

II REUNIÓN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

23 y 24 de Mayo
de 2014



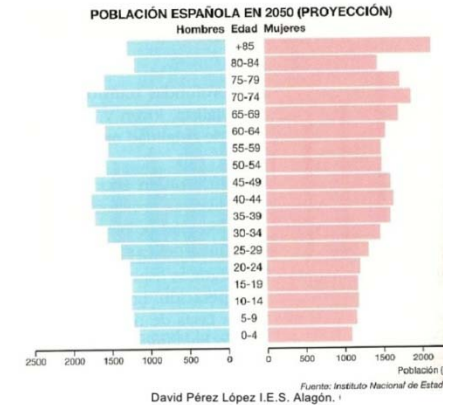
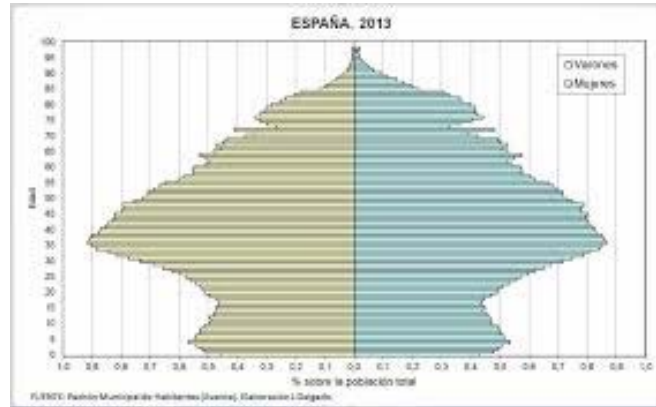
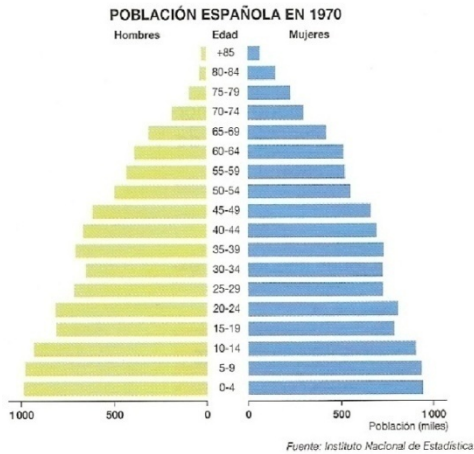


¡OTRA VEZ LOS CRÓNICOS...!

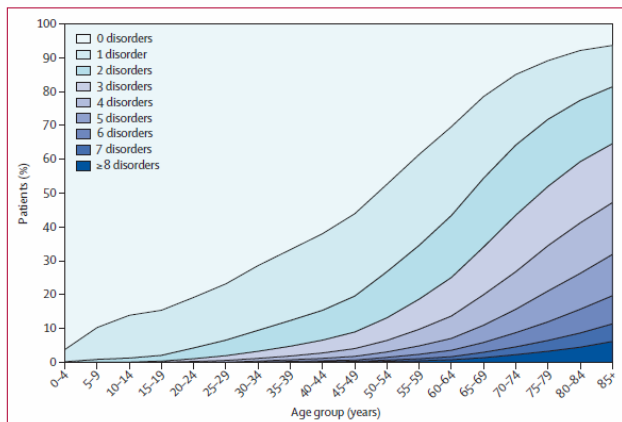


Siempre ha habido pacientes crónicos...

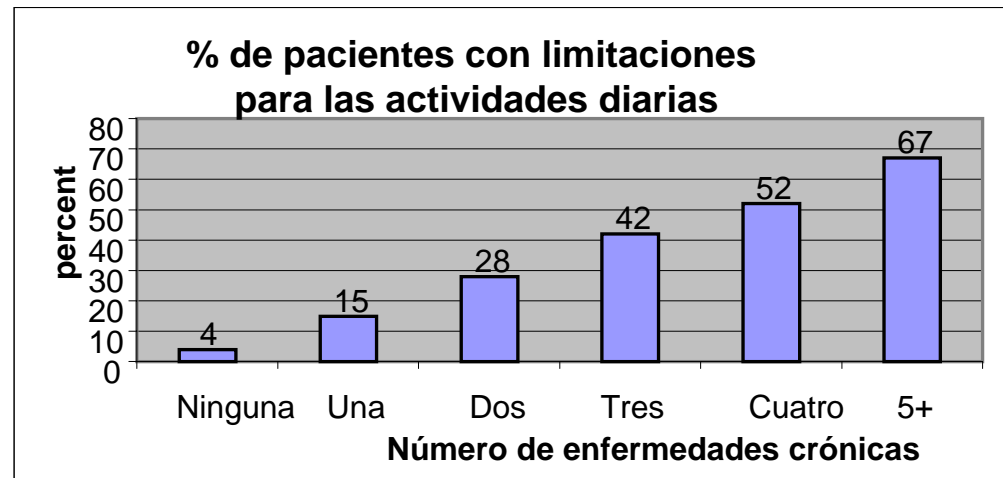
Sí, pero no tantos...y tan mayores



y tan pluripatológicos y tan dependientes



The Lancet. May 10, 2012 DOI:10.1016/S0140-6736(12)60240-2



Y tenemos un problema...

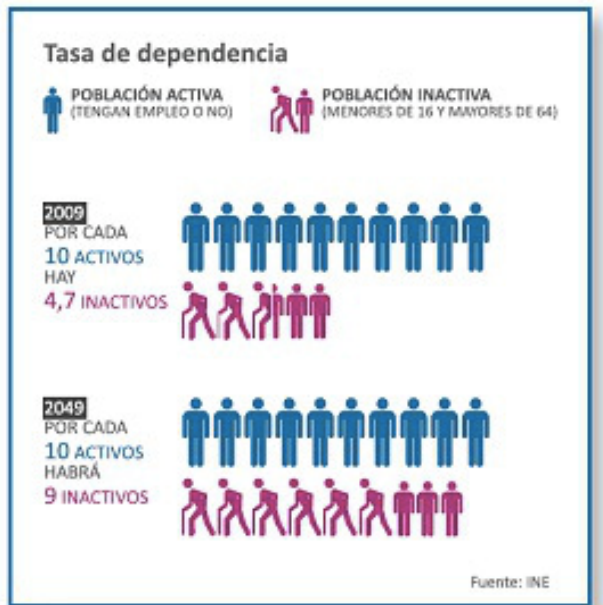
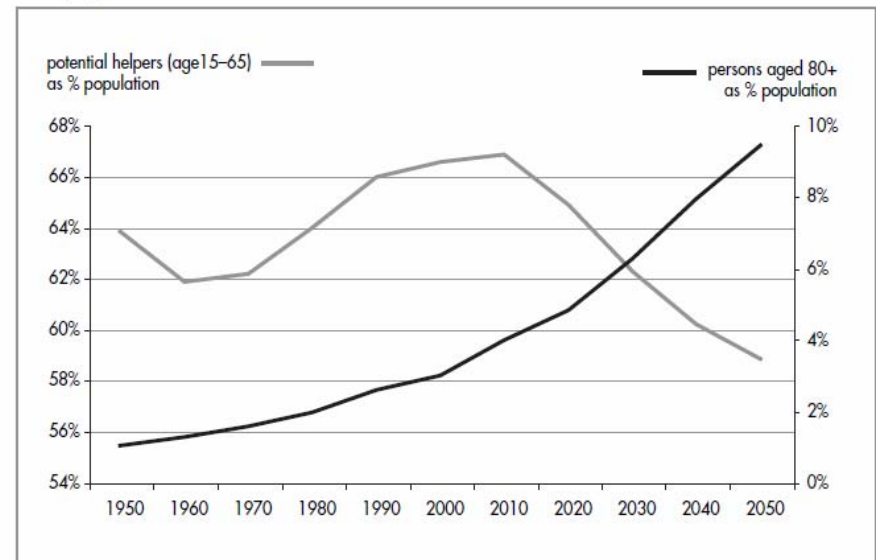


