

# Curar Y Cuidar : Innovación en la Gestión de Enfermedades Crónicas

R. Bengoa  
Gobierno Vasco

XXX Congreso Nacional de la  
Sociedad Española de Medicina Interna

Valencia 18-21 Nov. 2009

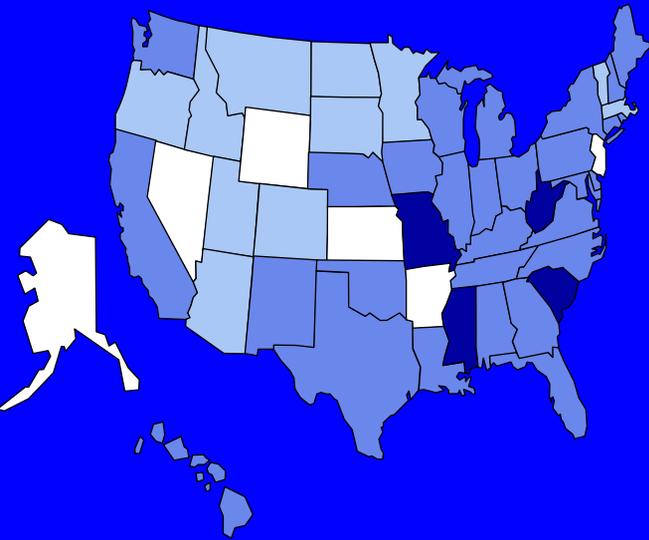
Las Enfermedades Crónicas son la  
Prueba de Fuego  
para los sistemas de salud

## ¿Por qué concentrarse en este problema?

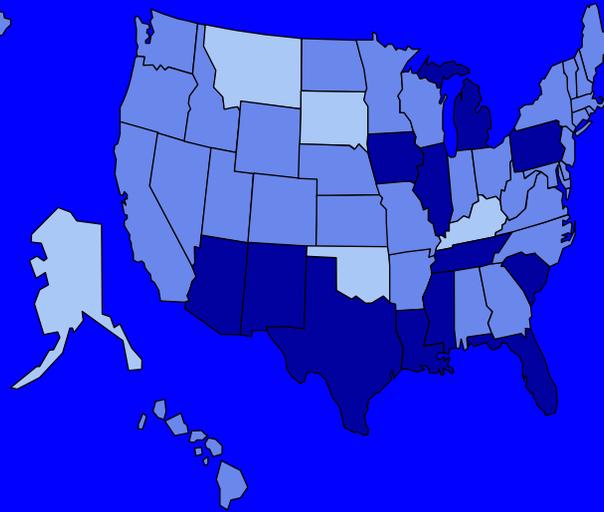
- Porque 7 de cada 10 muertes están relacionadas con la enfermedad crónica
- Porque el 72% del gasto está relacionado con la enfermedad crónica
- Porque 2/3 del aumento en el gasto actual se debe al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas

# Porque va muy rápido ...

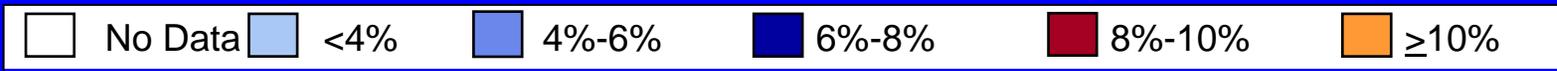
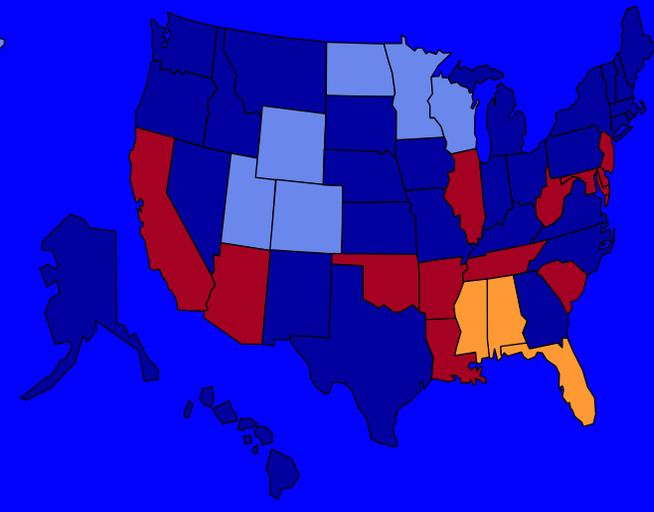
1990



