

La Transformación de la Sanidad para su Sostenibilidad

RAFAEL BENGOA

GRANDES RETOS

CLINICOS 13500/6000/3500 Y COMPLEJIDAD

ECONOMICOS

DEMOGRAFICOS

EPIDEMIOLOGICOS

EXPECTATIVA CUIDADANAS

FRAGMENTACION ASISTENCIAL

SEGURIDAD CLINICA Y CALIDAD

**Y UNA ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL QUE NO ESTÁ NI
PENSADA NI PREPARADA PARA ESOS RETOS**

WHEN YOU TRACK WHAT YOU DO YOU CONFIRM TWO THINGS : FRAGMENTATION AND EXPECTATION OF A PASSIVE PATIENT !

Coronary Heart Disease pathway

■ Most positive result
■ Significant room for improvement

■ NA Not Applicable
■ Average result

	Primary prevention 	Early management of CHD 	Acute Management of AMI 	Rehab & secondary prevention 
Primary end point	G1 Total mortality due to CHD per 100,000 population ■			
Secondary end points	O1 CHD prevalence rate per 100,000 population ■	O2 Incidence of AMI per 100,000 population ■	O3 30 day mortality of AMI ■ O4 In-hospital mortality of AMI ■ O5 AMI readmission rate within 30 days ■	
Actionable outcomes	PH3 % of adults with BMI > 30 ■ PH2 % of adult daily smokers ■ PH1 Average alcohol consumption per capita ■	P15 % of CHD patients currently treated with beta-blockers ■ P16 % of CHD patients treated with aspirin ■ P19 % of CHD patients with total cholesterol < 5mmol/L ■ P20 Exercise tolerance testing for patients with new angina NA P11 % of CHD patients with BP ≤ 140/90 mmHg ■ P17 % of CHD patients immunized w/ flu vaccine ■	P28 % of AMI patients given aspirin within 24 hrs of arrival ■ P28a % of AMI patients given aspirin within 60 min of symptom onset NA P33a % of AMI patients who receive PCI for revascularisation ■ P33 % of AMI patients with PCI who receive PCI within 90 minutes ■ P41 % of AMI patients who receive LMWH during hospitalization ■ P40 % of AMI patients who receive beta-blockers within 24 hours of AMI onset ■	P50 % of AMI patients assessed for cardiac rehabilitation ■ P53 % of AMI patients receiving smoking cessation counsel during hospital stay ■ P54 % of AMI patients prescribed beta-blocker therapy at discharge ■ P51 % of AMI patients prescribed a statin at discharge ■ P56a % AMI patients currently treated with ACE-I or ARB NA P52 % of AMI patients prescribed aspirin at discharge ■

SOURCE: Leading Systems Network Clinical Pathways Team

McKinsey & Company | 0

Gestión Simultánea de la Crisis & la Transformación del Sistema de salud



AJUSTAR: Estrategia a corto plazo

TRANSFORMAR Estrategia a medio-plazo

■ Gestión de la crisis

Fármacos: Marca a genérico
Recursos Humanos: Salarios
Tecnologías: Desinversión...

&

■ Transformación del modelo asistencial

Gestión proactiva de crónicos
Cuidados integrados
Empoderamiento de pacientes...

Gestión Simultánea de la Crisis & la Transformación del Sistema de salud



¿ QUÉ RELATO ELEGIR ?

AJUSTAR : PEOR RELATO

TRANSFORMAR : MEJOR RELATO

- HAY MUCHA PERTURBACION EN LA SANIDAD EN ESTE MOMENTO !
- PARTE CREADA POR LA CRISIS; PARTE CREADA POR LA RESPUESTA A LA CRISIS.
- SI ES QUE HAY QUE CREAR CIERTA PERTURBACION PARECE MÁS LÓGICO HACERLO PARA TRANSITAR HACIA UN MEJOR SISTEMA ?

Y NO PARA OTRAS COSAS !

CREAR UN RELATO TRANSFORMADOR

- Proporcionar un relato que vaya más allá de la “contención del gasto”.
- Elevarlo al ámbito “ policy ” (no es un programa más de un Ministerio o Consejería).
- Un relato que proporcione una visión, una estructura y un camino hacia dónde ir.
- Un relato que proporcione dirección y estabilidad en un ambiente de crisis.
- Un relato conectado con los valores de la organización.
- Cuanto más duro es el entorno externo, más cohesión proporciona es la visión común.

¿ CUAL ES EL RELATO DE TU CCAA ?





