogados de su plaza simplemente por ser más jóvenes (de ahí el título de la noticia).

elcomercio digital.com

19 marzo 2010 Clasificados: 11670.com Vivienda Empleo Coches mujerhoy.com Hoyhoy

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

Gijón Oviedo Avilés Cuenca Bierzo y Centro Oriente Occidente Más Concejos **lne.es** Anuario Guía Prod. de Asturias

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

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

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

10.02.10 - 05:39 - LAURA F. MAYORDIANO | GIJÓN

★★★★★ 6 votos 6 Comentarios | Comparte esta noticia

Trabajo 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 traslados del Sespa -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?



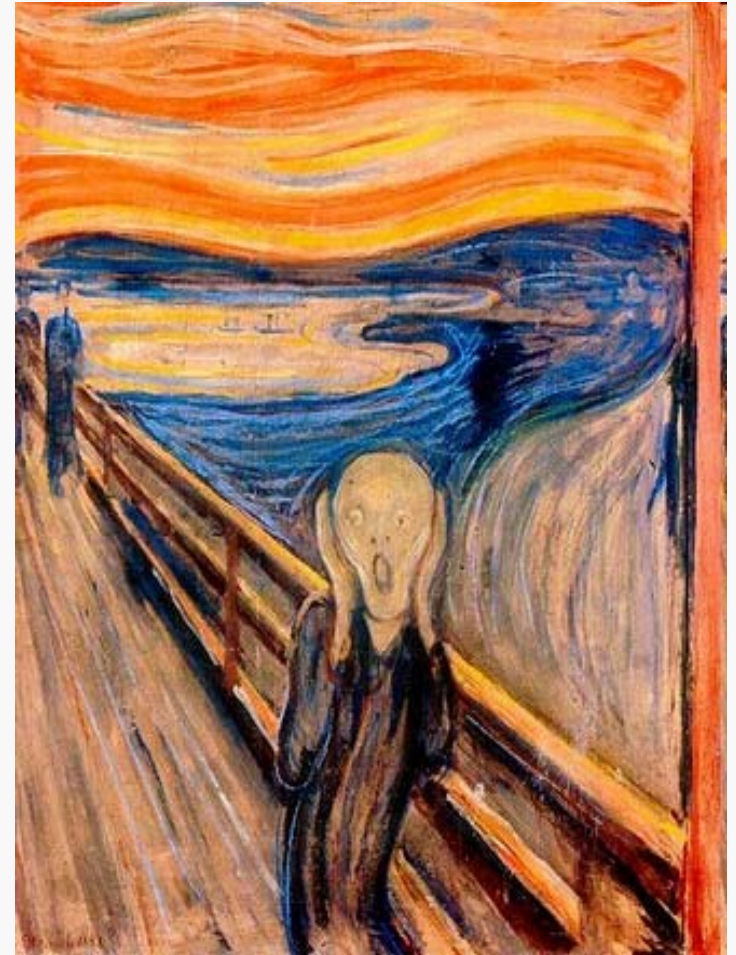
Contexto adecuado para iniciar la transformación **ya!**

- 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.



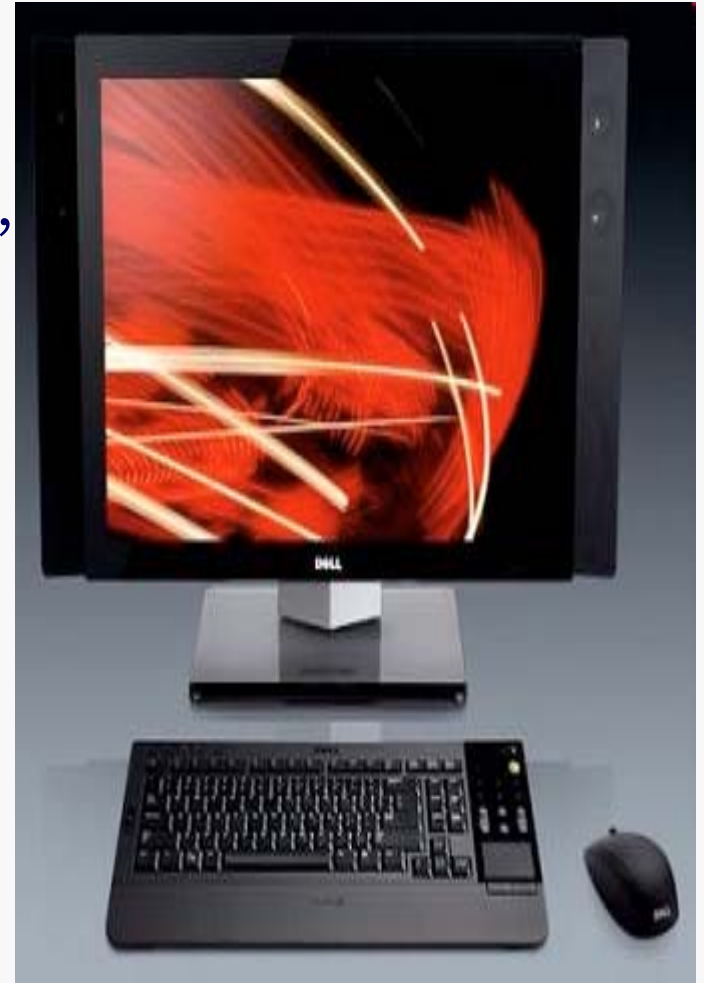
1-Lo más urgente: Financiación.

