



Germans Trias i Pujol
Hospital



Institut Català de la Salut

Integración de servicios sanitarios: un modelo de futuro para la hospitalización a domicilio

XXXII Congreso Nacional de la SEMI. Las Palmas 2011.

Oriol Estrada Cuxart



CONTENIDO DE LA PRESENTACIÓN

1.Introducción

2.Visión de la crisis: modelo sanitario

3.Cambio de modelo sanitario: cambio de paradigma.

4.Características del nuevo modelo sanitario: Integración de servicios.

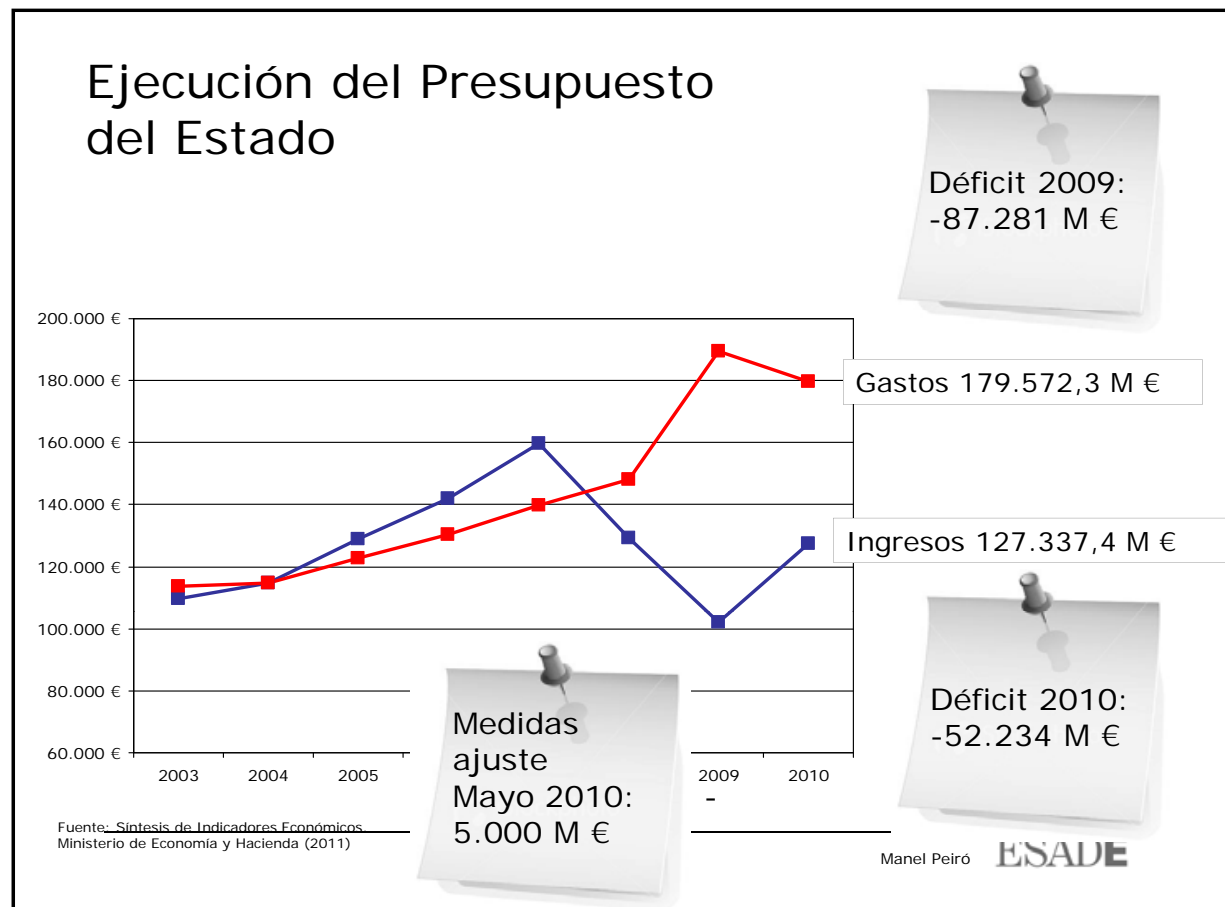
5.Hospitalización a domicilio: un recurso más de la cadena...

6.Futuro de la HAD en el nuevo modelo sanitario: “integrarse o morir “



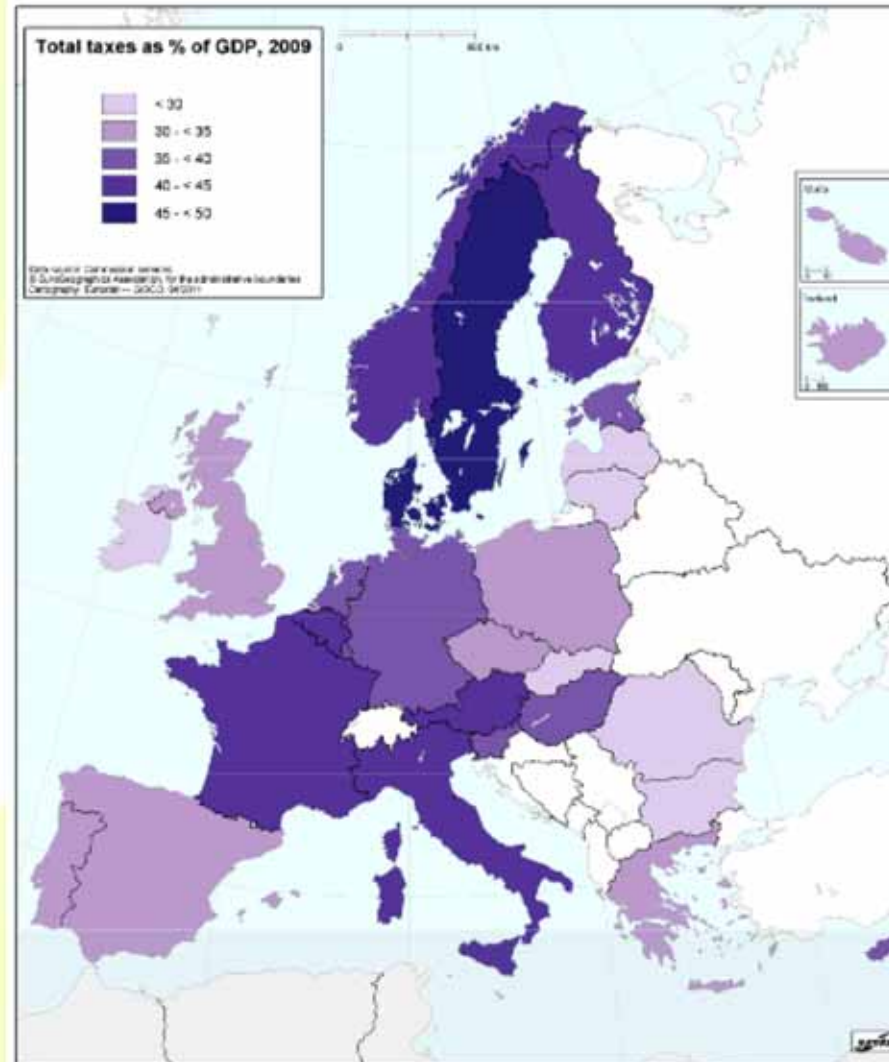
El problema..