Figure 1: Working age population and population aged over 80 years as share of the total population, OECD, 1950–2050

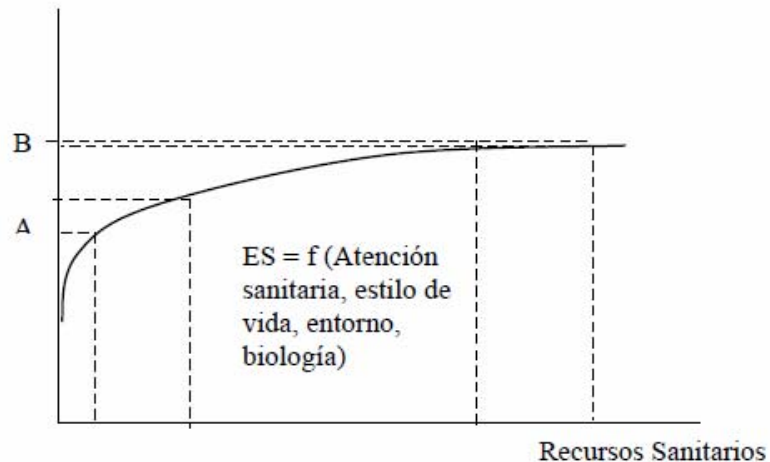


Source: OECD Labour Force and Demographic Database, 2010.

El aumento de la expectativa de vida es un éxito de nuestro sistema sanitario ¿Por qué cambiar?

Relación entre Consumo de Recursos Sanitarios y Estados de Salud

Estado de Salud (ES)



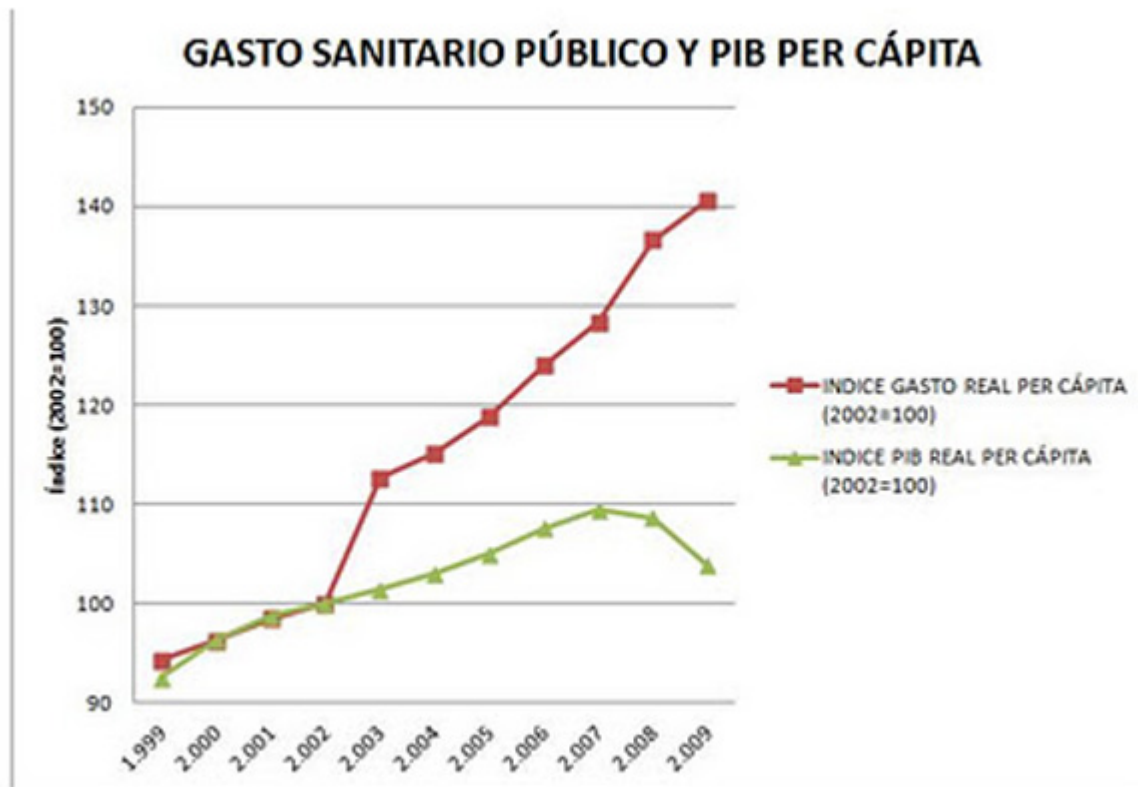
Adaptado de Puig-Junoy, J. (16)

...en los países desarrollados la aportación de las nuevas tecnologías a la mejora de la salud de la población es cada vez más marginal, al tiempo que es responsable principal del crecimiento del gasto sanitario, que está poniendo en cuestión la sostenibilidad de los sistemas públicos y privados colectivos de atención.

Pedro Rey Biel. University College London.

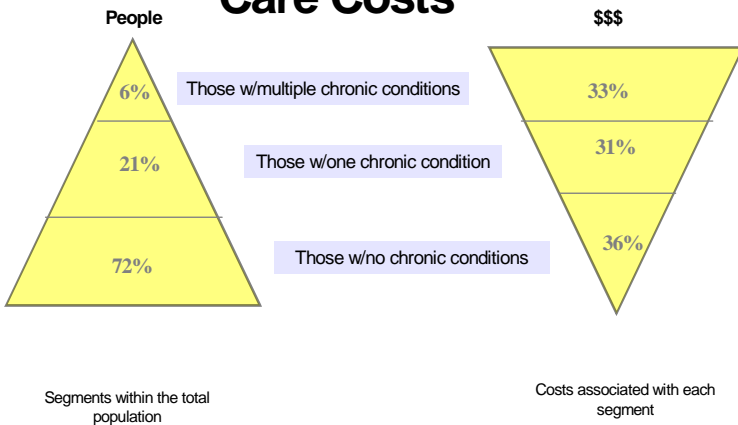
Javier Rey del Castillo. Médico Inspector. Miembro de la FADSP.