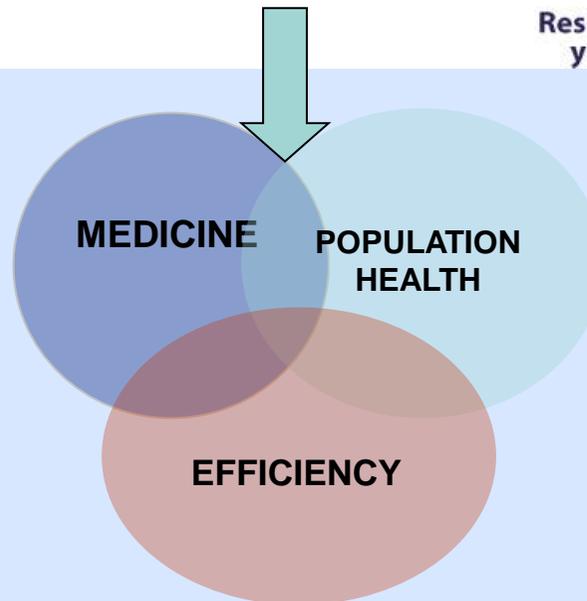
OFRECER UN “RELATO” SUGERENTE

- ✓ **ESCOCIA:** LA SEGURIDAD CLINICA
- ✓ **EE.UU:** LA COBERTURA PARA NO ASEGURADOS
- ✓ **PAÍS VASCO:** LA CRONICIDAD
- ✓ ...

SON RELATOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE

LA CONTENCIÓN DEL GASTO NO ES UN RELATO SUGERENTE...

UTILIZAR MODELOS = LÓGICA DE SISTEMA



- HAY MULTITUD DE INTERVENCIONES QUE SON NECESARIAS PARA ESTE CAMBIO COMPLEJO.
- ESTÁN EVIDENCIADAS CON BUENOS RESULTADOS.

Un ejemplo de evidencia: **PARTICIPACION REAL DEL PACIENTE**



PACIENTE ACTIVADO = MEJOR PARA EL PACIENTE

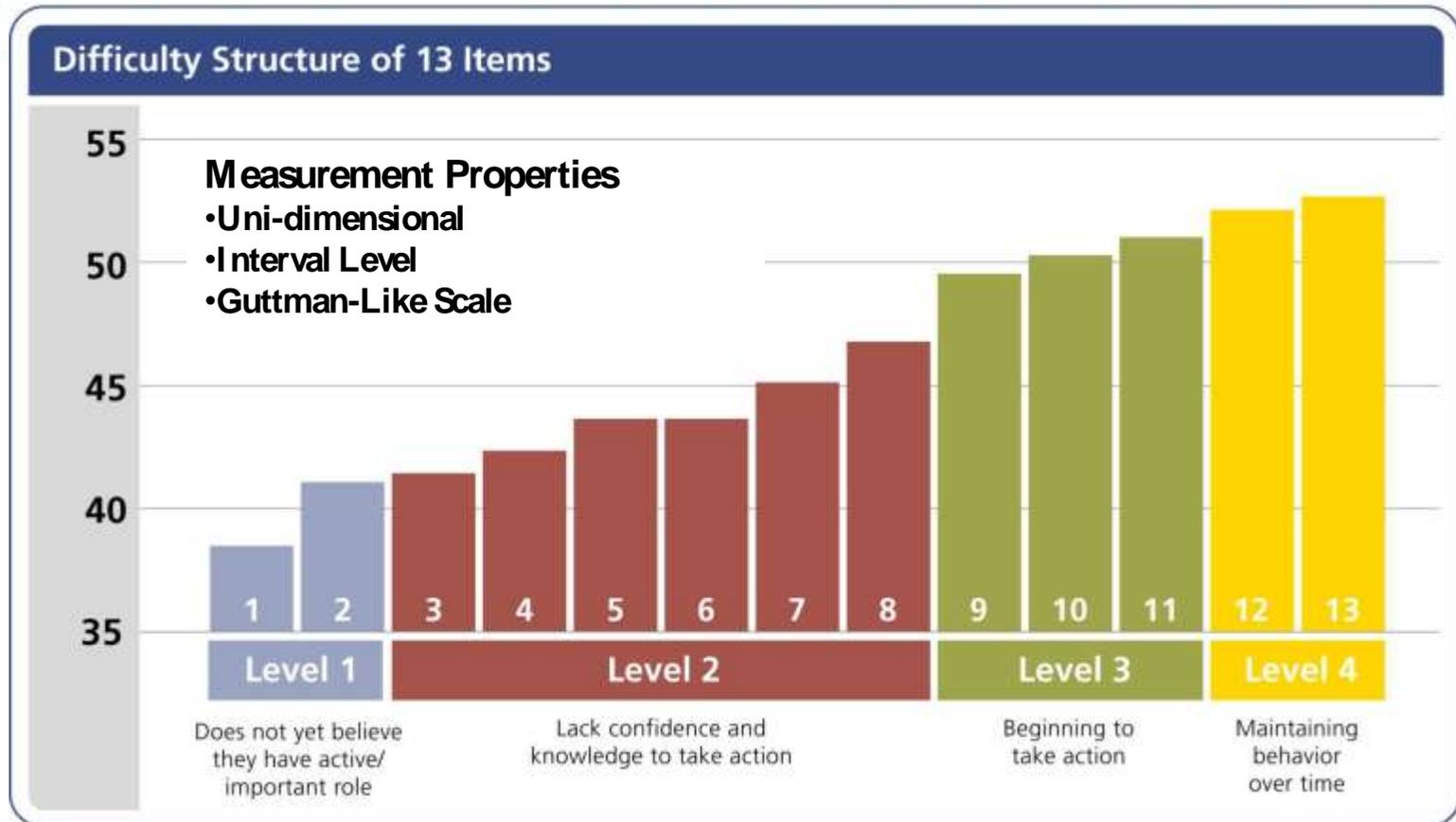
PACIENTE ACTIVADO = ENTRE UN 8 - 21 % MAS BARATO.