Visión económica de la crisis: insuficiencia de recursos





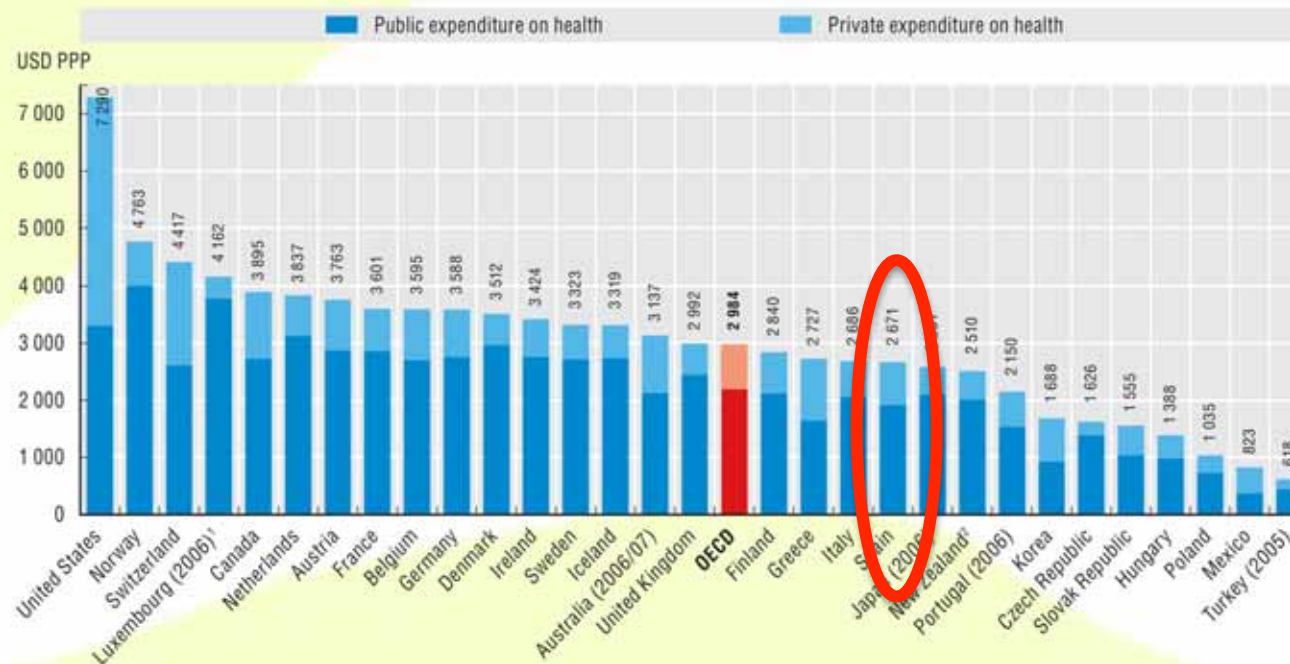
Presión fiscal en la Unión Europea en relación al PIB



Fuente: Eurostat. Report 2011

Gasto sanitario per cápita. Países OCDE.

7.1.1 Total health expenditure per capita, public and private, 2007

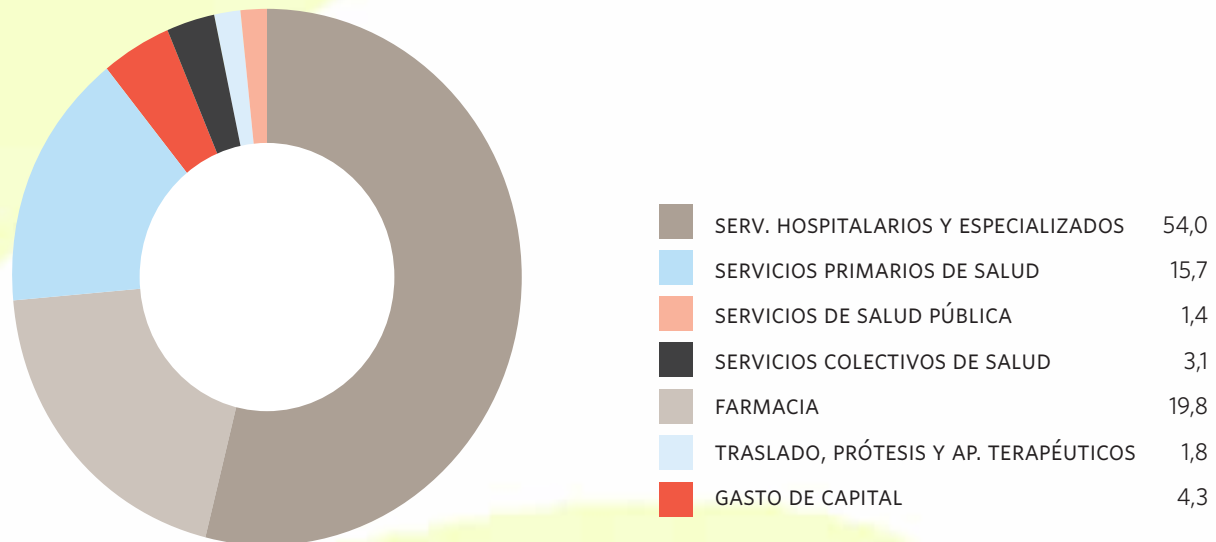


1. Health expenditure is for the insured population rather than resident population. 2. Current health expenditure.



Estructura del gasto sanitario en el Sistema Nacional de Salud

Gasto sanitario público (porcentaje sobre el total). España 2007.



Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección. Estadística del Gasto Sanitario Público. Avance de los datos 2002-2007.



Indicadores cualitativos del sistema sanitario: Euro Health Consumer Index 2009

Sub-discipline	Albania	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	FYR Macedonia	Germany	Greece	Hungary	Iceland	Ireland	Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	United Kingdom	United
1. Patient rights and information	117	149	130	84	117	110	84	175	130	143	143	110	123	84	136	143	110	110	91	136	136	97	162	136	117	110	91	104	140	84	17	136	123	
2. e-Health	29	50	38	42	54	38	38	63	46	50	33	50	38	25	46	54	42	33	29	38	38	29	63	50	38	46	25	29	33	42	54	46	54	
3. Waiting times	187	173	187	120	120	160	133	120	120	93	173	160	187	147	147	173	120	120	120	120	173	120	147	107	107	80	120	133	120	93	93	187	80	
4. Outcomes	95	190	155	95	143	155	190	202	143	226	202	107	214	190	119	226	202	214	131	131	202	131	238	226	131	131	107	95	155	179	50	214	179	
5. Range and reach of services	64	107	136	57	93	100	121	121	100	121	114	86	100	79	86	114	114	93	79	71	136	100	129	121	86	107	71	86	107	107	36	93	121	
6. Pharmaceuticals	50	125	88	50	100	75	100	138	100	88	113	63	125	75	100	100	113	100	63	50	75	88	138	100	88	100	75	113	100	125	13	113	125	
Total score	542	795	732	448	627	637	667	819	638	721	778	576	787	600	633	811	701	671	512	546	760	565	875	740	565	574	489	560	660	630	662	788	682	
Rank	30	4	11	33	22	19	17	2	18	12	7	24	6	23	20	3	13	15	31	29	9	26	1	10	26	25	32	28	16	21	8	5	14	



Indicadores de resultados: Variabilidad en el modelo sanitario español

concepto	Indicador	Factor variabilidad	Ámbito
accesibilidad	ACTP	x 5	Áreas de salud
Seguridad	Mortalidad ACTP	x 2	Centros
Uso inapropiado	Prostatectomía	x 7,7	Áreas de salud
Uso inapropiado	Cesáreas	>20%	Generalizado
Seguridad	Mortalidad en GRD de baja mortalidad, úlceras decúbito, TEP , sepsis x catéter, TVP postquirúrgica	x 2,2 - 4,5	Áreas de salud
Eficiencia	Hospitalizaciones evitables en enfermedades crónicas	x 12 (diabetes) x 28 (psicosis afectivas)	Áreas de salud
Eficiencia	Indice de eficiencia técnica Hospitales 501-1000 camas	26% de los centros eran 15% más ineficientes de la media	Grandes hospitales
Eficiencia	Indice de eficiencia técnica Hospitales 201-500 camas	12% de los centros eran 25% más ineficientes de la media	Hospitales medianos

García Armesto, S., Abadía Taira, B., Durán, A. y Bernal Delgado, E. España: Análisis del sistema sanitario. Sistemas sanitarios en transición. 2010; 12(4): 1-240.