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.

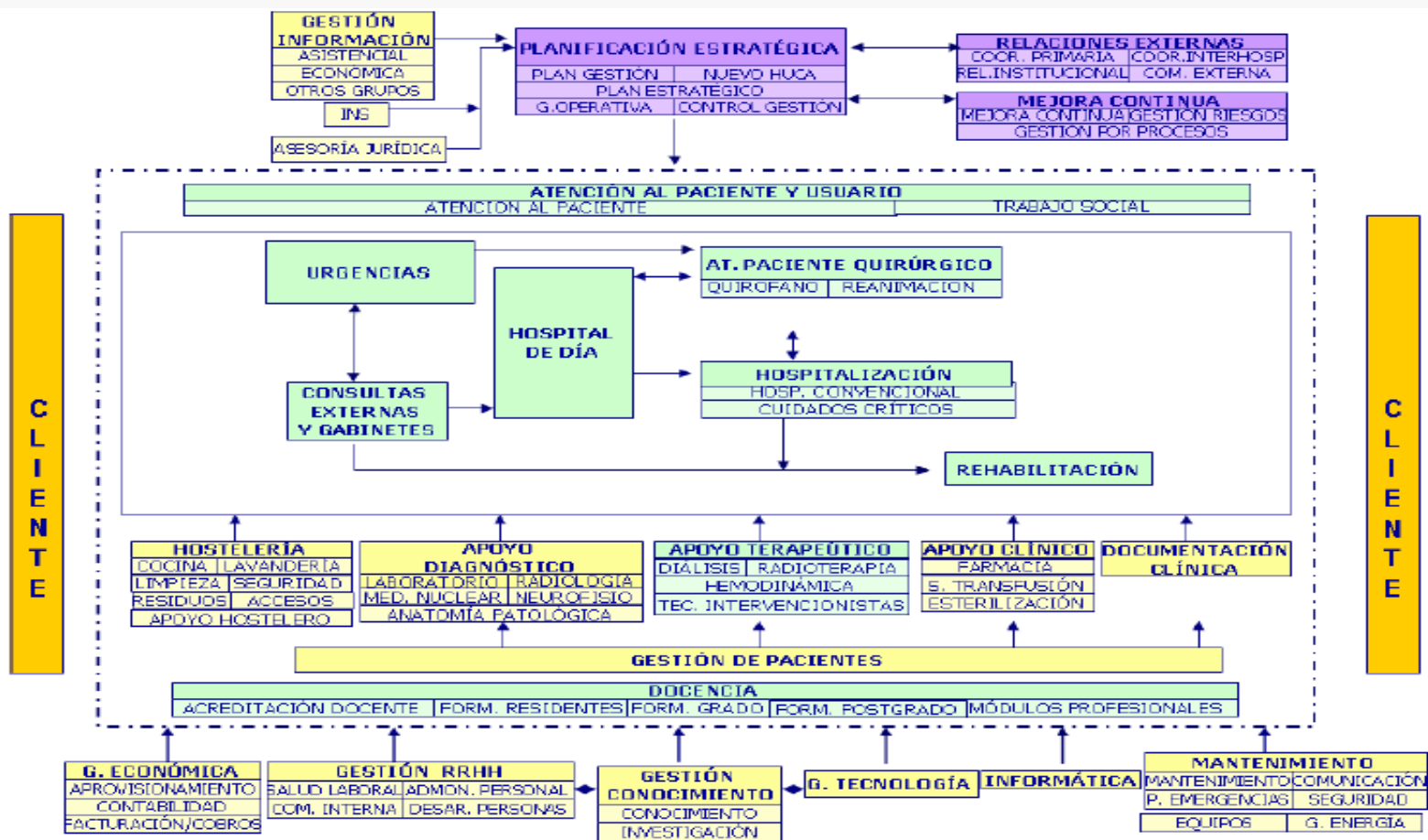


3-Obsesión en medir resultados y compararse. Base de