Fuente: HEALTH AFFAIRS. ENERO 2013

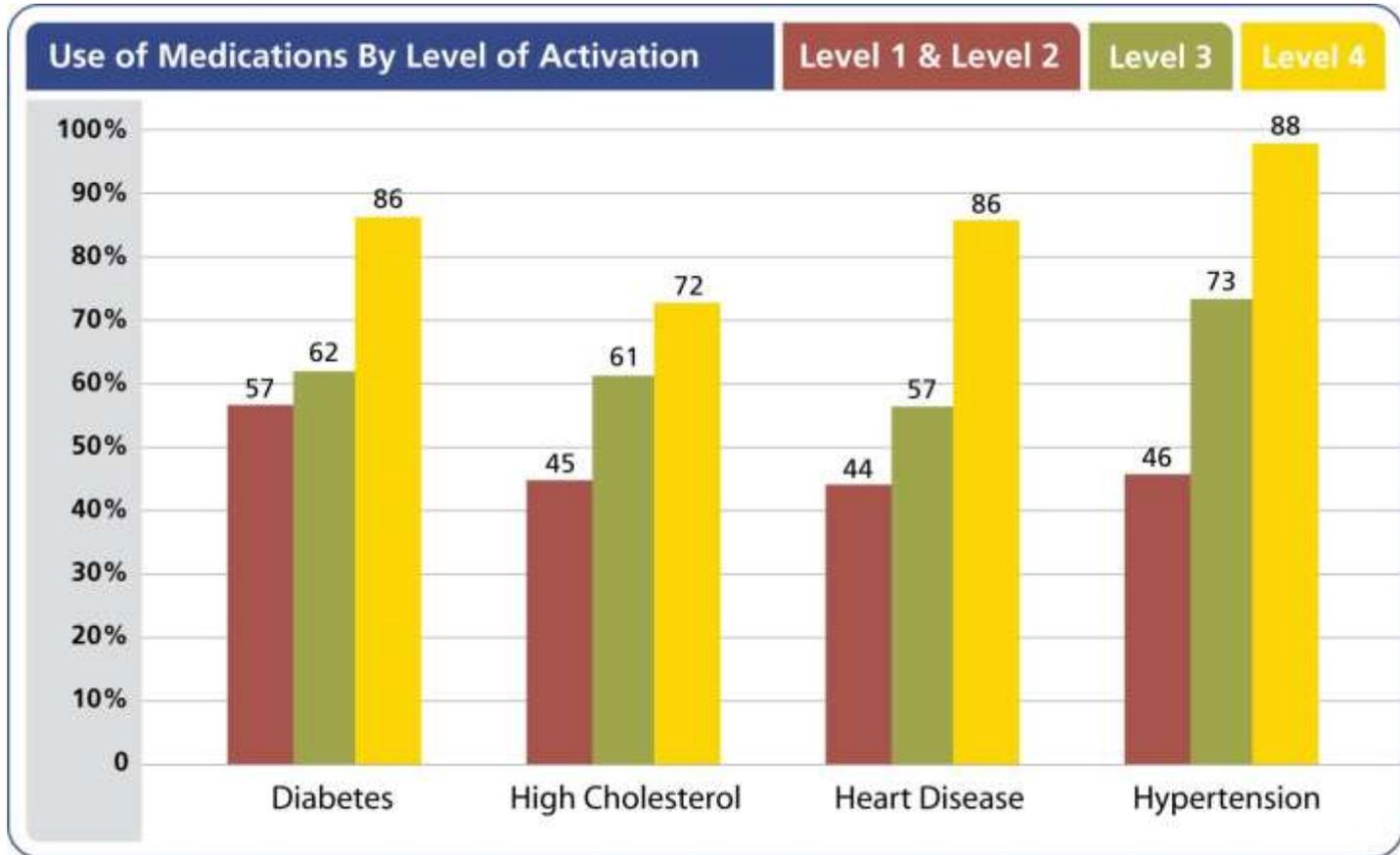
HERRAMIENTAS: PARTICIPACION Y ACTIVACION REAL DEL PACIENTE

Patient Activation Measurement (PAM)