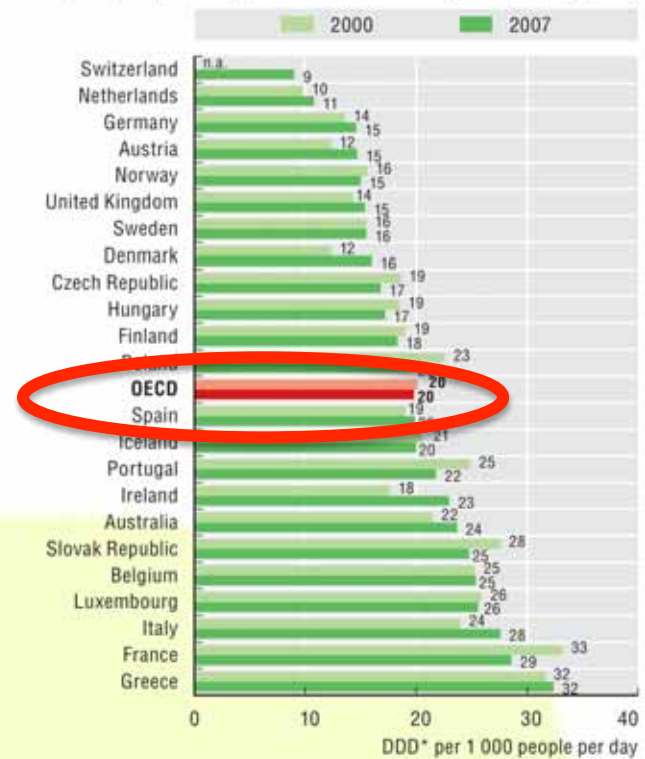


Indicadores cualitativos sistema sanitario. Consumo de hipolipemiantes y antibióticos

4.10.3 Anticholesterols consumption, DDD* per 1 000 people per day, 2000 and 2007 (or nearest year)



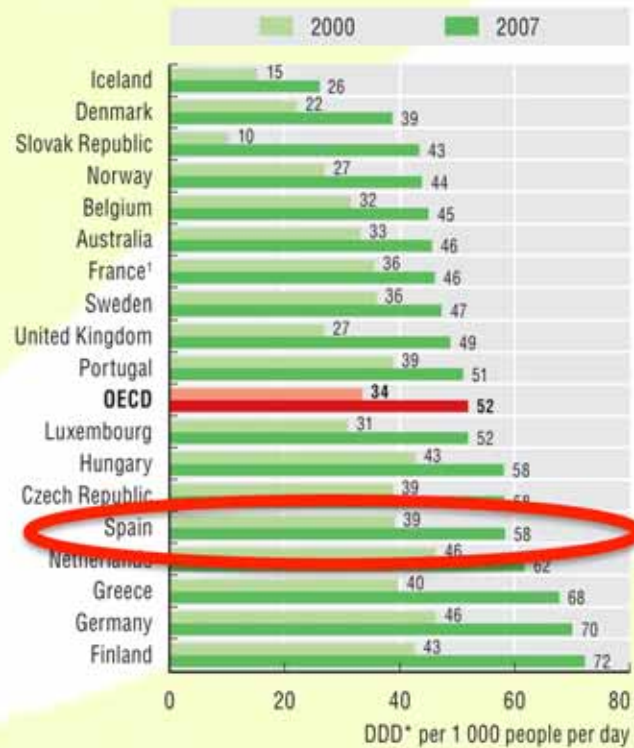
4.10.4 Antibiotics consumption, DDD* per 1 000 people per day, 2000 and 2007 (or nearest year)



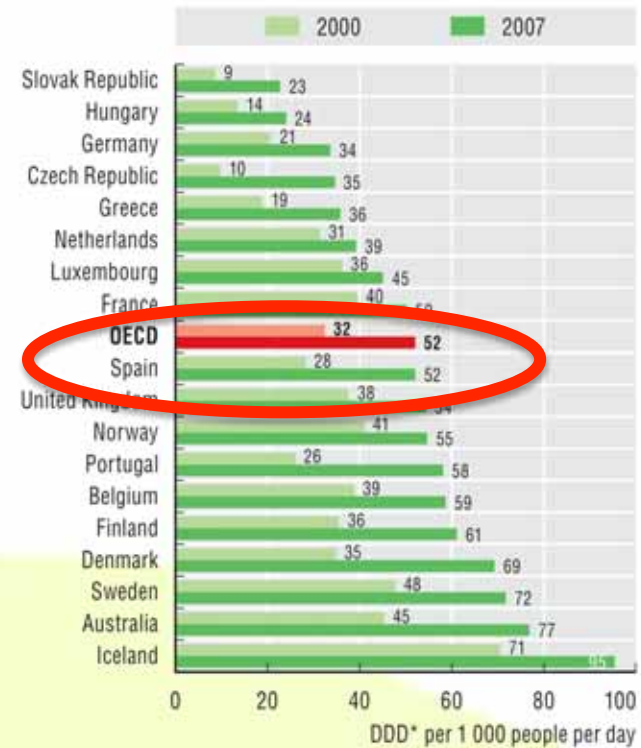


Indicadores cualitativos sistema sanitario. Consumo de antidiabéticos y antidepresivos

4.10.1 Antidiabetics consumption, DDD* per 1 000 people per day, 2000 and 2007 (or nearest year)



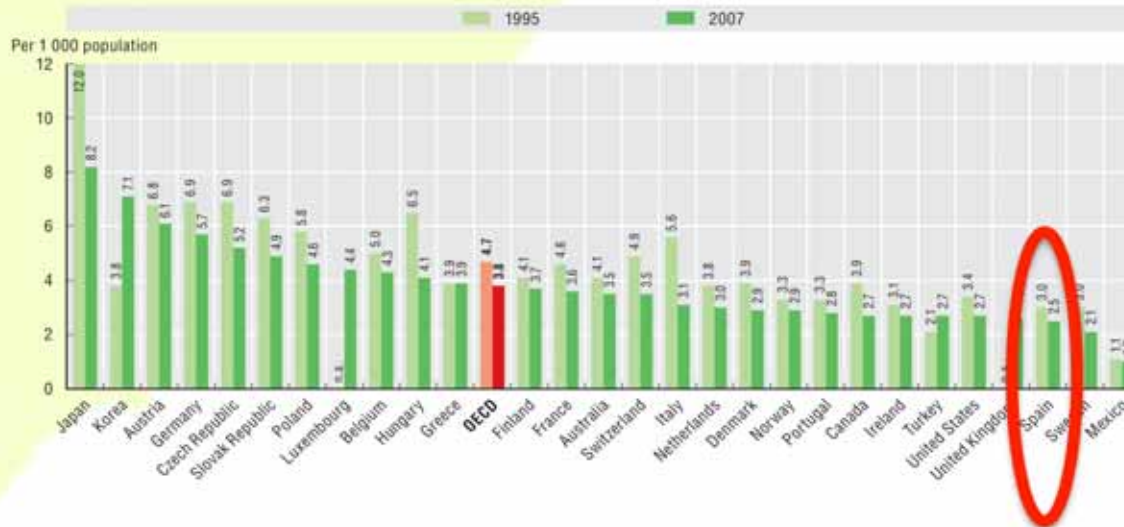
4.10.2 Antidepressants consumption, DDD* per 1 000 people per day, 2000 and 2007 (or nearest year)