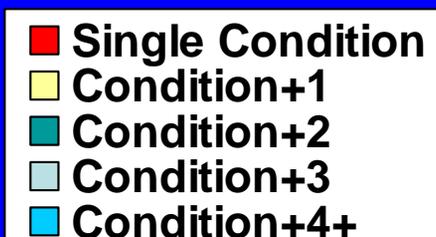
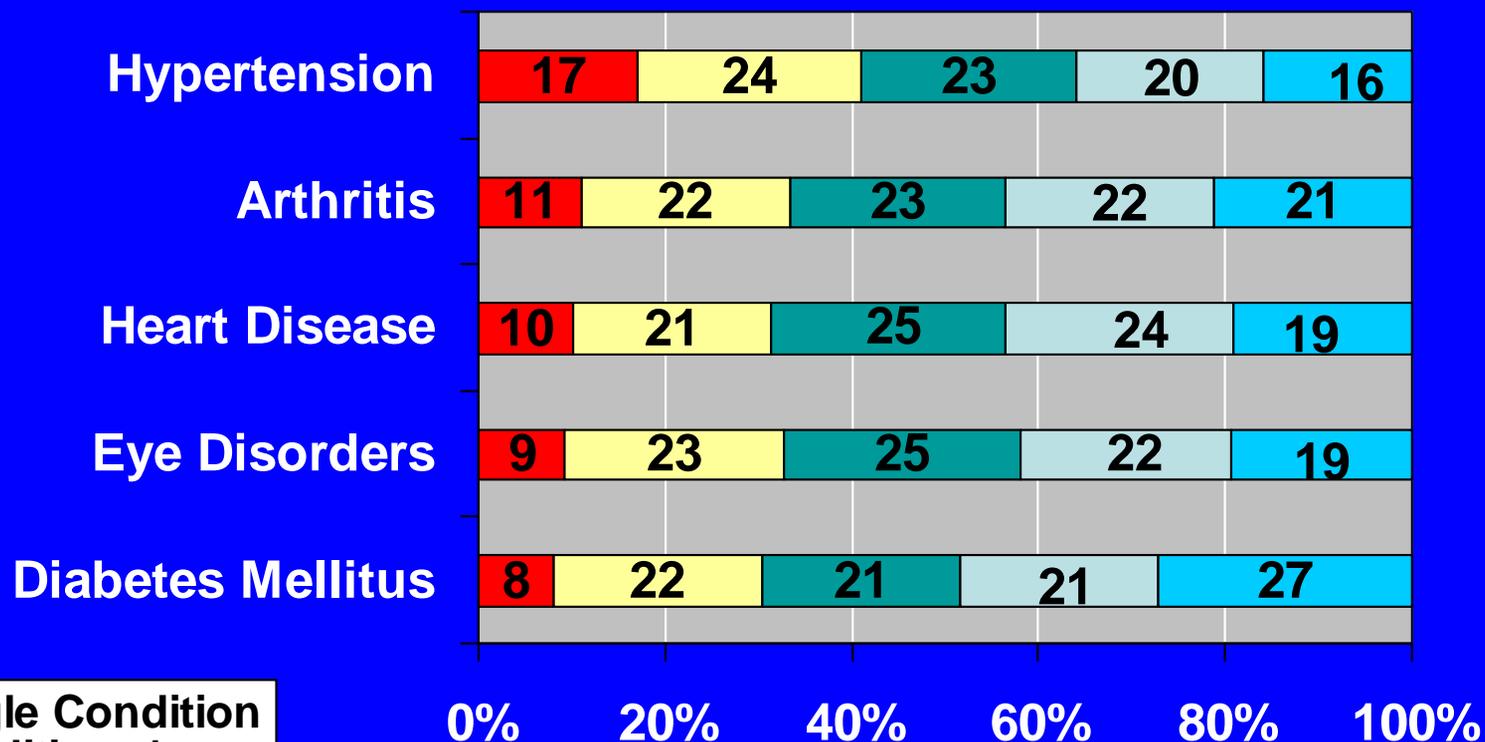
1995