la investigación y evaluación.

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.

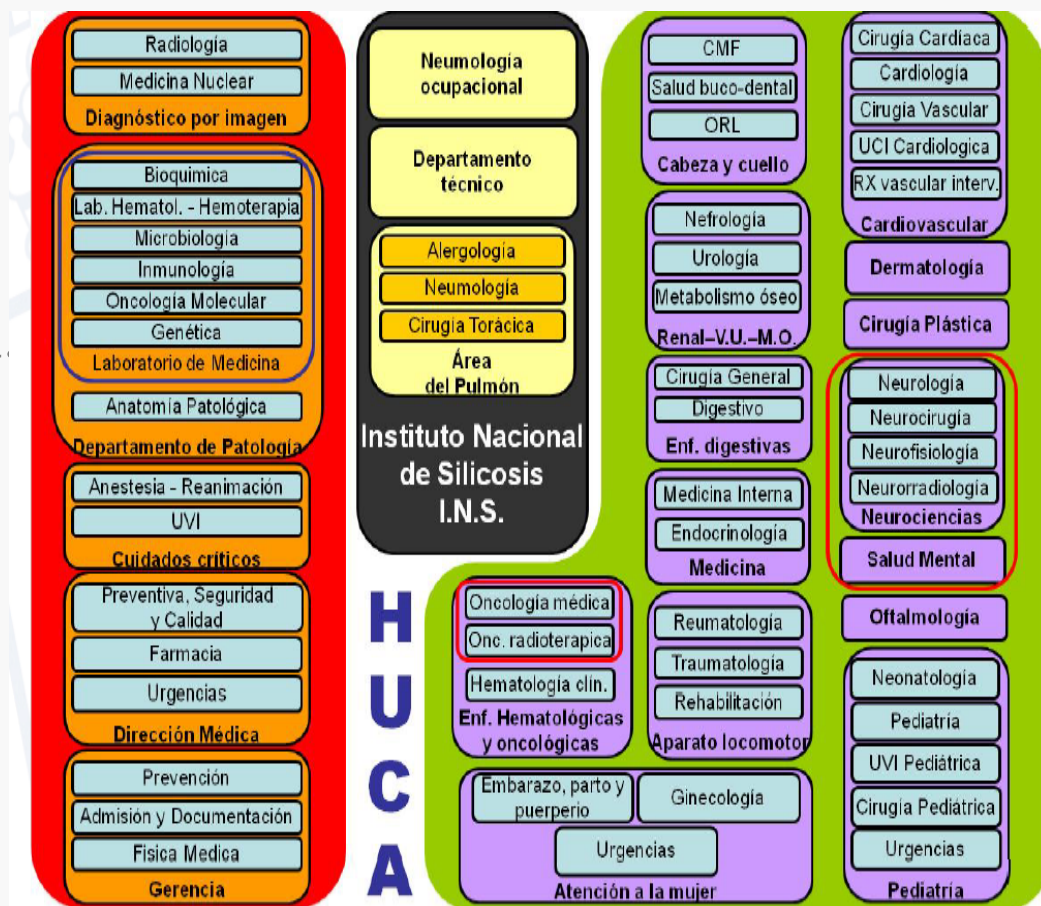


Lo que significa...