1. Only represent 88% of consumption.

Indicadores cualitativos. Hospitalización

4.3.1 Acute care hospital beds per 1 000 population, 1995 and 2007 (or nearest year available)



4.3.2 Occupancy rate of acute care hospital beds, 1995 and 2007 (or nearest year available)

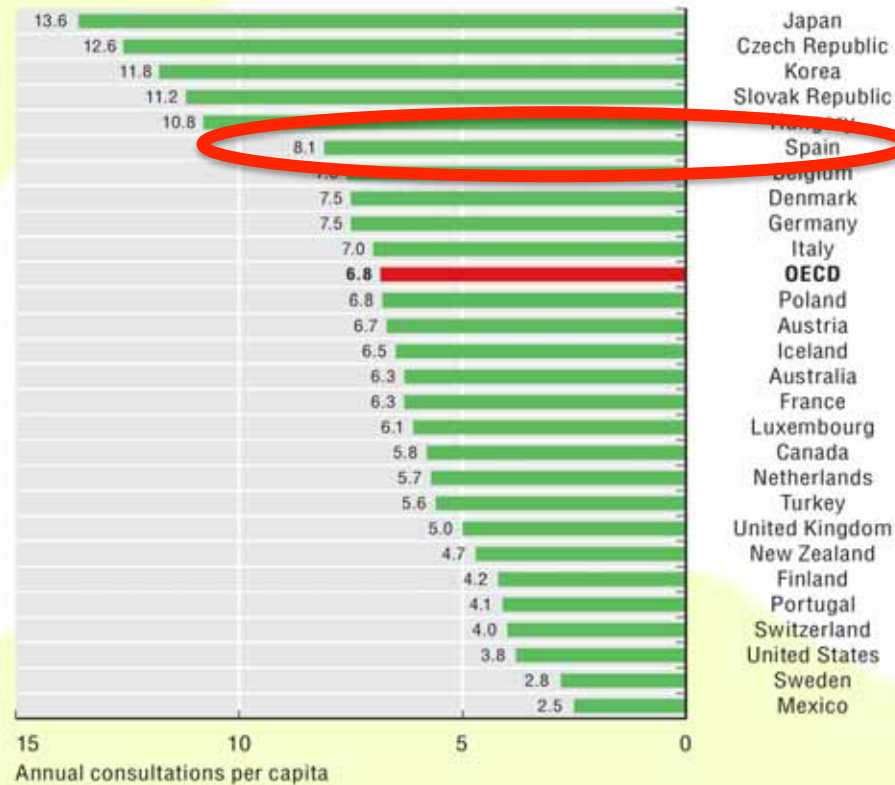




Indicadores cualitativos sistema sanitario: accesibilidad

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

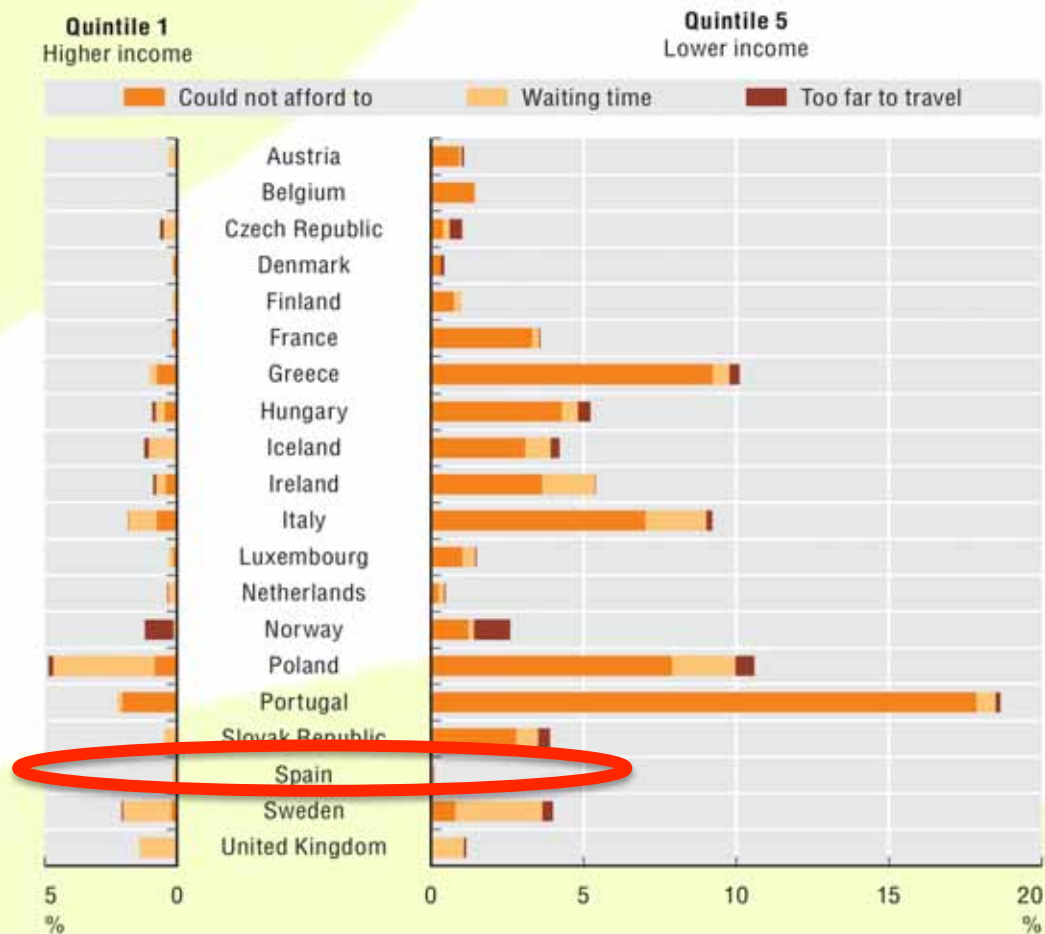
4.1.2





Indicadores cualitativos. Accesibilidad

6.1.1 Unmet need for a medical examination, selected reasons by income quintile, European countries, 2007



Source: EU-SILC.