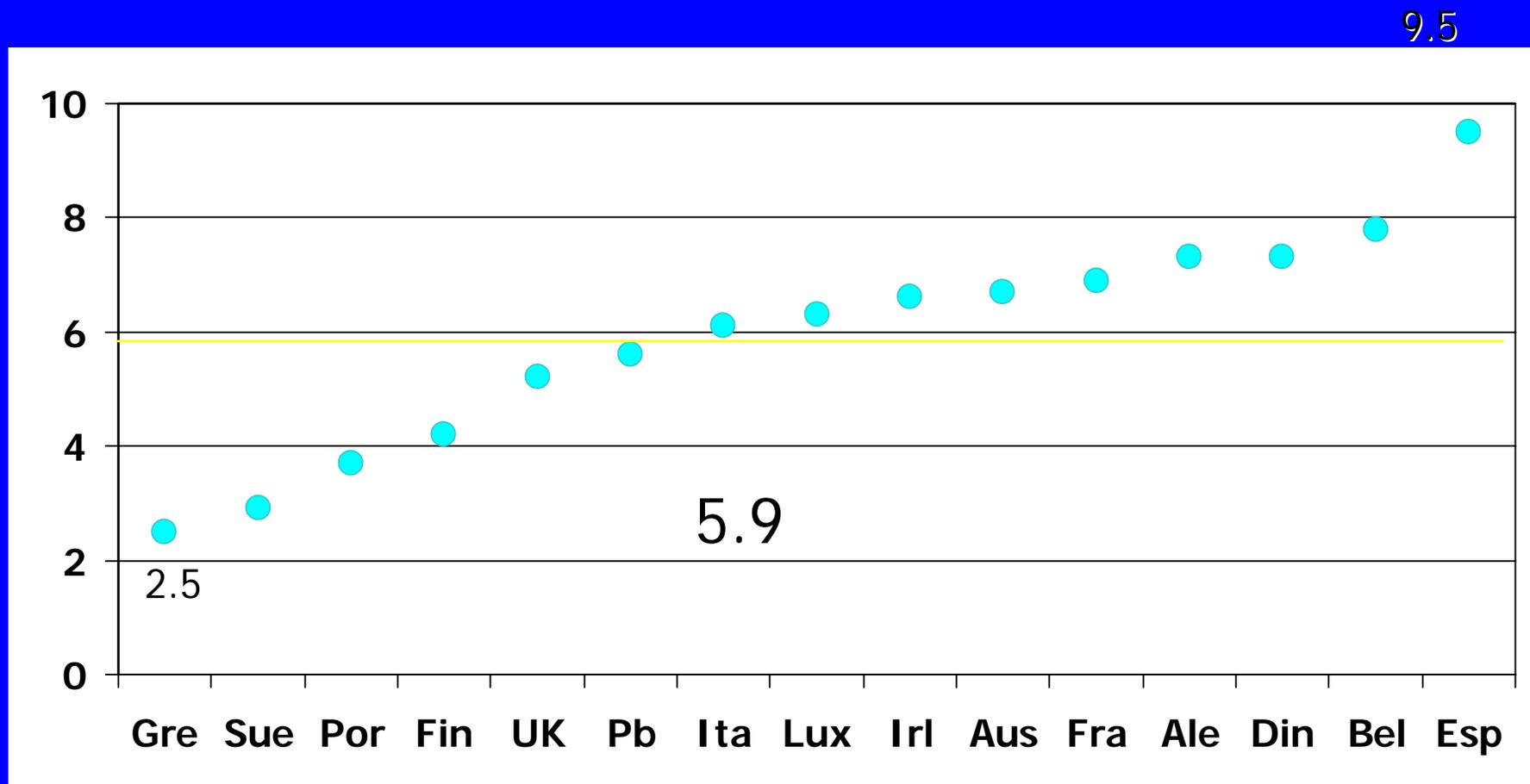
2001



# Porque La mayor parte de las personas mayores tienen más de una enfermedad crónica



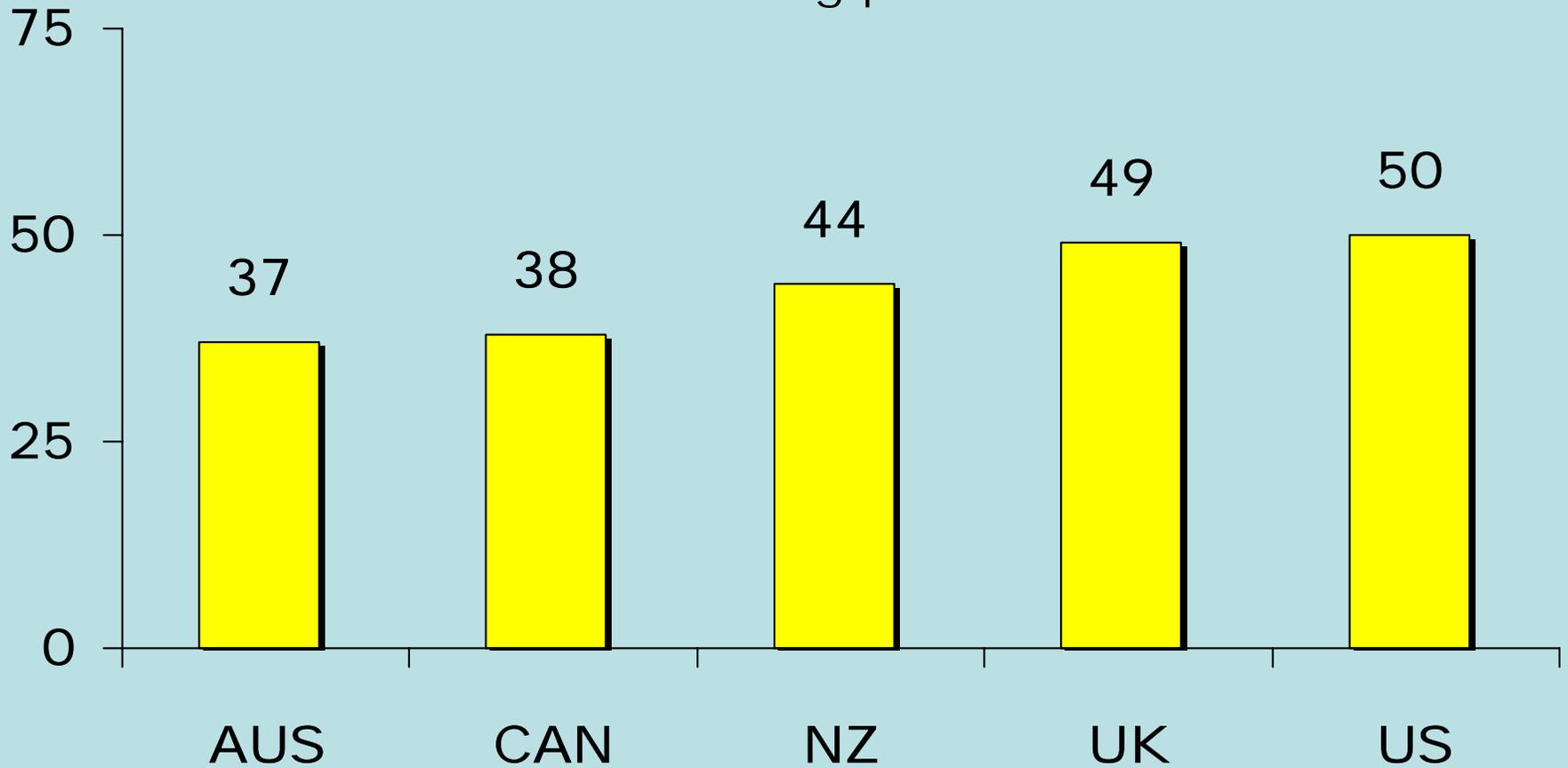
# Espanoles : “Viajeros más Frecuentes” Consultas medicas / habitante. Europa. 2003