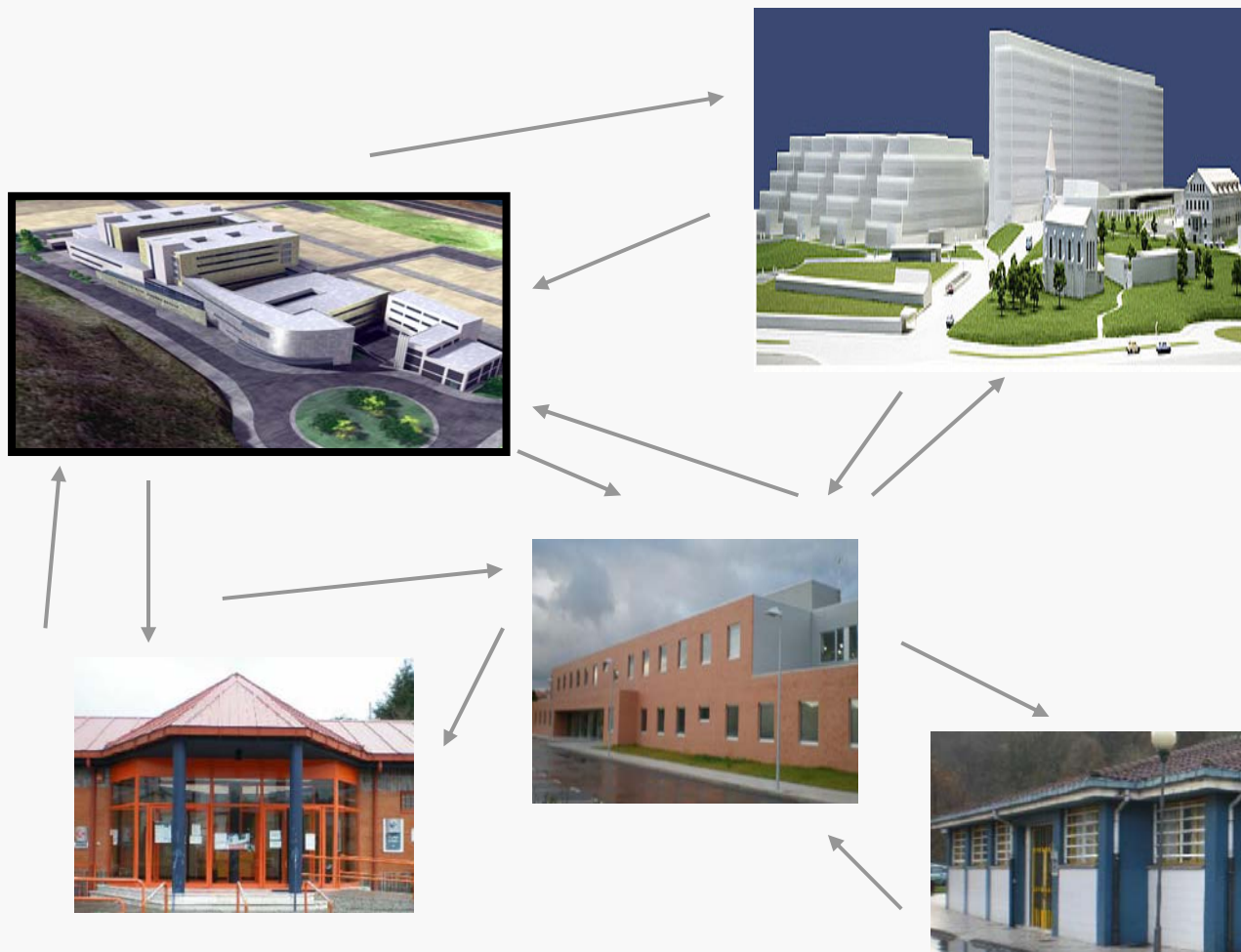


5-Profesionales más involucrados en el gobierno de los centros.

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.



the “Kaiser Permanente” pyramid

Population management

More than care and case management

Deciding the right approach

It is important to have the information and knowledge to be able to carry out a risk stratification on local populations to identify those who are most at-risk.

Level 3

As people develop more than one chronic condition (co-morbidities), their care becomes disproportionately more complex and difficult for them, or the health and social care system, to manage. This calls for case management – with a key worker (often a nurse) actively managing and joining up care for these people.

Level 2

Disease/care management, in which multidisciplinary teams provide high quality evidence based care to patients, is appropriate for the majority of people at this level. This means proactive management of care, following agreed protocols and pathways for managing specific diseases. It is underpinned by good information systems – patient registries, care planning, shared electronic health records.