Health a a Glance: OECD indicators 2009. DOI 10.1787/health_glance-2009-en



Como se construye un nuevo modo



Diagnóstico de situación: factores contribuyentes

- Cambio de escenario
- Crisis económica
- Envejecimiento de la población
- Irrupción continuada de nuevas tecnologías
- Encarecimiento progresivo de la sanidad
- Visión dual de la atención sanitaria

~~(Comunitaria versus hospitalaria)~~

Crisis del modelo sanitario

Escenario de futuros cambios en los próximos 20 años

The system faces a number of challenges

Major drivers	5 years (2013)	10 years (2018)	15 years (2023)	20 years (2028)
Patient expectations	Techologically sophisticated lifestyle drugs	Meeting needs of older people Increasing informal elderly care demands		
Medical advances	Keyhole surgery New cancer treatments	Nanotechnology Genetic screening and manipulation	Robotics	Biotechnology drugs Stem cell technology Electromedical implants
Information and support technology	Home monitoring Ubiquitous networks	Complete EPR Information flood Intelligent devices	Protocol driven/expert systems Robotics	
Demography and society	Inequalities Virtual communities	Population growth in 45–75 age group Increased population mobility		Population growth in >75 age group
Epidemiology		Chronic disease increasing inc dementia Emergence, re-emergence infectious disease Focus on managing risk factors		
Labour force	Portfolio careers Lifelong learning	Labour force ageing and participation rates reducing	Feminised consultant workforce	An end to retirement?

Economic recession

Time when we **predict** that a major change may be seen in this dimension



Crisis del modelo sanitario: oportunidad de cambio

Future physician

Changing doctors in
changing times

Report of a Working Party

May 2010



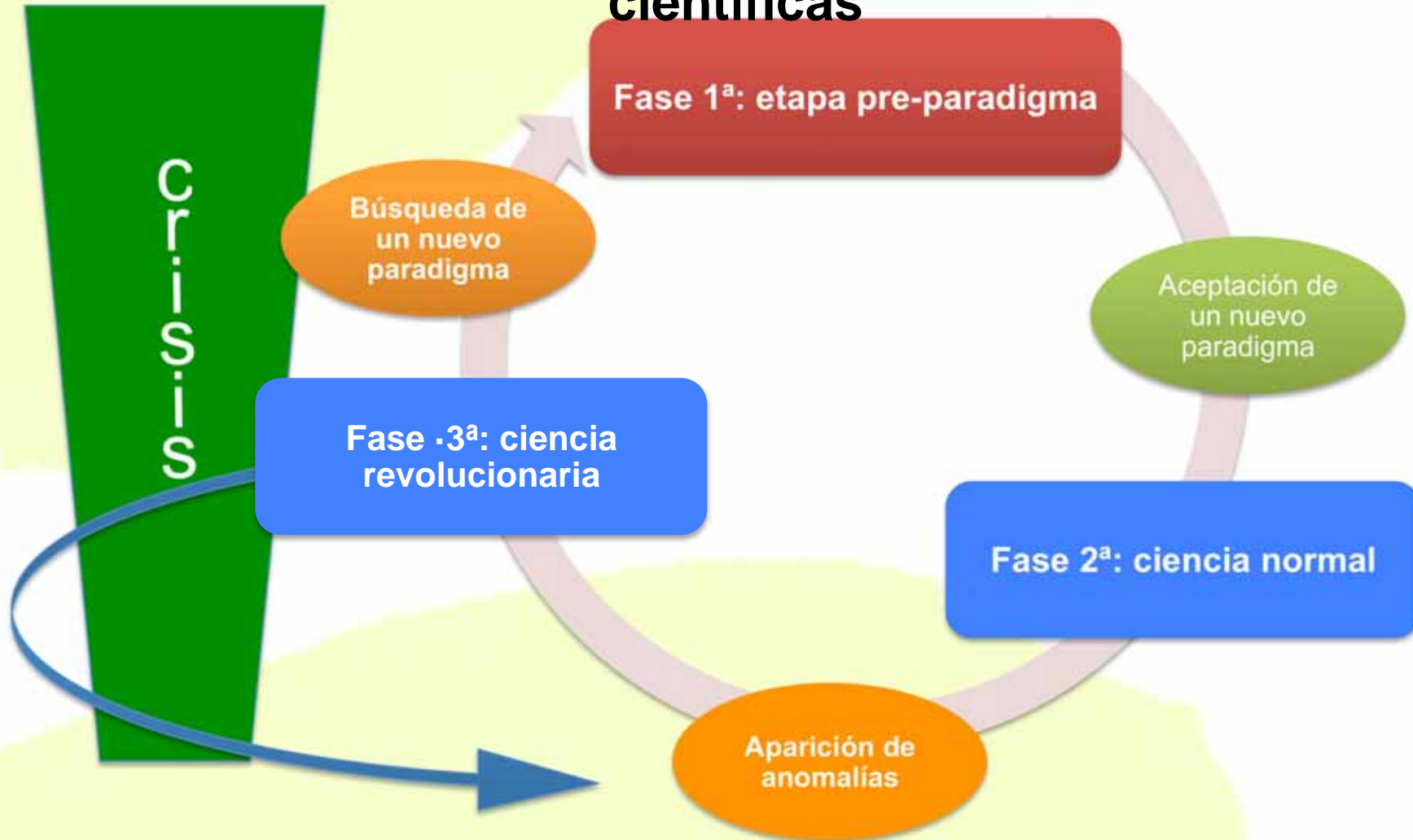
“Queremos construir el futuro. Creemos que la profesión médica ha sido demasiado pasiva en espera de su destino en un mundo que cambia rápidamente...”

Además, la crisis económica en la que estamos sumidos implica que o forjamos nuestro futuro mediante el desarrollo de formas innovadoras y más eficientes de atención a los pacientes, con los médicos liderando el cambio, o volvemos a la época de recortes a corto plazo y dismunción de servicios al paciente.

No debemos desperdiciar una buena oportunidad que brinda esta crisis.”



Fases del conocimiento científico: estructura de las revoluciones científicas





Consolidación de un nuevo modelo

Una nueva verdad científica no triunfa porque haya convencido a sus oponentes y les haya hecho ver la luz, sino más bien porque sus oponentes mueren finalmente, y una nueva generación crece más familiarizada con ella.

Max Planck



Ventajas de un modelo integrado de atención



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Crosson FJ. 21st-Century Health Care — The Case for Integrated Delivery Systems. NEMJ 2009; 361: 1324-5.

“El desarrollo de **sistemas de atención integrados** proporciona otros beneficios además de la oportunidad de **reducir costos**. Varios estudios han demostrado que la atención integral se correlaciona positivamente con **mejor calidad**, lo que se consigue a través de la **coordinación de la atención entre las especialidades**, el uso eficaz de la **tecnología de la información** basada en herramientas de apoyo a la decisión y otros aspectos clave de los sistemas integrados.”