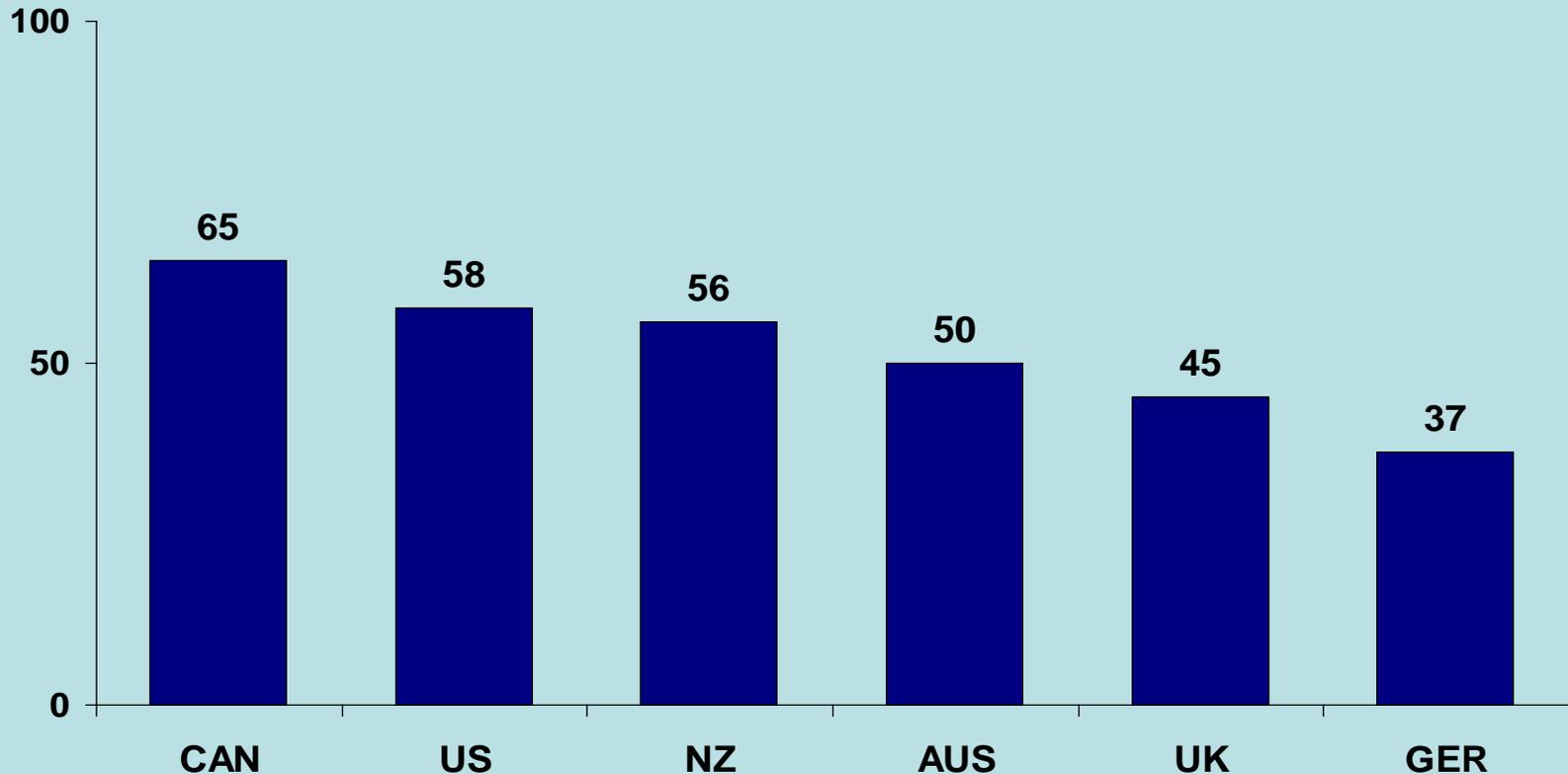
Países de Europa

# Encuesta a Pacientes: ¿ Recordatorios Preventivos Recibidos?

Percent of adults receiving preventive care reminders



# Adultos Enfermos Crónicos: Desarrollo de un Plan para la Auto Gestión de su enfermedad ?



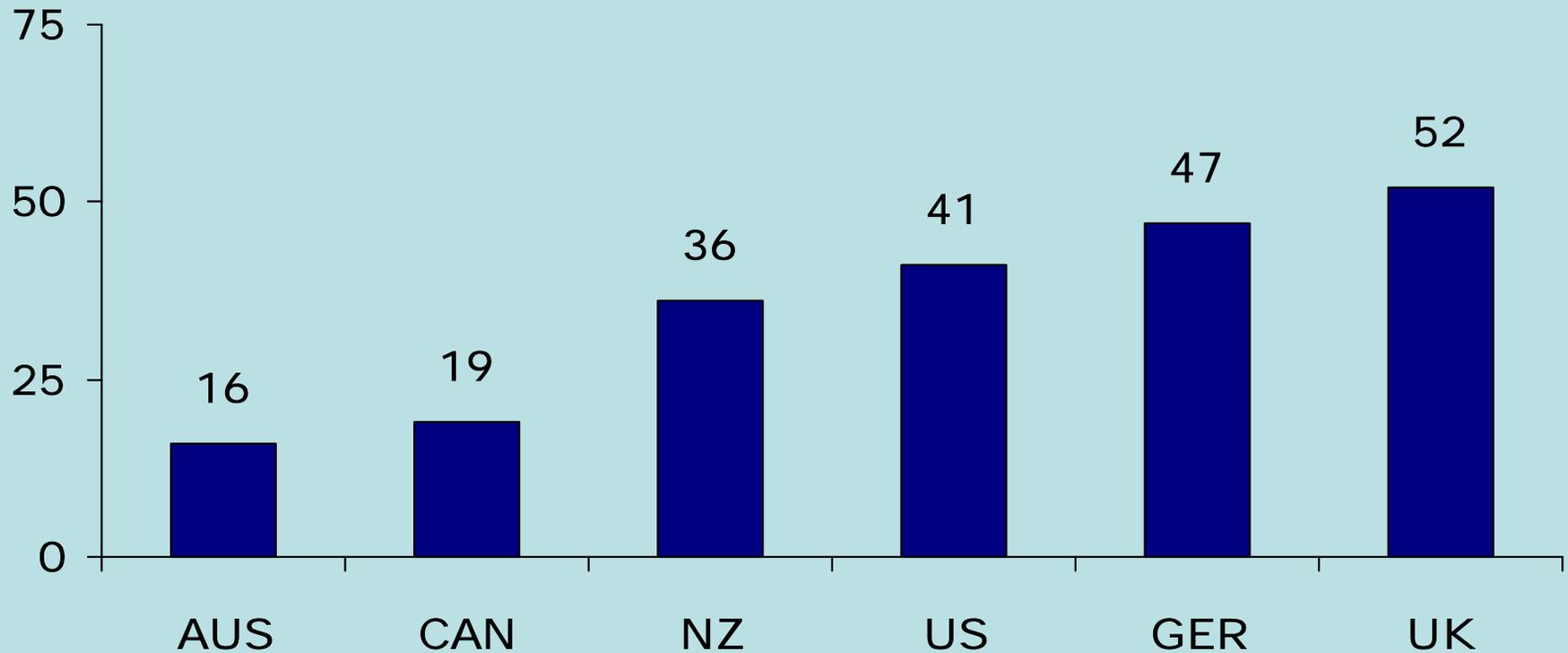
\* Adult reported at least one of six conditions: hypertension, heart disease, diabetes, arthritis, lung problems (asthma, emphysema, etc.), or depression.

.Data: 2005 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults (Schoen et al. 2005a).

# Equipos que disponen de Enfermería para la “Gestión de Casos” 2005

Base: Adults with chronic disease