Sostenibilidad del sistema sanitario, una falacia...



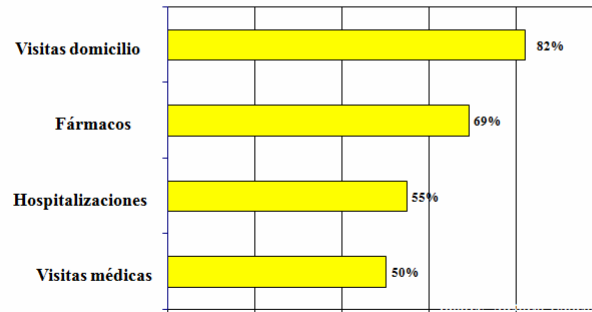
Sostenibilidad del sistema sanitario, una falacia...

Chronic Illness Drives Medical Care Costs



Source: Kaiser Permanente Northern California commercial membership, DxCG methodology, 2001.

Los pacientes con varias enfermedades crónicas son los mayores consumidores de servicios sanitarios



Porcentaje de servicios sanitarios consumidos por los pacientes crónicos

**El 70-80% de los costes sanitarios son debidos a las patologías crónicas
Suponen el 80% de las visitas en Atención Primaria**

Sostenibilidad del sistema sanitario, una falacia...

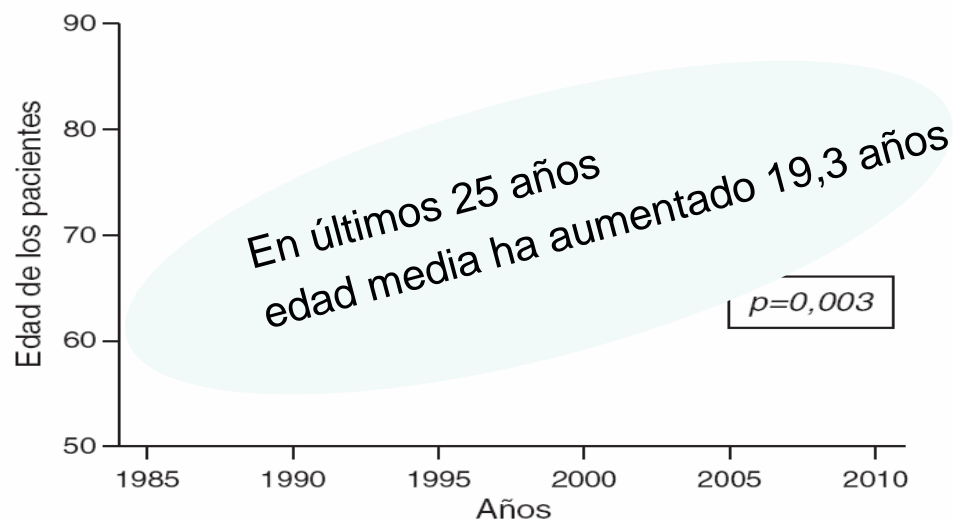
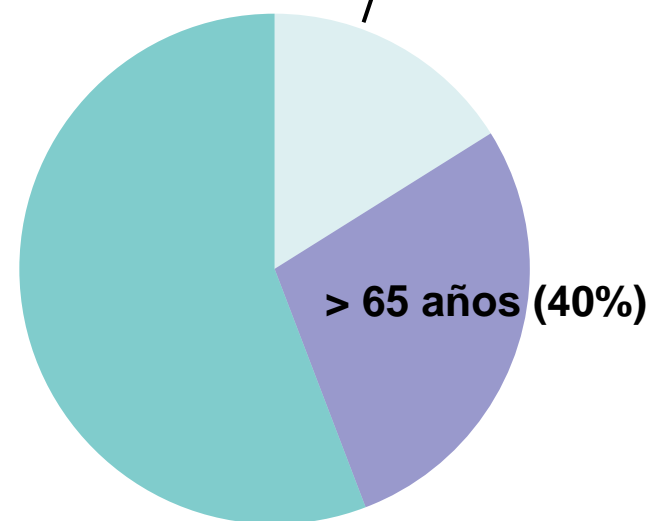


Figura 1. Edad de los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona entre los años 1985 y 2010. Obsérvese que la edad ha aumentado 19,3 años de media, con un incremento lineal de 0,86 años anual y coeficiente de correlación de 0,96 ($p < 0,0001$).

Pacientes vulnerables (23%)



J. Casademont et al /Med Clin (Barc). 2012;138(7):289–292

Y el 60% de las hospitalizaciones

Preocupación mundial: ONU, OMS

Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles

La Asamblea General

Aprueba la siguiente Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que figura en el anexo de esta resolución.

Anexo

Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles

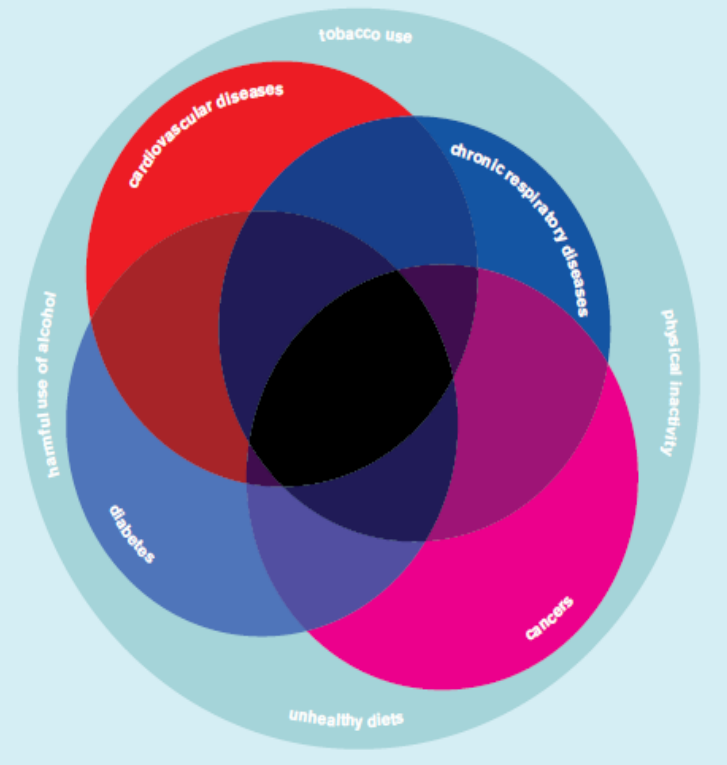
Nosotros, los Jefes de Estado y de Gobierno y representantes de los Estados y gobiernos, reunidos en las Naciones Unidas los días 19 y 20 septiembre 2011 para examinar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en todo el mundo, centrándonos particularmente en los problemas de desarrollo y de otra índole que plantean y en sus repercusiones sociales y económicas, especialmente para los países en desarrollo.