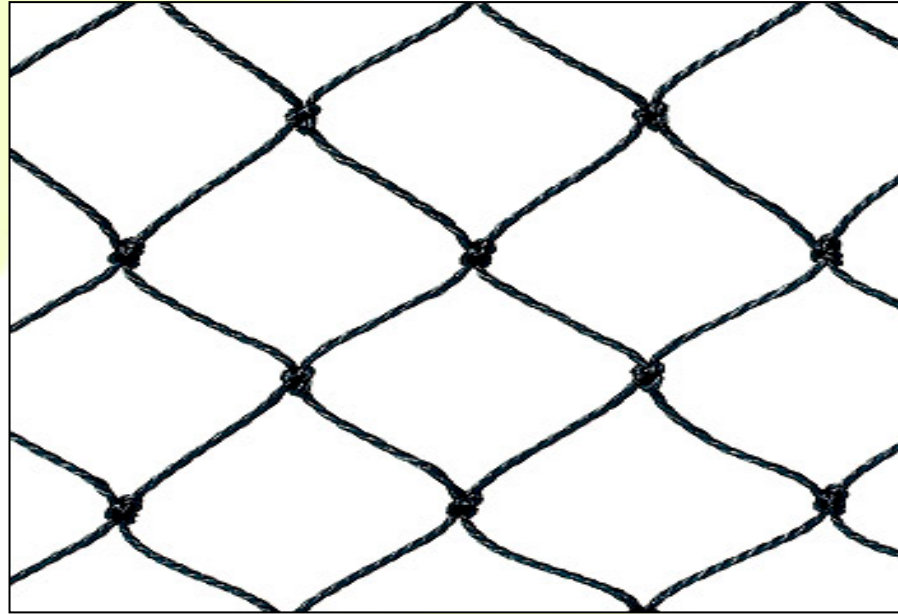
Características del nuevo modelo sanitario



Integrado. Orientado a procesos de salud



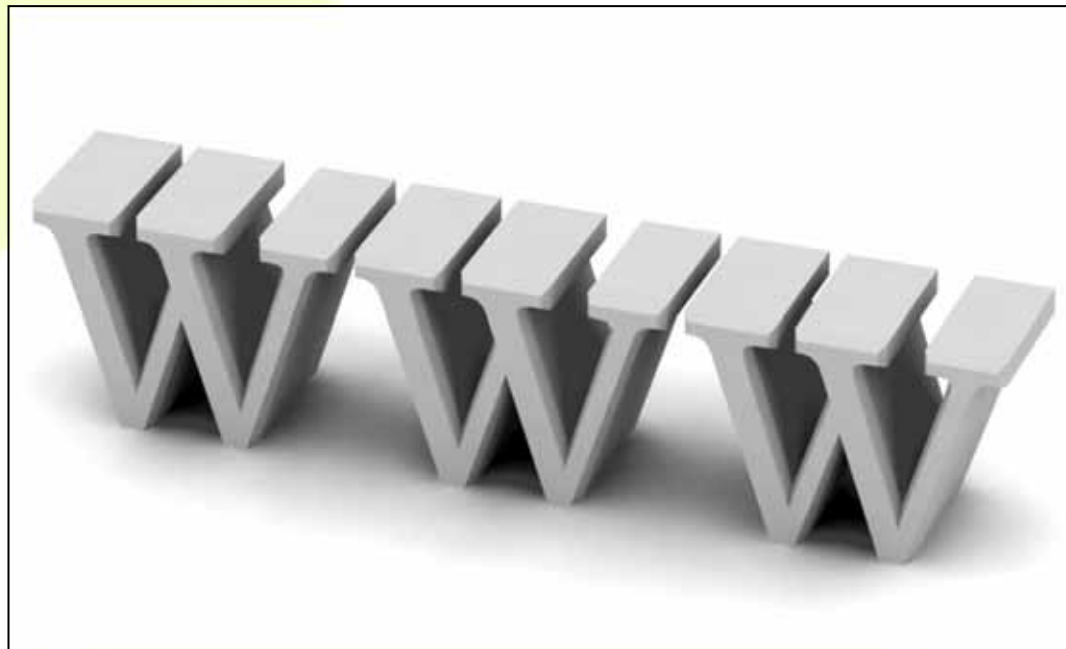
Características del nuevo modelo sanitario



Colaborativo. Interconexión de recursos. Redes asistenciales



Características del nuevo modelo sanitario



Digital. Basado en la tecnología de la información.



Ventajas de un modelo integrado de atención

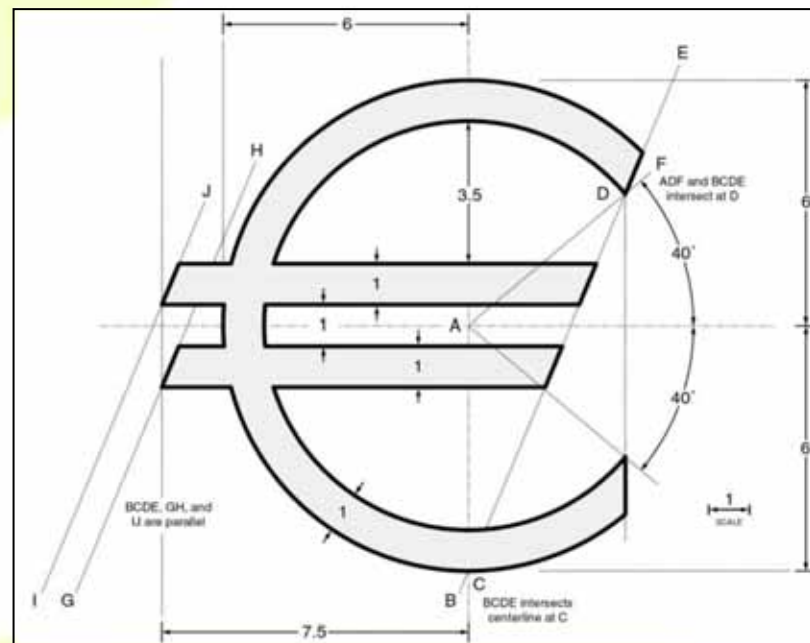


Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. BMJ 2002; 324: 135-43.5.

En la comparación de costes y resultados el esquema de Kaiser-Permanente logra un mejor rendimiento con aproximadamente el mismo coste que el NHS, debido a **la integración de los recursos del sistema**, la **gestión eficiente** del uso del hospital, los beneficios de **la competencia** y una mayor inversión en **tecnología de la información**



Características del nuevo modelo sanitario



Eficiente. Optimización de los recursos



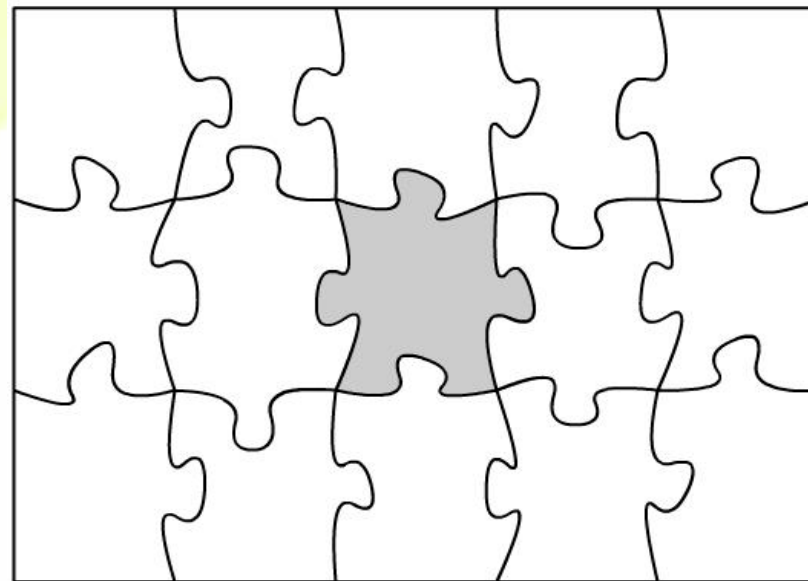
Características del nuevo modelo sanitario



Basado en la evidencia. Orientado a la mejor práctica clínica



Características del nuevo modelo sanitario



Interdisciplinar. Trabajo en equipo. Distintas competencias profesionales



Necesidad de integrar los cuidados de salud en el futur



Améliorer la coordination des soins

“Les patients étant de plus en plus nombreux à s’adresser à plusieurs prestataires de soins pour des affections aiguës ou chroniques, l’intégration des fonctions de gouvernance nationale et internationale des systèmes de santé constitue un besoin urgent. Cela va directement de pair avec la mesure de la qualité des soins (la fragmentation des systèmes de santé entraîne de mauvaises expériences chez les patients et annihile l’efficacité et la sécurité des soins).”