Percent who have a nurse involved in case management



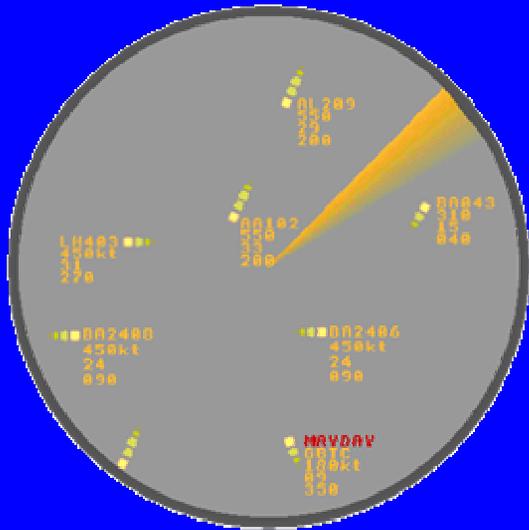
# Calidad de Cuidados en AP no estructurada

Evaluación de 2495 pacientes de DM tipo 2 en  
120 centros de AP en Belgica

- 13% alcanzaron sus metas de control en HbA1C , HT ; Colesterol .

# Porque..

## Un sistema completamente 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

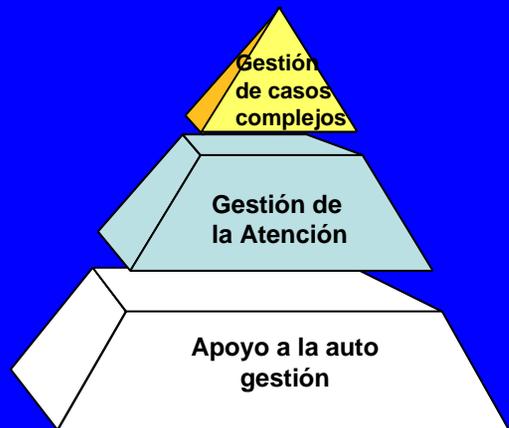


OK para  
medicina  
aguda

Incompatible  
con medicina  
para crónicos

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

Son cambios de 2º orden ...