1. Reconocemos que la carga y la amenaza mundial de las enfermedades no transmisibles constituyen unos de los principales obstáculos para el desarrollo en el siglo XXI, que socavan el desarrollo social y económico en todo el mundo y ponen en peligro la consecución de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente;
2. Reconocemos que las enfermedades no transmisibles son una amenaza para las economías de muchos Estados Miembros, y que pueden aumentar las desigualdades entre países y poblaciones;

Working in partnership to prevent and control the 4 noncommunicable diseases – cardiovascular diseases, diabetes, cancers and chronic respiratory diseases and the 4 shared risk factors – tobacco use, physical inactivity, unhealthy diets and the harmful use of alcohol.



2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases



Preocupación mundial: Europa

MULTIPLE CHRONIC CONDITIONS IN EUROPE

By: Mieke Rijken, Verena Struckmann, Mariana Dyakova, Maria Gabriella Melchiorre, Sari Rissanen and Ewout van Ginneken, on behalf of the ICARE4EU partners

Summary: Currently, an estimated 50 million people in the European Union live with multiple chronic diseases, which deeply impacts on their quality of life. Innovation in chronic illness care is urgently called for. First, most current care delivery models are disease-specific and therefore are not adapted to the needs of the growing number of people with multi-morbidity. Second, chronic illness care places a high burden on financial and human resources. The ICARE4EU project, a major new European initiative co-funded by the Health Programme of the European Union, wants to improve care for people living with multiple chronic conditions by identifying, analysing and disseminating innovative patient-centred multidisciplinary care programmes to address multi-morbidity.

Keywords: *Multiple Chronic Conditions, Multi-morbidity, Integrated Care Strategies, Innovation, ICARE4EU*

“single
disease
programmes are
too narrowly
focused

“
70–80% of
health care costs
are spent on
chronic diseases

Preocupación mundial: EE.UU.

Idea in Brief

THE PROBLEM

Health care worldwide is struggling with rising costs and unsatisfactory quality. No “silver bullet” approaches or incremental fixes address those problems. Without a true solution, physicians will face lower incomes, patients will pay more, and services will be restricted.

THE APPROACH

If we can agree on the overarching goal of value for health care systems—improving outcomes that matter to patients relative to the cost of achieving those outcomes—then we can begin to make progress.

A MODEL FOR CHANGE

The strategic agenda for moving to a high-value health care delivery system comprises six interdependent components: organizing

In health care, the days of business as usual are over. Around the world, every health care system is struggling with rising costs and uneven quality despite the hard work of well-intentioned, well-trained clinicians. Health care leaders and policy makers have tried countless incremental fixes—attacking fraud, reducing errors, enforcing practice guidelines, making patients better “consumers,” implementing electronic medical records—but none have had much impact.

It’s time for a fundamentally new strategy.

At its core is maximizing value for patients: that is, achieving the best outcomes at the lowest cost. We must move away from a supply-driven health care system organized around what physicians do and toward a patient-centered system organized around what patients need. We must shift the focus from the volume and profitability of services provided—physician visits, hospitalizations, procedures, and tests—to the patient outcomes achieved. And we

ILLUSTRATION: SERGE BLOCH

The Value Agenda

The strategic agenda for moving to a high-value health care delivery system has six components. They are interdependent and mutually reinforcing. Progress will be greatest if multiple components are advanced together.



Preocupación mundial: España

Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud

DOCUMENTO DE CONSENSO
ATENCIÓN AL PACIENTE
CON ENFERMEDADES
CRÓNICAS

SEMI
Sociedad Española de Medicina
LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria



JORNADA DE PRESENTACIÓ
DEL PROGRAMA DE
PREVENCIÓ I ATENCIÓ
A LA CRONICITAT DE
CATALUNYA

22 de març de 2012
Auditori de Girona
Girona



CONSEJERÍA DE SALUD



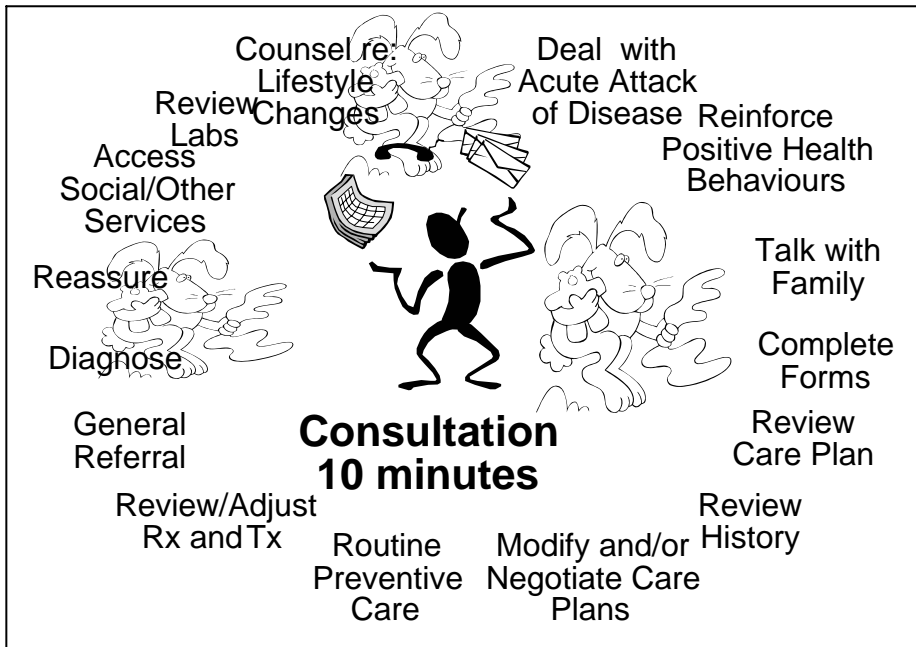
ESTRATEGIA

2015
alianza x la salud

La Atención Primaria se concibió para la asistencia integral a los pacientes, la prevención y la atención comunitaria. Se viene haciendo desde siempre...