Les soins intégrés sont donc maintenant au cœur des efforts de réforme dans un nombre croissant de pays.



Características del nuevo modelo sanitario



Centrado en el paciente. La atención al paciente, centro del nuevo mod



Características del nuevo modelo sanitario



Innovador. Fomenta la aplicación de nuevas soluciones.



HAD en el nuevo escenario: integrac



Germans Trias i Pujol
Hospital

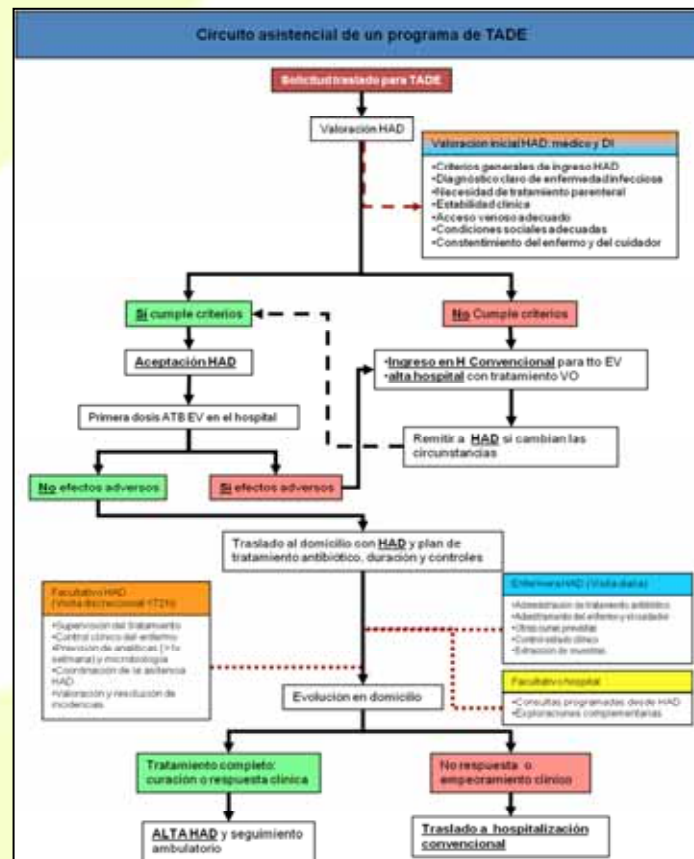


Institut Català de la Salut



¿Cual es el reto de la hospitalización a domicilio en el nuevo modelo sanitario?

1.- Integrarse en procesos asistenciales de atención especializada: “eslabon de la cadena”

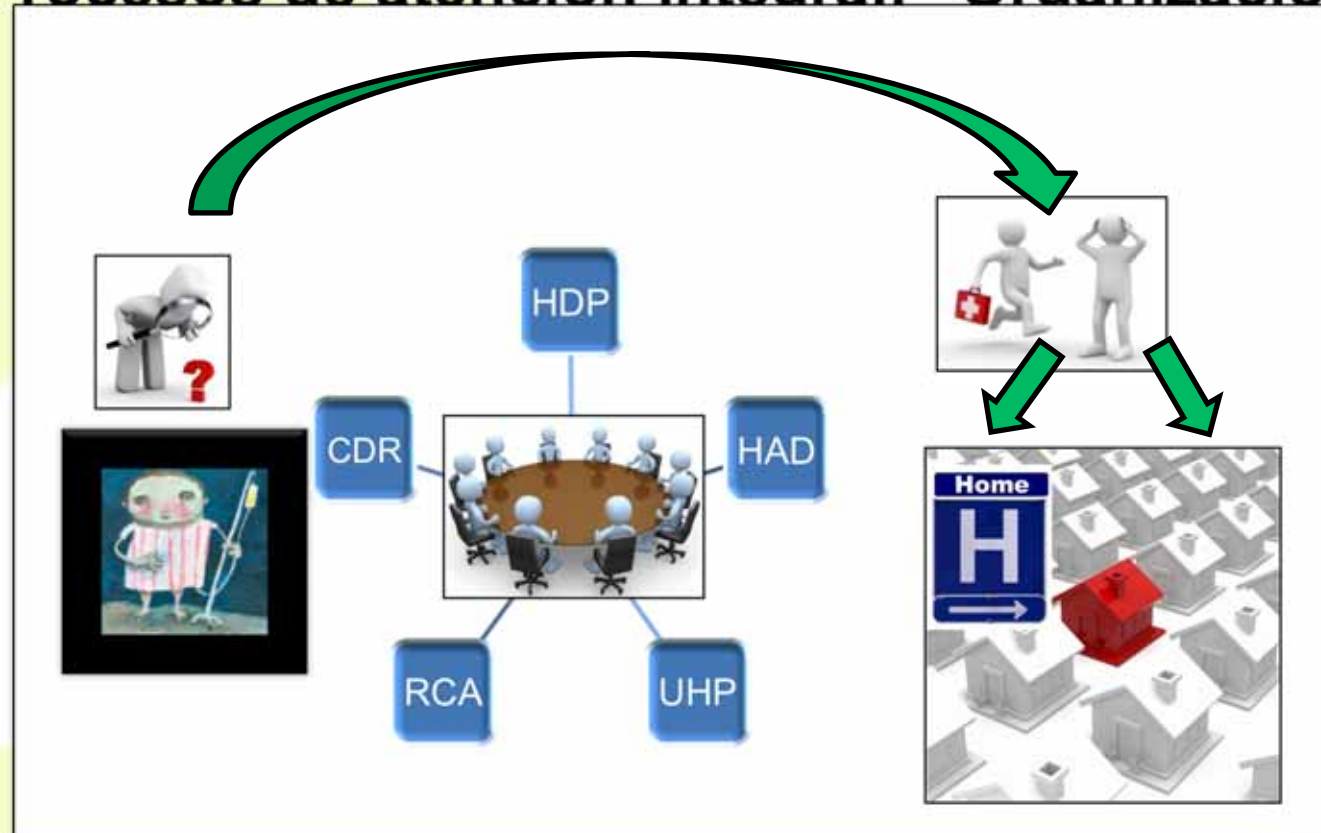


Modelos de eficiencia de la atención especializada



2.- Integrarse con otros dispositivos sanitarios.