**Estratificación del riesgo**





# 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.

# Estratificación del riesgo

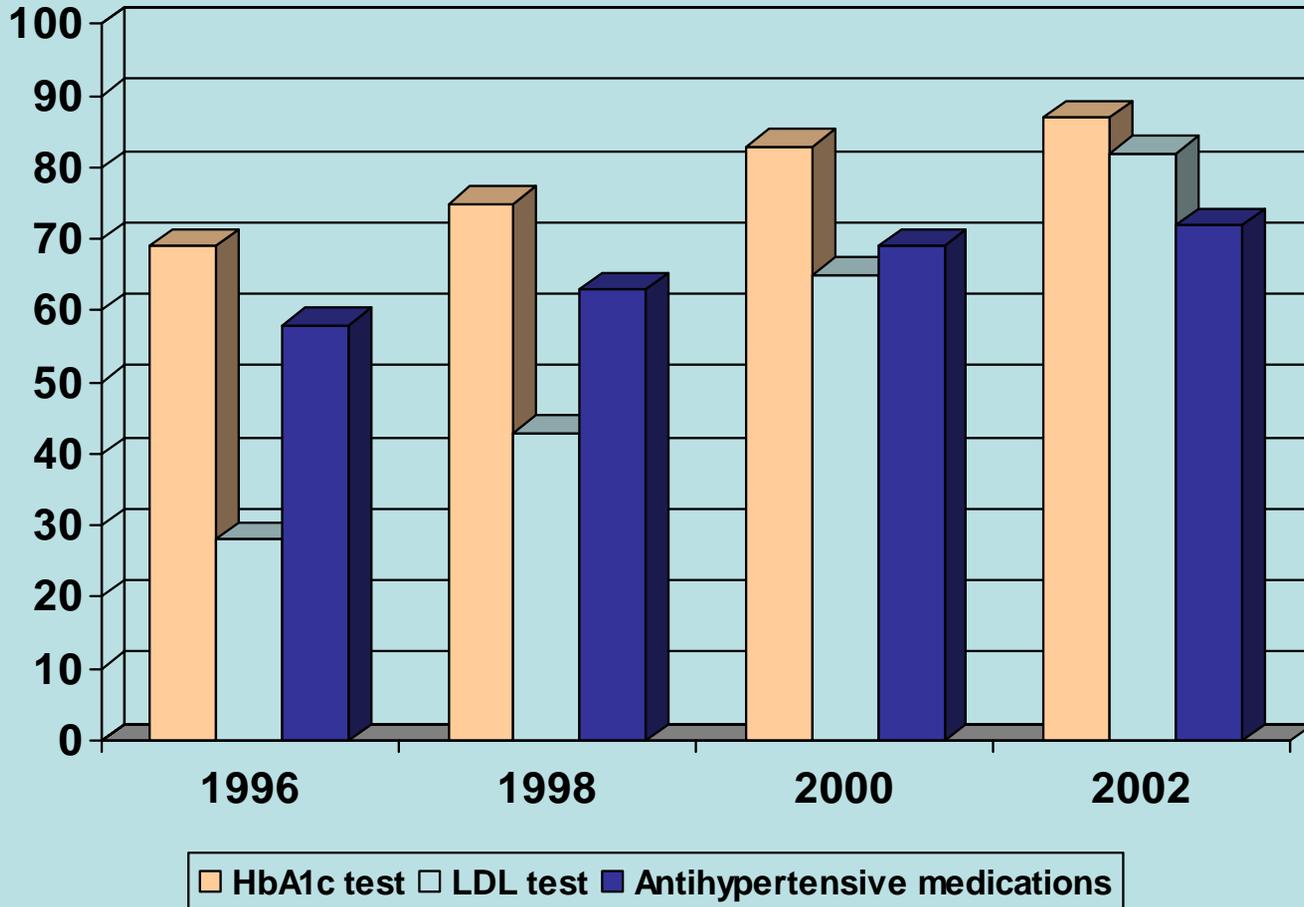


# Resultados

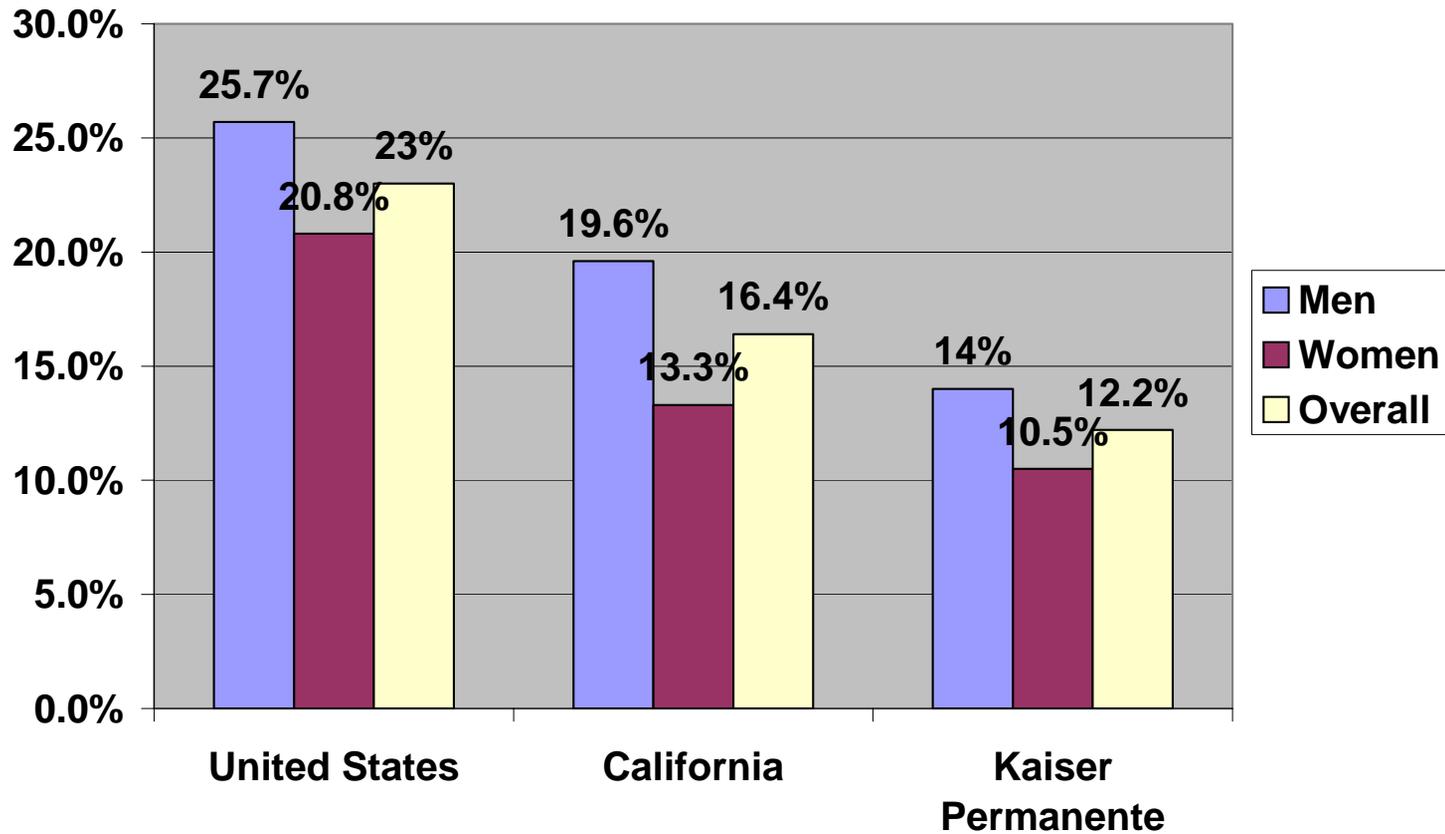
- Reducción de 15% en mortalidad por Insuficiencia Cardíaca (1996-2001)
- Reducción del 25% en tasa de ingreso hospitalario en insuficiencias' cardíaca (1998-2001)
- Tasas de Mortalidad post infarto 50% más bajas que hospitales parecidos en el estado de California
- Mortalidad general cardiovascular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

# Indicadores de Calidad:

% de pacientes recibiendo pruebas recomendadas y medicación.



## 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

¿ Hay realmente tiempo  
para manejar a los pacientes crónicos de una forma diferente?



¿ Hay realmente tiempo  
para manejar a los pacientes crónicos de una forma diferente?

- **Método**

- Aplicación de la recomendaciones de guías de práctica clínica para las 10 condiciones crónicas más comunes a 2500 pacientes.
- Estimación del tiempo mínimo necesario por equipo de AP para prestar este servicio

- **Resultados**

- Para las 10 condiciones una vez estabilizadas : 828 Horas por año o 3.5 horas por día
- Para las 10 condiciones pero mal controladas : 2484 horas o 10.6 horas por día

**CONCLUSION ?**

TENEMOS UNA EPIDEMIA

NO VA A MEJORAR

TENEMOS ALGUNOS MODELOS Y MARCOS DE REFERENCIA

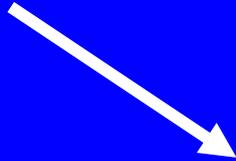
TENEMOS ALGUNAS HERRAMIENTAS

TENEMOS EVIDENCIA CRECIENTE

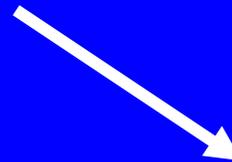
TENEMOS RESULTADOS ESPERANZADORES

¿¿¿ EL PROBLEMA ES CÓMO AVANZAR ???