Traditional Model

SICKNESS CARE MODEL
(Current Approach- Physician Centric)



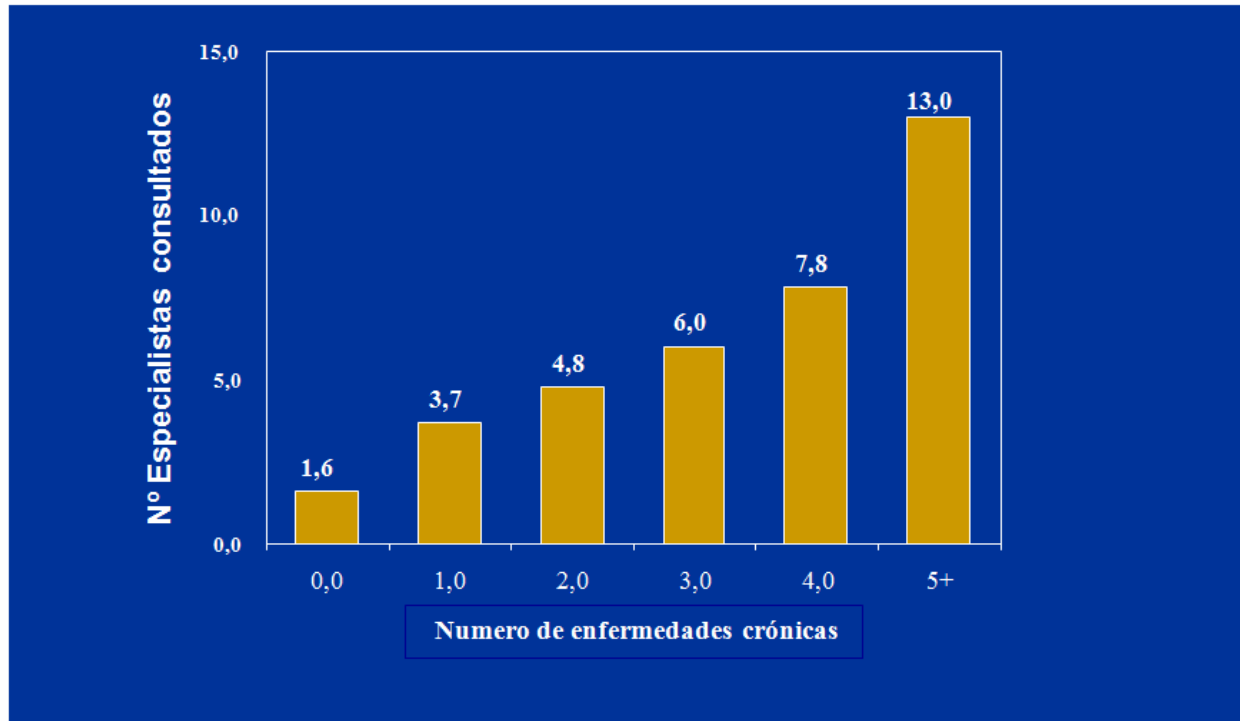
Source: KPCMI [21]

El modelo organizativo actual fue concebido para las enfermedades agudas y no ha cambiado en los últimos 50 años

Los profesionales utilizan el 80% de su tiempo en reaccionar ante los episodios agudos. La asistencia se basa en la enfermedad y se organiza por áreas tecnológicas o de conocimiento

Y se fracciona la asistencia...

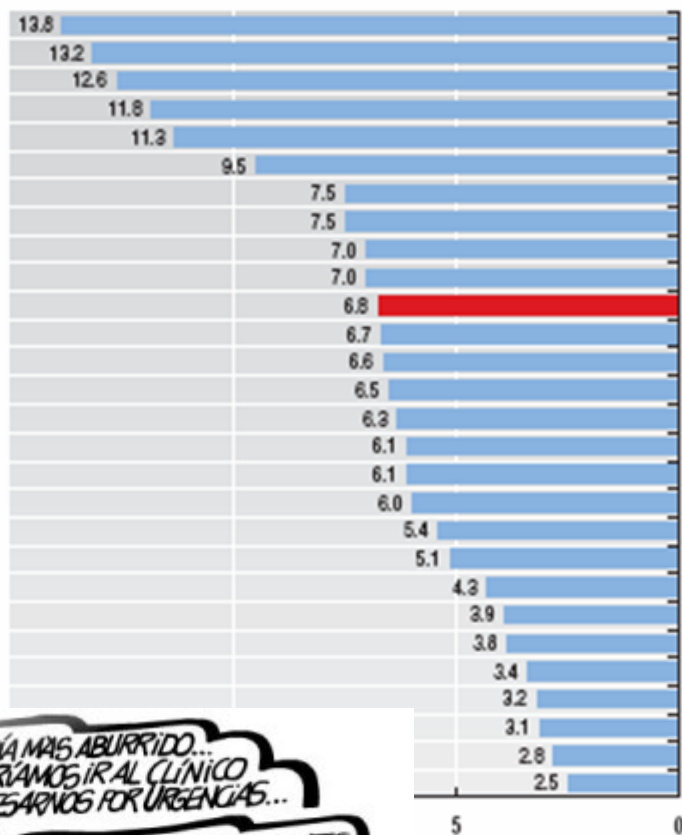
El número de profesionales consultados se incrementa con el número de enfermedades crónicas del paciente



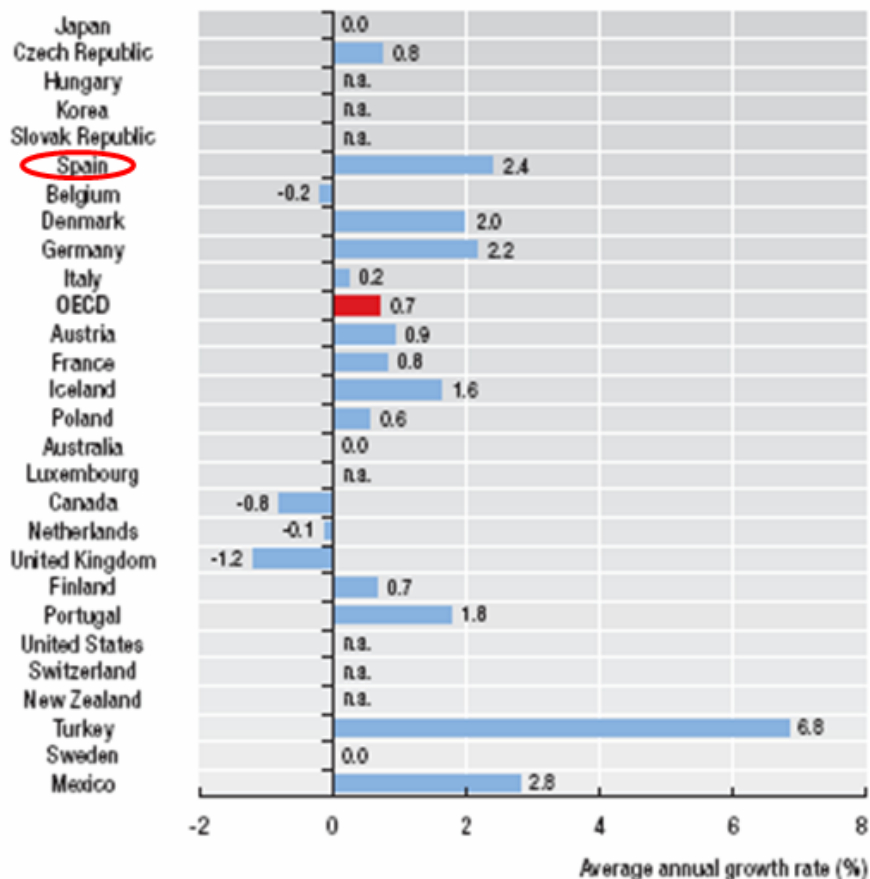
...sin coordinación entre los distintos profesionales

Y la demanda crece y crece...