Difficulty Structure of 13 Items

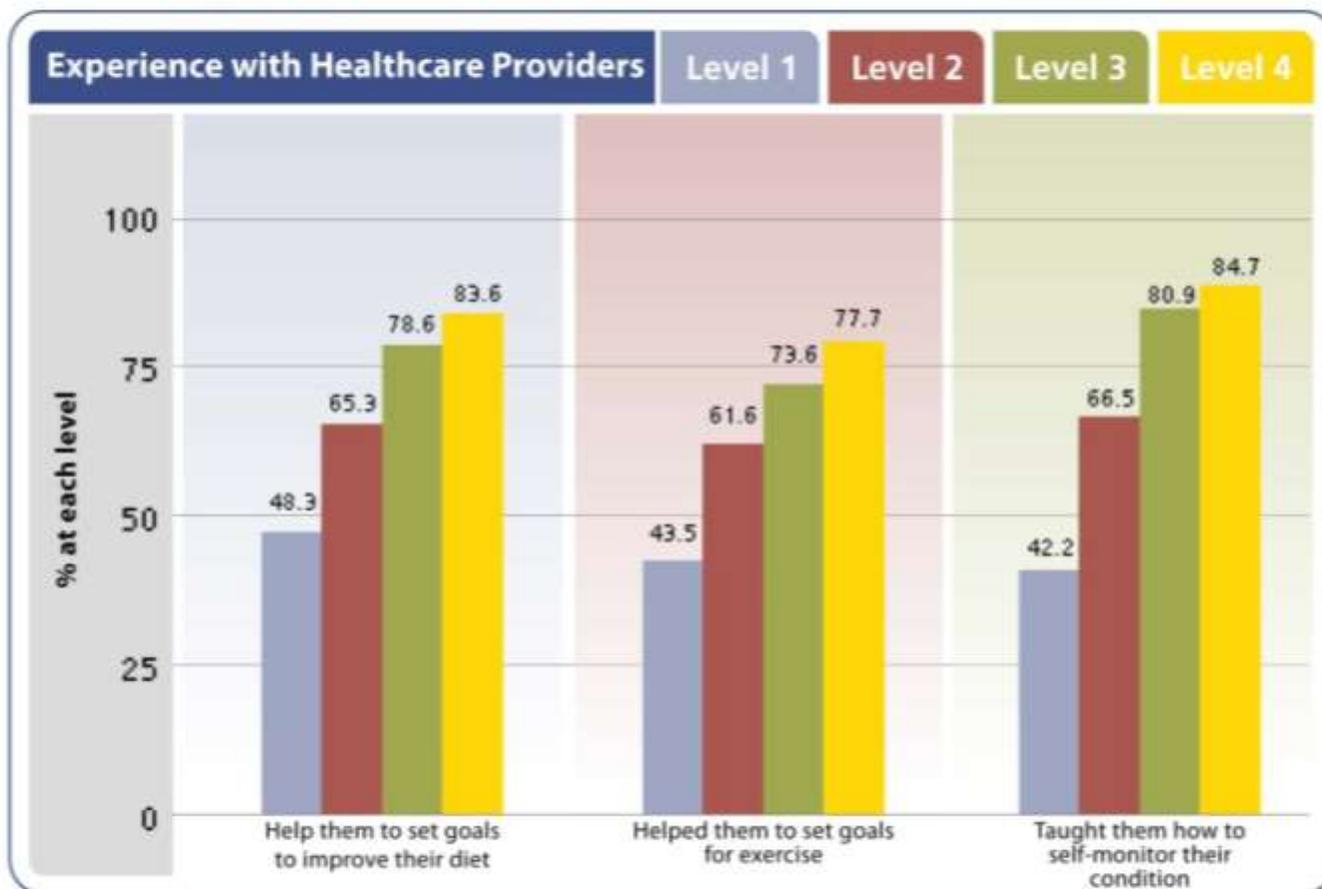


Medication Adherence by Level of Activation for Different Conditions



National Study 2004

Patients who get more support for self-management from their Doctors are more activated.