**PLAN**



**! OCURRE UN MILAGRO !**



**IMPLEMENTACIÓN**

**“ Creo que podría usted ser un poco más explícito en la segunda fase “**

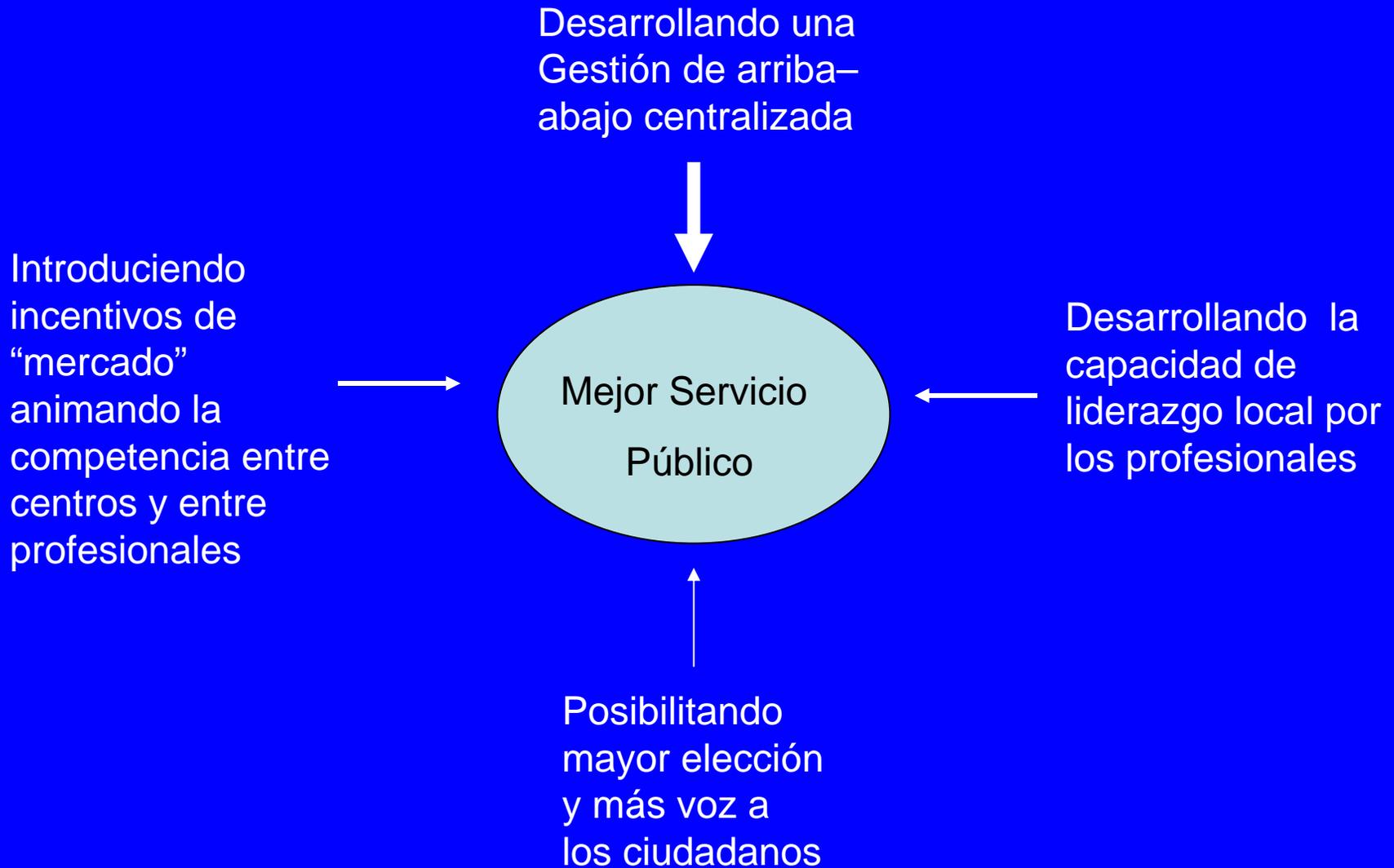
# ¿ Que ha funcionado ?

- **Ciencia:** Suficiente evidencia; alta calidad
- **Gestión del cambio ?**
  - ◆ Liderazgo clínico real /Participación de los profesionales
  - ◆ Gestión estratégica de "sistema"
  - ◆ 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.
  - ◆ Educación del paciente y auto -gestión
  - ◆ Perseverancia; continuidad; años.

# Un ejemplo en el ámbito clínico:

- 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.

# Opciones de Gestión “Macro”



# La Gestión de arriba-abajo Centralizada



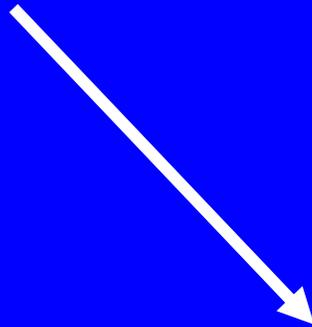
- Ha contribuido a mejorar sector público:
  - a organizar la descentralización Insalud,
  - reforzado inspecciones, regulación, rendimiento , estándares.
  
- Tiene limitaciones: poca innovación y creatividad
  - : aumenta la burocracia
  - : tiende a una micro-gestión política del sector ....
  
-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

**IDEAS 60%**



# Abandonar una Cultura Jerárquica

- enfoque en la estabilidad
- reglas y regulación ..
- simplista para organizaciones de hoy
- politizada



## Cultura de “Desarrollo”

- promueve la innovación
- experimentación/investigación
- innovación local
- despolitización progresiva

# De una Cultura Jerárquica a una Cultura de “Desarrollo”

Debate estratégico “arriba”

&

Debate estratégico a  
más niveles

Jerarquía organizada

&

Provisión de  
espacios y  
autonomía para  
experimentar/Innovar  
Proceso abajo – arriba

**Más intervención política**

**a**

**Menos  
intervención política**

¿Por decreto ?

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.

GRACIAS