4.8.1. Doctors consultations per capita, 2005
(or latest year available)



4.8.2. Average annual growth rate in number of doctors consultations per capita, 1990 to 2005



El 41,2% de la población opina que los servicios sanitarios “se utilizan innecesariamente con cierta frecuencia” y el 26,6% “que existe mucho abuso”
Barómetro Sanitario 2.011

Y el consumo de fármacos crece y crece...

Evolución del gasto farmacéutico como porcentaje del gasto sanitario total

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Canadá	13,8	14,0	14,7	15,1	15,5	15,9	16,2	16,7	17,0	17,3	17,7
Dinamarca	9,1	8,9	9,0	9,0	8,7	8,8	9,2	9,8	9,3	9,0	8,9
Finlandia	14,1	14,4	14,8	14,6	15,0	15,5	15,8	16,0	16,0	16,3	16,3
Francia	16,0	16,0	16,4	16,9	17,7	18,2	18,8	18,7	16,5	16,6	16,4
Alemania	12,9	13,0	13,1	13,6	13,5	13,6	14,2	14,4	14,5	14,0	15,2
Islandia	13,4	14,0	15,1	14,3	13,7	14,6	14,1	14,1	14,6	14,4	13,3
Irlanda	10,5	10,4	10,0	10,2	10,4	10,6	10,6	11,1	11,6	11,8	10,9
Italia	20,7	21,1	21,2	21,5	22,1	22,0	22,5	22,5	21,8	21,2	20,1
Noruega	9,0	9,1	9,1	8,9	8,9	9,5	9,3	9,4	9,2	9,4	9,1
Portugal	23,6	23,8	23,8	23,4		22,4	23,0	23,3	21,4	22,3	21,9
España	19,2	19,8	20,8	21,0	21,5	21,3	21,1	21,8	22,9	22,8	22,9
Suecia	12,3	13,6	12,4	13,6	13,9	13,8	13,2	13,0	12,6	12,5	12,0
Suiza	10,0	10,0	10,3	10,2	10,5	10,7	10,6	10,3	10,5	10,4	10,4
Estados Unidos	8,9	9,3	9,8	10,3	11,2	11,7	12,0	12,4	12,5	12,5	12,4

Fuente: OECD Health Data 2007.

- Alrededor del 20% de pacientes en la población reciben más de 10 fármacos
- Recibir múltiples fármacos se asocia a falta de adherencia, mayor probabilidad de recibir medicación inapropiada y dificultad de financiación
- Aumenta exponencialmente la probabilidad de efectos adversos tanto específicos como generales (caídas, pérdida de peso, deterioro cognitivo)
- Los efectos adversos se producen en un 5-35% y son responsables del 10% de las hospitalizaciones

Y los ingresos hospitalarios crecen...



- Sistema de agudos
- Trata episodios
- No continuidad de cuidados

Y

. . . .el paciente es
ingresado de nuevo

Y el paciente...



- Soporta una carga insufrible
- Recibe poca y dispar información
- Desconoce su enfermedad
- Desconoce los tratamientos
- No sabe como actuar ante alertas
- No sabe a quién acudir
- No tiene sus necesidades cubiertas
- No percibe coordinación en el sistema

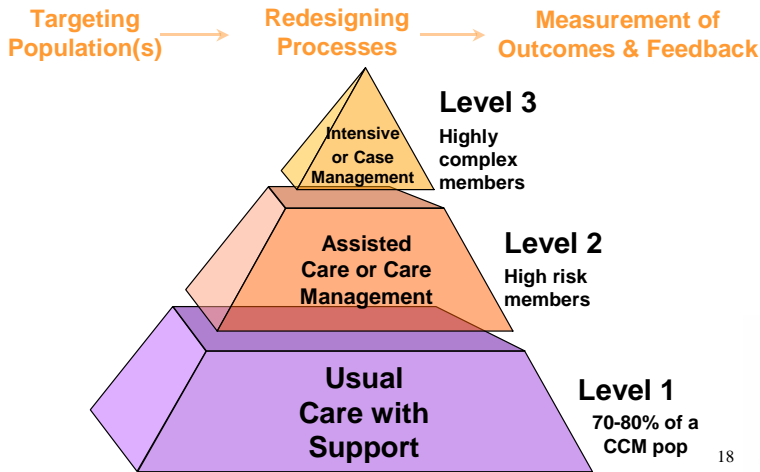
“los centros asistenciales están organizados de manera que puedan ser eficientes a nivel técnico y no se ha pensado todavía en la manera en que puedan ser más accesibles y fáciles de transitar para el paciente. El centro de la asistencia es la enfermedad y no el enfermo.” Albert Jovell.



Algo diferente habrá que hacer...

KAISER PERMANENTE

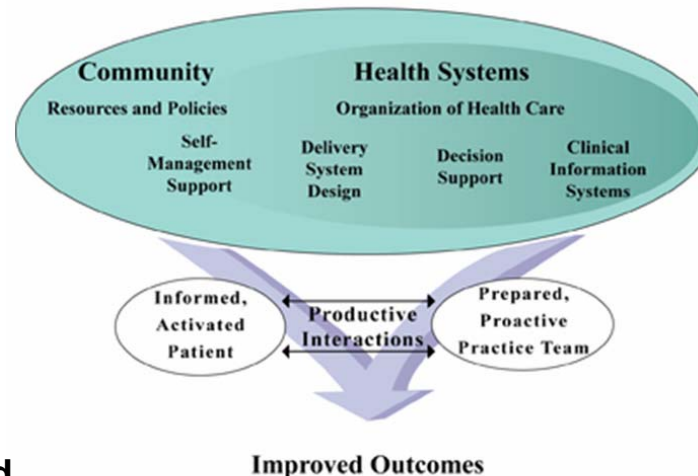
Population Management: More than Care & Case Management



- Segmentación población
- Mayor calidad/menor coste
- Orientación a las necesidades del paciente
- Prevención

- Equipos multidisciplinares proactivos
- Pacientes informados y activos
- Asistencia integral e integrada
- Participación de recursos de la comunidad
- Uso de las nuevas tecnologías

The Chronic Care Model



Enfoque

Identificación
Asignación de riesgo
Proactivo e integrado
Paciente /Cuidador
Rol de la Enfermería
Focalizado la "ESTABILIDAD"
Mejores práctica
Educación Sanitaria
TIC
Evaluación continua