Source: Center For Studying Health System Change 2007 Household Tracking Study
Differences between level 4 and other levels significant at $p < .05$

MUCHAS POLEAS Y ALINEADAS AL RELATO ALGUNAS DE ARRIBA ABAJO ; OTRAS DE ABAJO ARRIBA

ARRIBA -ABAJO

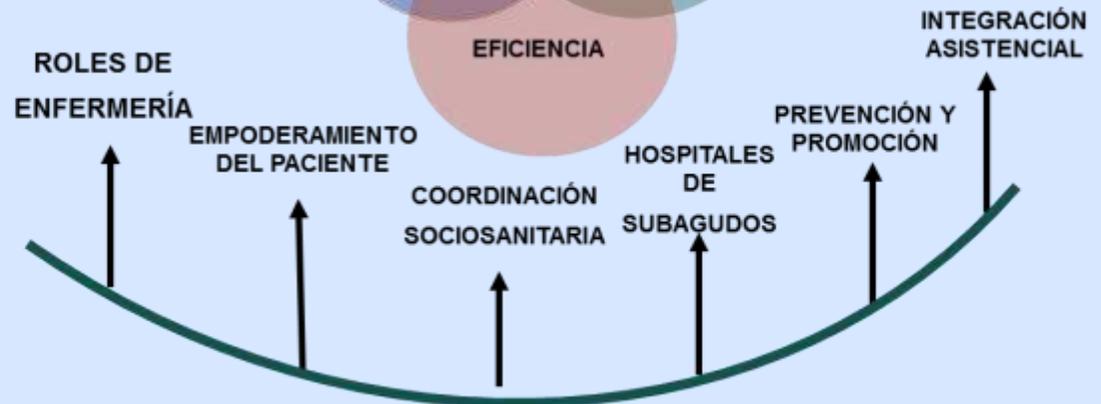
INTERVENCIONES
ESTANDARIZABLES



PLANIFICACION FORMAL

ABAJO -ARRIBA

INNOVACIÓN LOCAL



PLANIFICACION EMERGENTE

PLATAFORMA CALIENTE – RETOS MUY EXIGENTES.....

RELATO TRANSFORMADOR.....

MODELOS DE REFERENCIA CON LÓGICA DE SISTEMA...

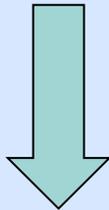
HERRAMIENTAS

¿ CON QUÉ CLASE DE LIDERAZGO ?

Gestión Simultánea de la Crisis & la Transformación del Sistema de salud



AJUSTAR

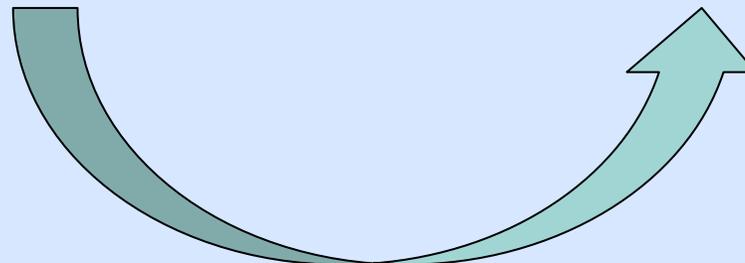


TRANSFORMAR



¿ QUÉ CLASE DE LIDERAZGO EJERCER ?

¿ QUÉ CLASE DE LIDERAZGO EJERCER ?



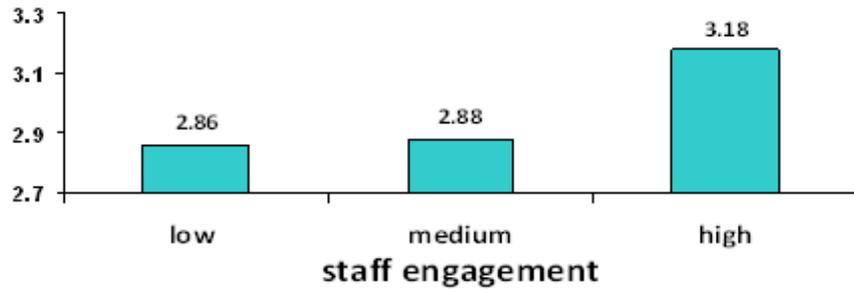
¿ USAR EL MISMO TIPO DE LIDERAZGO ?