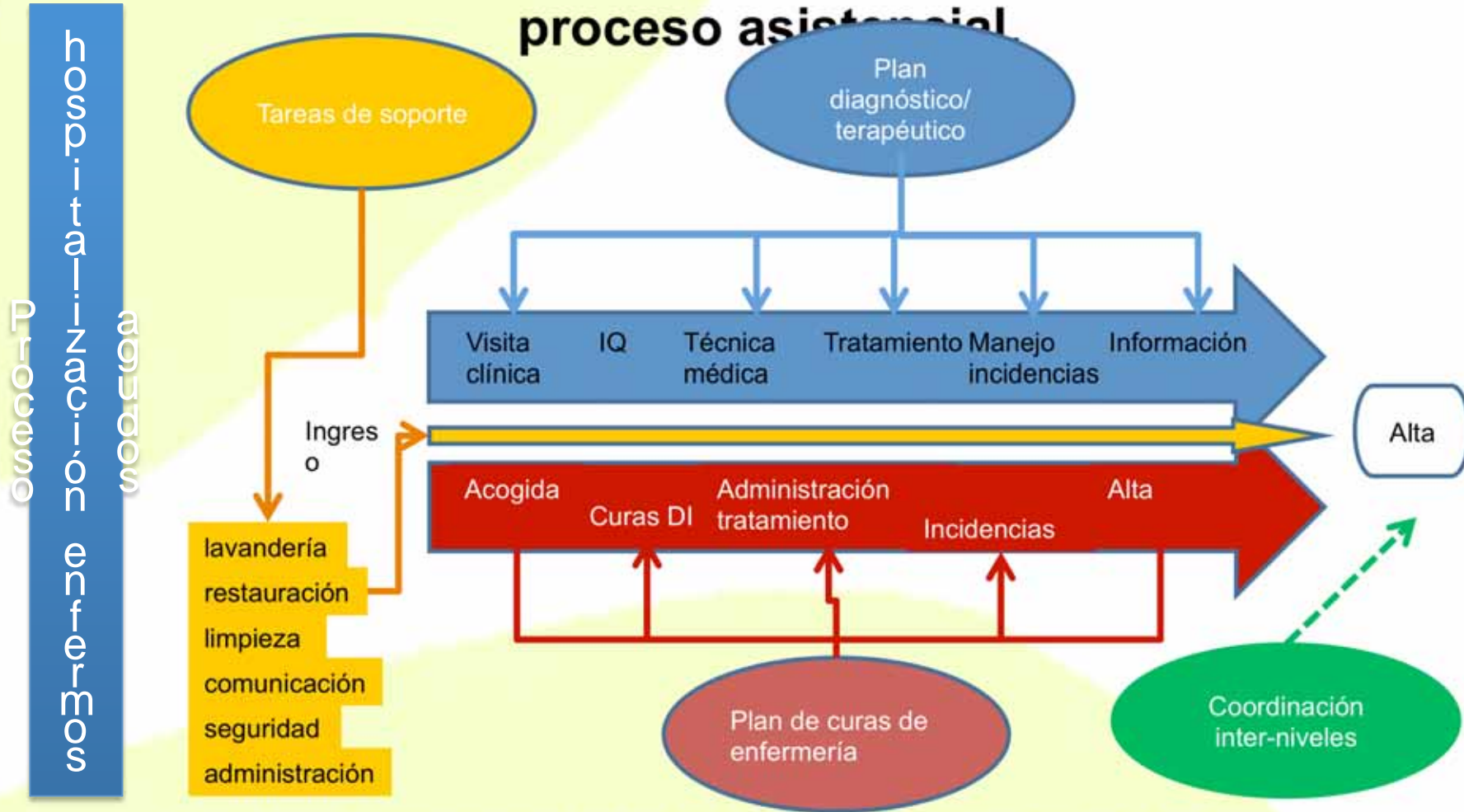
Procesos de atención integral: “Organización



Nuevos modelos organizativos de la atención especializada



3.- Innovación asistencial. Nuevas modalidades de atención: reingeniería del proceso asistencial



Adaptarse a las nuevas necesidades de atención de los enfermos y su entorno



Proceso de hospitalización de enfermos agudos: análisis de estrategias de mejora

Estrategias de organización	Estrategias de modelo asistencial
<p>Diversificación de los recursos asistenciales</p> <p>Formas alternativas de hospitalización</p> <p>Equipos multidisciplinares</p> <p>Integración niveles asistenciales</p> <p>Aprovechamiento de las TIC</p> <p>Sistemas de información que permitan análisis y comparación (<i>benchmarking</i>)</p> <p>Gestión asistencial basada en la eficiencia</p>	<p>Incentivación de los profesionales</p> <ul style="list-style-type: none">•Gestión compartida•Resultados clínicos•Resultados económicos <p>Promoción de modelo asistencial basado en la evidencia (MBE)</p> <p>Modelo asistencial centrado en el paciente</p>

Análisis de causas de hospitalización ineficiente en enfermos agudos

Causa	Naturaleza	Solución
Preoperatorios prolongados	Organización circuito	Unidad de acogida quirúrgica
Cirugía ambulatorizable	Organización / Criterio profesional	Unidad CMA
Demora en exploraciones complementarias	Organización	HAD / circuitos consulta diagnóstico rápido
Ingreso para estudio	Organización	CDR / HAD si sintomático pero no inestable
Ingresos para tratamiento	Criterio médico	UHP para estabilización /HAD para evolución
Tratamiento periódico ev	Criterio médico	Hospital de día polivalente / HAD si precisa control o tto 24h/día
Falta de coordinación al alta	Organización	Unidades de coordinación
Complicaciones hospitalización	Médico	HAD / consultores hospitalización



4.- Integrar la continuidad asistencial entre niveles: hospital vs. atención primaria

Revisión

Hospitalización a domicilio: oportunidad para el cambio

Alfons Cuxart Mèlich * y Oriol Estrada Cuxart

Unidad de Hospitalización a Domicilio, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO RESUMEN

Resumen del artículo:
Recibido el 20 de febrero de 2011
Aceptado el 7 de abril de 2011
On-line el xxxx

Palabras clave:
Hospitalización a domicilio
Atención domiciliaria

El objetivo de este trabajo es hacer una descripción de la hospitalización a domicilio (HAD). Es un

“En los últimos años se ha destacado el papel de la HAD como puente entre los distintos ámbitos asistenciales. Es un elemento que garantiza la continuidad asistencial entre la atención especializada y la atención primaria.”

Keywords:
Home Care Services
Domiciliary attention

ABSTRACT

The purpose of this paper is to describe the hospital at home (HaH). The HaH is proposed as a tool of the hospital organization to provide a response to the increasing health care demands. It consists of providing hospital range clinical attention at the patient's home instead of institutional care. Patients depend on the hospital, and their health care professionals constitute the staff that provide care.

The characteristics of the HaH are: willingness of the patient, a care provider at home, the task to be carried out must be hospital-based, and can be performed at the patient's home. The development of the HaH requires a prolonged clinical leadership as well as good relationship with the referring clinicians. The evaluation must be carried out as part of a continuum of services of the health system. Both clinical effects and repercussions on the hospital organization must be taken into account. The HaH can provide training and knowledge to physicians about real life patients as well as the opportunity to work alongside a multidisciplinary team. The research must always include a rigorous methodology.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.



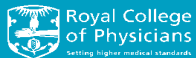
Conclusión: integrarse o morir. Lecciones de una crisis. Ganar un sitio en el futuro

Future physician

Changing doctors in
changing times

Report of a Working Party

May 2010



“El futuro no es un lugar como la isla de Wight, esperando nuestra llegada. Es más como el Great Western Railway, algo que tenemos que imaginar, diseñar y construir.

Si no lo hacemos, lo construirán otras personas.”

Sir Muir Gray, director, National Knowledge Service and chief knowledge officer to the NHS