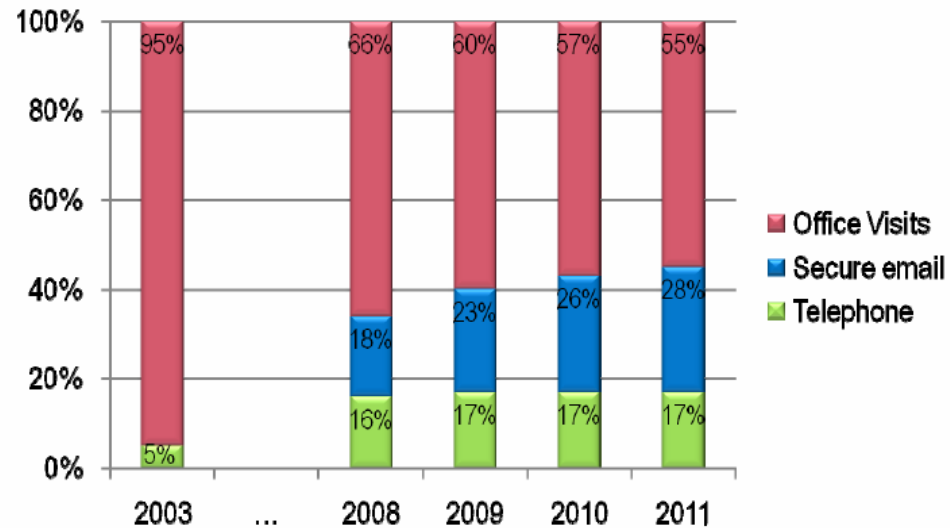
Beneficios

Calidad Vida
Retraso progresión
Control Síntomas
Menor consumo recursos
Eficiente

¿Resultados?

KAISER PERMANENTE

- **16% more cost-effective** than the all-plan average in the markets it serves, making it the most cost-effective plan overall
- **139% better in clinical quality** than the all-plan average in the markets it services, making it first in clinical quality in all eight regions.
- A 57% reduction in the rate of medication errors by linking bar code scanner to electronic medical record
- A 50% lower rate of hospitalization for diabetic patients
- An 88% reduction in the risk of cardiac-related mortality within 90 days of heart attack



¿Resultados?

SIETE PROGRAMAS DE ASISTENCIA INTEGRADA EN DIFERENTES PAÍSES

Providing integrated care for older people with complex needs

	Australia HealthOne	Canada PRISMA	Netherlands Geriant	New Zealand Te Whiringa Ora	Sweden Norrtalje	UK Torbay	USA MassGeneral
Results							
User and professional experiences	Clients feel supported/less anxious. GPs have high satisfaction	Increase in client satisfaction and empowerment	Informal carers provided positive assessments	GPs evaluate service positively	Improved information and communication among professionals	Increased staff motivation and positive evaluations from GPs	High patient/physician satisfaction
Care outcomes	-	Lower incidence of functional decline. Lowered unmet needs	Longer time spent at own home	Longer time period between COPD events post-enrolment	Easier and faster access to care	Shorter waits to receive social care support	Annual improvements in mortality
Utilisation of services	Reduced emergency room (ER) visits and lengths of stay post-intervention. Reduced referrals to community health	Reduced ER visits and hospitalisations. No increase in consultations with health professionals nor of home care services	Reduced dementia-related hospital care and reduced lengths of stay in nursing homes	Reduced hospital bed days for COPD patients	Reduction in nursing home placements among elder adults	Reduction in emergency admissions, bed days and lengths of stay. Fewer residential home placements	Reductions in inpatient admissions and use of emergency departments
Cost-effectiveness	-	Improved system performance at no additional cost	-	-	Lower costs per user for home care than similar municipalities	Improved system performance at no additional cost	Significant cost savings to Medicare

¿Resultados?

VETERANS HEALTH ADMINISTRATION

Exhibit 3. Principles of the VA's Patient Aligned Care Teams

Patient-driven

- The primary care team is focused on the whole person.
- Patient preferences guide the care provided to the patient.

Team-based

- Primary care is delivered by an interdisciplinary team led by a primary care provider using facilitative leadership skills.

Efficient

- Patients receive the care they need at the time they need it from an interdisciplinary team functioning at the highest level of their competency.

Comprehensive

- Primary care is the point of first contact for a range of medical, behavioral, and psychosocial needs, and is fully integrated with other VA health services and community resources.

Continuous

- Every patient has an established and continuous relationship with a personal primary care provider.

Communication

- The communication between the patient and other team members is honest, respectful, reliable, and culturally sensitive.

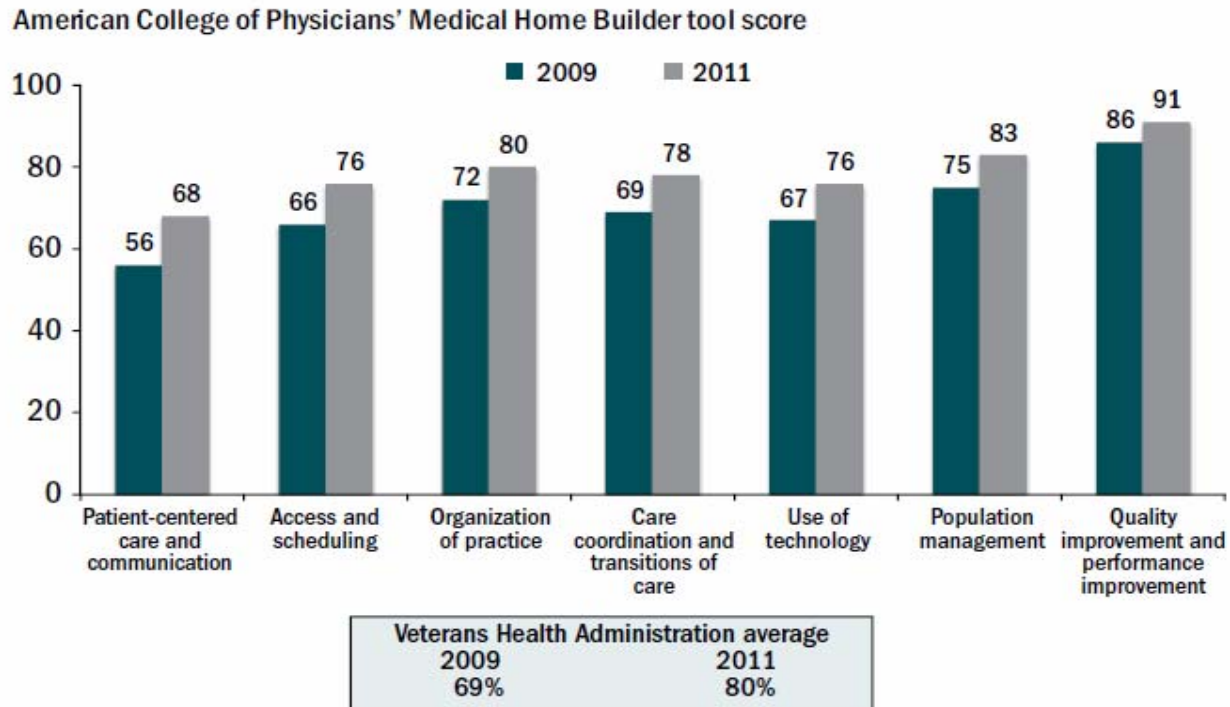
Coordinated

- The PACT coordinates care for the patient across and between the health care system including the private sector.

¿Resultados?