PARTICIPACIÓN REAL DE LOS PROFESIONALES

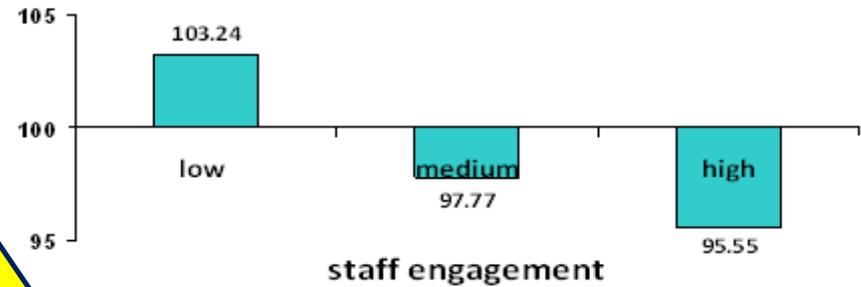
- **¿ PORQUÉ PROMOVER UN LIDERAGO DISTRIBUIDO ?**
- **¿ PORQUÉ BUSCAR FORMAS MAS PARTICIPATIVAS Y COLABORATIVAS CON LOS PROFESIONALES ?**
- **¿PORQUÉ NO DIRIGIR A LOS PROFESIONALES DE ARRIBA ABAJO EN TODO ?**

ALTOS NIVELES DE PARTICIPACION DE LOS PROFESIONALES RESULTA EN MEJORES INDICADORES EN NUMEROSOS INDICADORES EN EL NHS

Outcome = CQC Quality of Financial Management
(1 : Poor to 4 : Excellent)

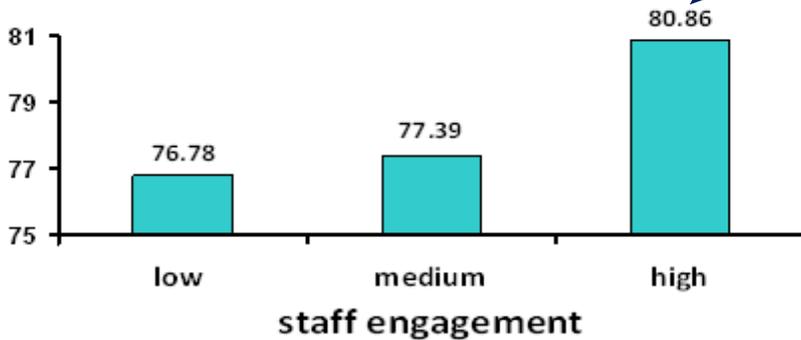


Outcome = Hospital Standardised Mortality Rate (100 is Expected Rate)

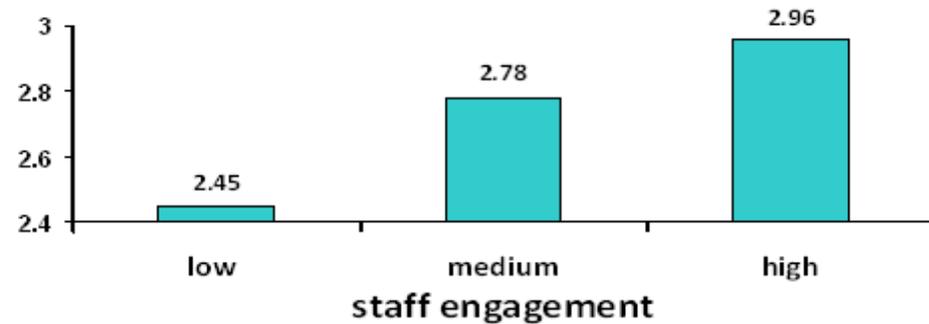


**Staff
Engagement**

Outcome = Patient Satisfaction (%)



Outcome = CQC Quality of Services
(1 : Poor to 4 : Excellent)