Level 1

With the right support many people can learn to be active participants in their own care, living with and managing their conditions. This can help them to prevent complications, slow down deterioration, and avoid getting further conditions. The majority of people with chronic conditions fall into this category – so even small improvements can have a huge impact.

Level 3:
Highly complex
patients
Case
management

Level 2:
High risk patients
Care management

Level 1:
70-80% of a Chronic Care
Management population

Health promotion

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?



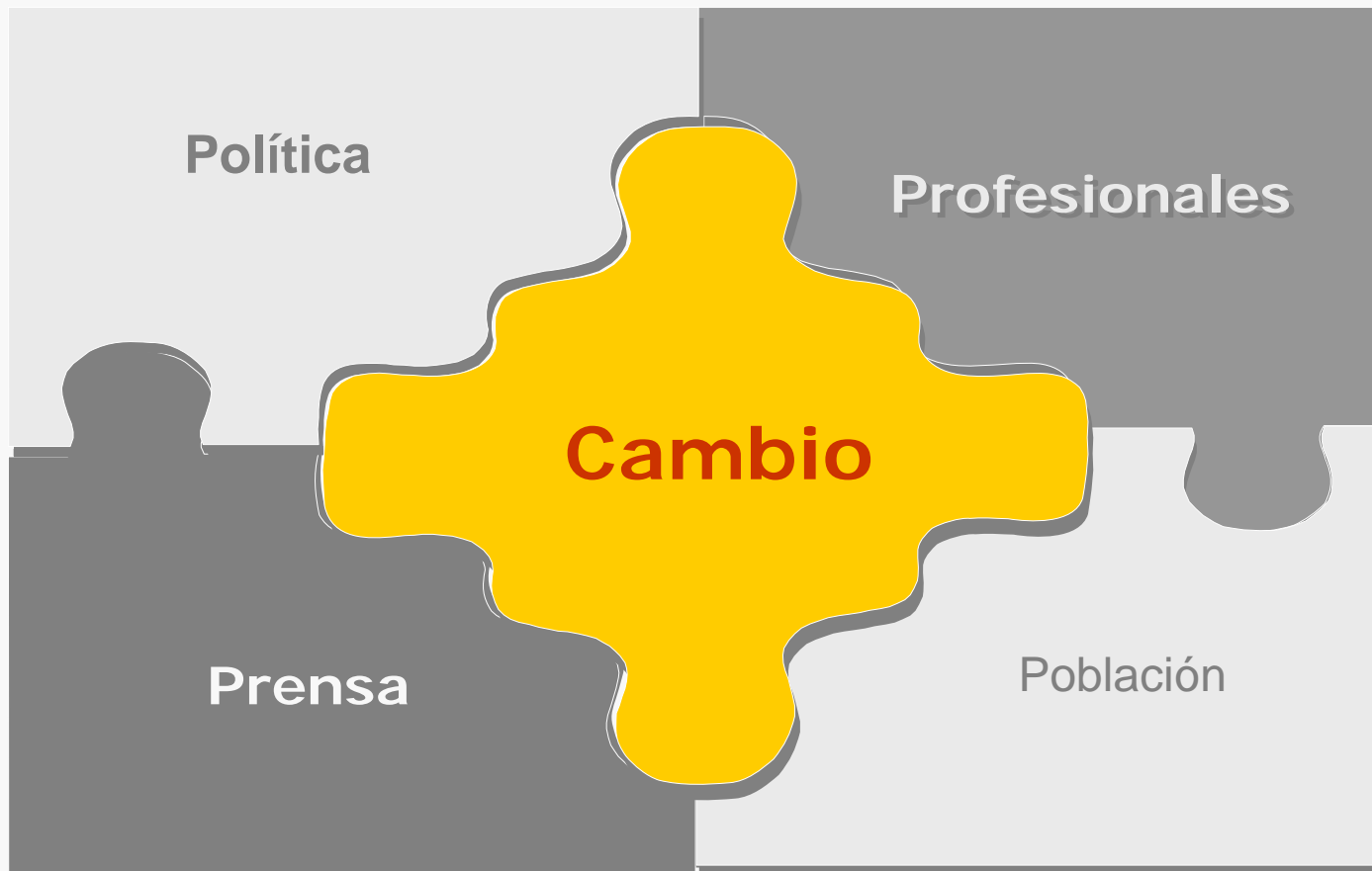
Todavía no ha llegado. **Pero llegará!**

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