VETERANS HEALTH ADMINISTRATION

Exhibit 8. Results of Medical Home Builder Survey for Primary Care Practices, 2009 and 2011



Note: n=850 (Oct. 2009); n=846 (July 2011).
Source: Veterans Health Administration.

¿Resultados?



- 25 estudios con un total de más de 10.000 pacientes.

- La reducción de ingresos varía entre -19,7% y -85%.

- Solamente en cinco estudios no se observaron diferencias significativas.

Paper	Number of patients	Admissions	Readmissions
6	NS	-23%	-23%
11	290		increased from 9,35% to 13,5% (+44,3%)
23	ns		76% to 18% (-76,3%)
27	200		ns (27% vs 31%)
31	37		decreased >89%
32	200		decreased significantly
33	ns	0,6 vs nat bm of 1,7 per patient	30 days: 2,3 vs 23 nat bm
36	88	significantly lower	-39%
38	287		90 days same readmission rate
39	80		22 vs 26% (-15,4%)
40	34		30 days: 2,9 vs nat av. 16%, and 90 days 8,8% vs 32 nat av.
41	924		90 days: 28% vs 42% (-33,3)
43	200	-50%	30 days: 0,3 vs 2,7% (-88,8%)

Paper	Number of patients	Admissions	Readmissions
49	754	404 vs 503 (-19,7%)	90 days: 13 vs 18% (-27,8%)
50	98		90 days: 33 vs 46% (-28,3)
51	282		90 days: -56%
53	358		between 43-48% patients readmitted less
54	149	decreased	30 days: -75%, 90 days: -74%
55	54		30 days: 8% vs 29% (-72,4%)
56	109		-51%
58	97		36 vs 63 (-42,9%)
59	200		68 vs 118 (-42,4%)
62	70		3 vs 33 (-90,9%)
63	386		-49%
64	338		reduccion significativa
66	ns		30 days: 13% vs 20% (-35%)
67	ns		30 days: -40%
68	ns		-24%

¿Resultados?

REVISIÓN LITERATURA REDUCCIÓN ESTANCIAS

- 25 artículos.
- Solamente uno de ellos no mostró cambios.
- La reducción de estancias varía entre el -11% al -68%, la mayoría entre el 20-30%.

Paper	Number of patients	LOS
5	117	from 7,67 to 6,07 (-1,6 days, -20,9%)
6	NS	-50% days
11	290	from 6,35 to 5,25 (-20.9%)
14	190	4,2 vs 8,2 (-48,7%)
15	582	3 vs 5 days
17	NS	6,2 to 4 (-35,4%)
18	593	6,1 to 3,9 (-36%)
19	197	ns
27	200	
28	68	8,6 to 4,8 (-44.2%)
33	ns	4 vs nat mean of 6,2 (-55%)
34	42	decreased significantly
39	80	7,3 vs 5,7 (-21,9%)
42	50	17 vs 5,4 (-68%)

Paper	Number of patients	LOS
44	70.038 mm	-53 a -62%
47	15	3,8 vs 4,3 (-11%)
48	1504	ns
49	754	5,7 vs 7,3 (-21,9%),
50	98	4,3 vs 5,7 (-24.6%)
51	282	-37%
52	156	-31%
57	27	all causes 0,8 vs 9,5 ; cardiovascular 0,7 to 7,8 days/pat/year
58	97	261 vs 452 days (-42,2%)
59	200	460 vs 1163 days (-60,4%)
60	312000 reference inhabitants	see NHS table

¿Resultados?

REVISIÓN LITERARIA VISITAS A URGENCIAS

- 10 estudios. Solo dos no obtuvieron reducciones significativas
- La reducción varía entre el -20% y el -85%

Paper	Number of patients	ED visits
1	>5.000	-58%
2	95	-49%
5	117	from 1,86 to 1,21 adm/pat/year (-34,9%)
6	NS	-23%
9	152	ns
10	234	improved
13	275	-49%
17	NS	1,7 to 0,6 per patient (64,7%)
19	197	ns
21	214	-85%
25	51	significant decrease
26	134	-53% (cardiovascular) and -69% (HF related)
28	68	ns

Paper	Number of patients	ED visits
1	>5.000	-58%
2	95	-49%
5	117	from 1,86 to 1,21 adm/pat/year (-34,9%)
6	NS	-23%
9	152	ns
10	234	improved
13	275	-49%
17	NS	1,7 to 0,6 per patient (64,7%)
19	197	ns
21	214	-85%
25	51	significant decrease
26	134	-53% (cardiovascular) and -69% (HF related)
28	68	ns

Resultados

¿Por qué se pone el foco en reducción de asistencia hospitalaria?

- Son los indicadores más fáciles de medir
- Mayor calidad de vida para los pacientes
- Evitar progresión en la dependencia
- Evitar riesgos inherentes a la hospitalización
- Evitar costes (reordenación recursos, listas de espera).



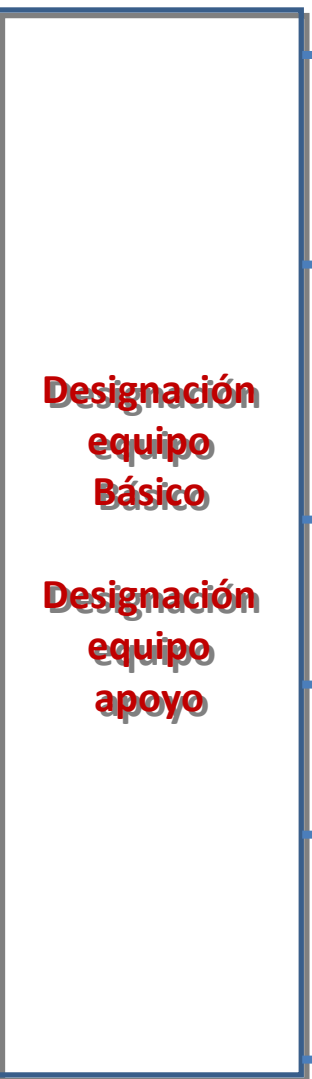
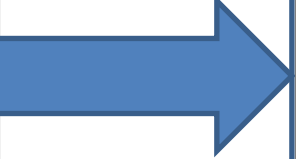
Conclusiones



- La demografía ha cambiado
- El patrón de enfermedades ha cambiado. La pandemia de las enfermedades crónicas supone un gran reto para los sistemas sanitarios.
- Existe un gran problema de sostenibilidad económica del SNS
- Todas las autoridades y expertos sanitarios abogan por un cambio en la gestión de los pacientes crónicos
- La reorganización del sistema con los principios de Kaiser permanente y siguiendo el modelo Chronic Care Model es, de momento, el mejor modo de abordar el problema.
- La evaluación continua, innovación e investigación son imprescindibles para la valoración de resultados centrados en los pacientes



Detección
caso



Plan
asistencial



Formación
paciente
o cuidador



Identificación
alarmas



Conciliación
medicación



Vías
comunicación



Ruta
asistencial



NO PUEDO
MAS...