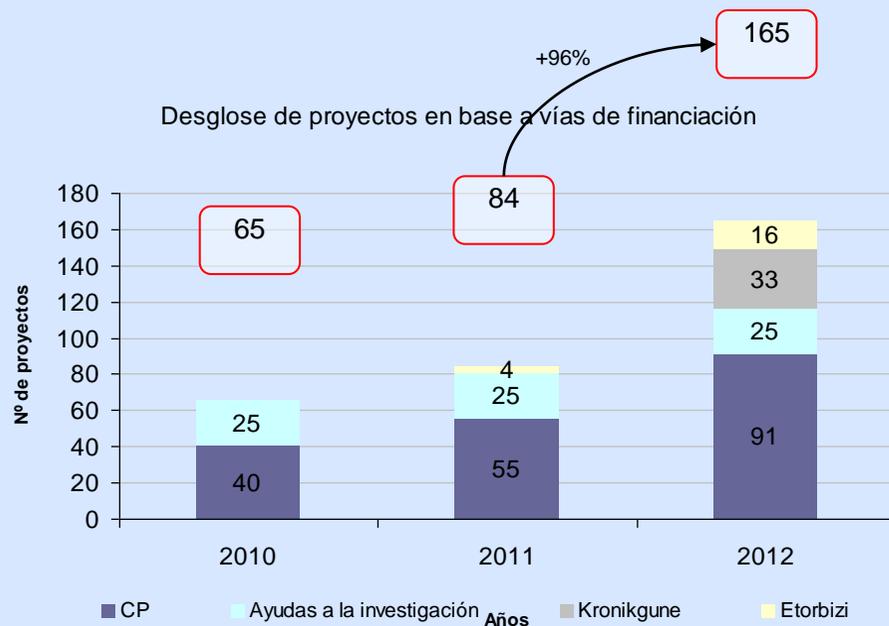
PARTICIPACION REAL DE LOS PROFESIONALES



¿Cómo?

- ACEPTAR QUE MUCHAS RESPUESTAS ESTÁN EN LA RED Y NO EN LA CONSEJERIA O MINISTERIO
- CREAR ESTRUCTURAS DE TRABAJO QUE PROMUEVAN LA PARTICIPACION DE LOS PROFESIONALES
- LANZAR PROCESOS BOTTOM UP...
- AUTO DESCUBRIMIENTO COMO PROCESO “ESCALADOR” EN LUGAR DE SOLO EXPERIENCIAS PILOTO.

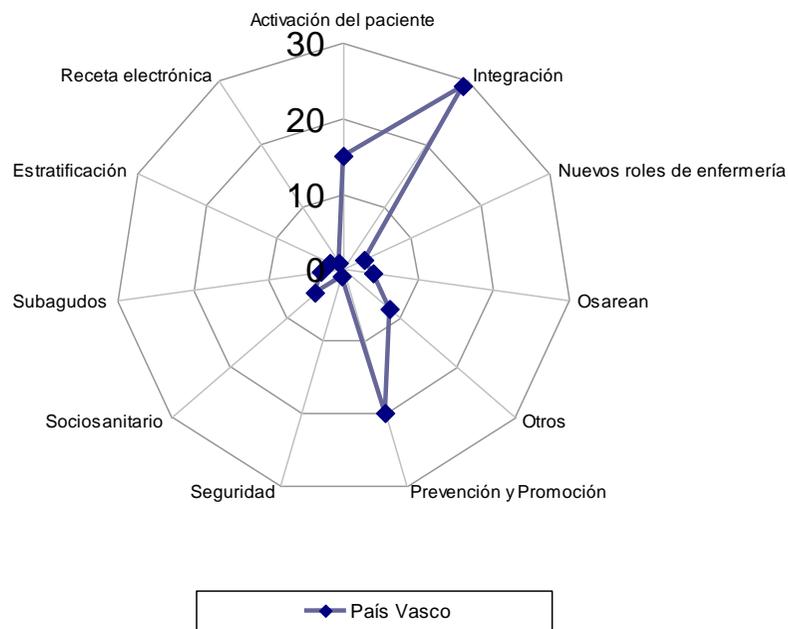
EUSKADI : Promoción creciente de la cultura de innovación en el ámbito local con los profesionales



- ✓ + de **165 experiencias** de innovación
- ✓ + de **80 nuevas** experiencias en el 2012
- ✓ **Clasificación de los proyectos** en función del interés para el sistema sanitario y madurez
 - ✓ **11%** Extensibles
 - ✓ **47%** Prioritarios para el sistema sanitario
 - ✓ **42%** Interesantes para el sistema
- Creación de 3 organizaciones que promueven el bottom-up - O Berri, Kronikgune, Etorbizi.
- Apoyan económicamente y metodológicamente a los clínicos

El 37% de los proyectos se concentran en el área de **integración**, seguido con un 17% en **activación del paciente** y un 14% en **Prevención y promoción**

Distribución proyectos por ejes de la estrategia- País Vasco

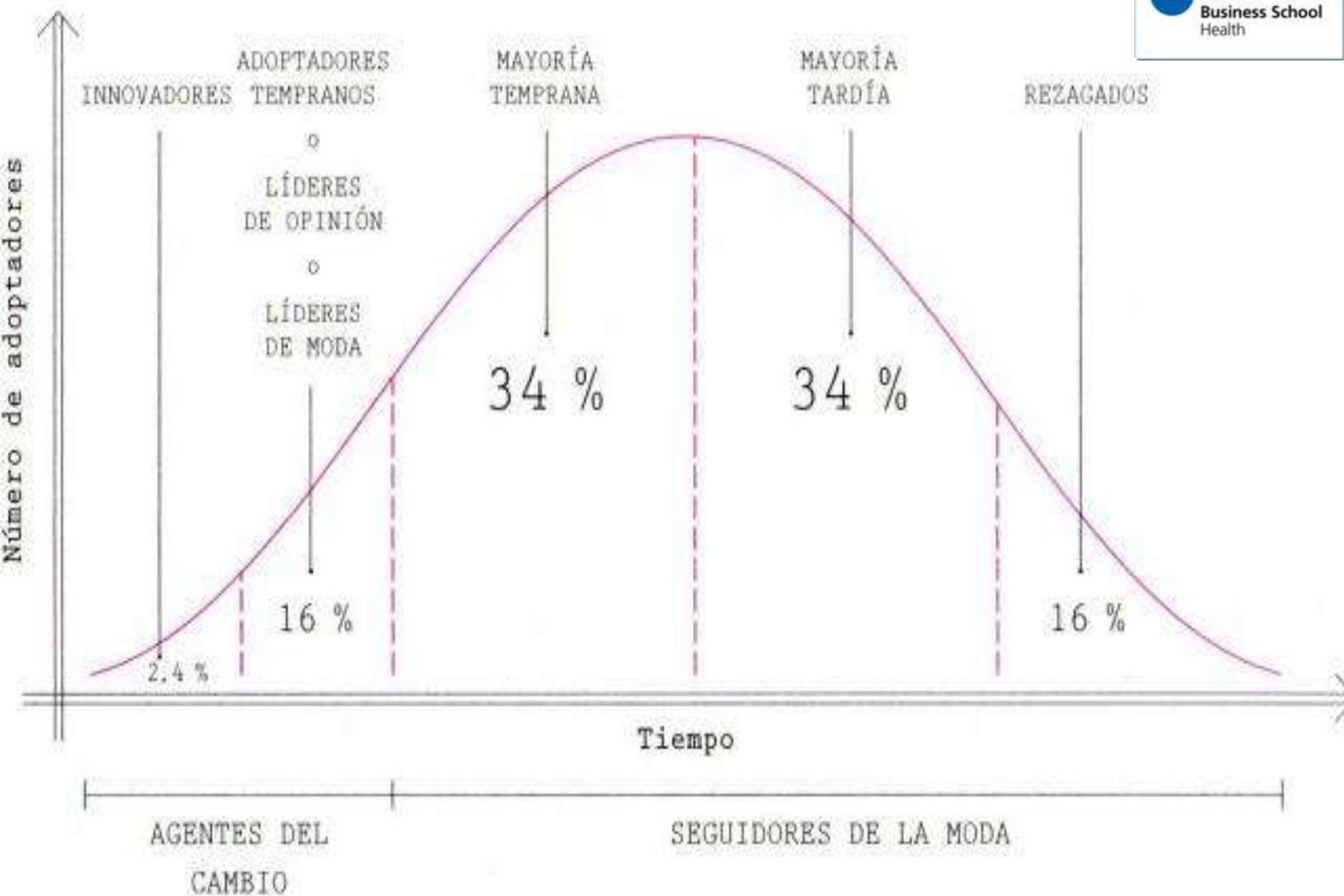


PAIS VASCO

HAY TRES COMPORTAMIENTOS:



- 1300 PROFESIONALES PARTICIPAN ACTIVAMENTE
- *OTROS SENTADOS EN LA BARRERA A VER QUE PASA*
- **ESCEPTICOS** : “ *NO ME HE FORMADO COMO MEDICO PARA SER UN ACTIVADOR DE PACIENTES O ESTRATIFICAR O DESARROLLAR UNA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA O PARA LOGRAR LA INTEGRACION CLINICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES ! ”*





LOS RETOS SON ENORMES

HAY SOLUCIONES Y HERRAMIENTAS PARA EL SECTOR PÚBLICO EN CUANTO A SU SOSTENIBILIDAD

EL SISTEMA DE SALUD EN ESPAÑA TIENE MIMBRES PARA LOGRAR ESTE CAMBIO

ES FRUTA ALCANZABLE PERO QUE ESTÁ UN POCO MAS ALTO EN EL ARBOL

PARA ALCANZARLA SON IMPRESCINDIBLES TRES ACTITUDES:

- LA COMPRESION DE PARTE DE TODOS QUE EL ESTATUS-QUO YA NO VALE
- LA COMPRESION QUE ES IMPRESCINDIBLE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD
- EL EJERCICIO DE UN LIDERAZGO “DISTRIBUIDO” POR PARTE DE LOS DIRECTIVOS DEL SECTOR

Rafael Bengoa

Director Deusto Business School Health

Rafael.bengoa@deusto.es

Tel. 944 139 463

