

*Debate  
Reunión*

# Sostenibilidad y calidad asistencial en el Sistema Nacional de Salud



Casa del Corazón  
**madrid**  
24 de abril 2013



17.00 horas: Bienvenida



**Vicente Bertomeu**  
Presidente de la Sociedad Española de Cardiología

A continuación intervendrán:



**Rafael Bengoa**  
Asesor de diversos gobiernos internacionales en reformas sanitarias, Ex- Consejero de Sanidad y Consumo del Gobierno vasco 2009-2012 y Ex - Director de Sistemas de Salud en la OMS  
*"Creando un nuevo contexto para las enfermedades crónicas en el SNS"*



**Carlos Macaya**  
Presidente Electo de FACME  
*"El Papel de las Sociedades Científicas en el SNS"*



**Alfonso Castro Beiras**  
Jefe de Servicio del Área del Corazón del CHUAC y asesor del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad  
*"Los profesionales y la autonomía de gestión: necesaria y posible"*

## Los profesionales y la autonomía de gestión :necesaria y posible

Torno de preguntas y debate abierto.

Se debatirán temas sobre:

CALIDAD, SEGURIDAD, EFICIENCIA Y MODELOS ORGANIZATIVOS DE LA GESTIÓN CLÍNICA.

19.00 horas: Cóctel para todos los asistentes

24 de abril 2013

# Sostenibilidad y calidad asistencial en el SNS

Un sistema de salud y sistema sanitario

- Un sistema de éxito y sostenible



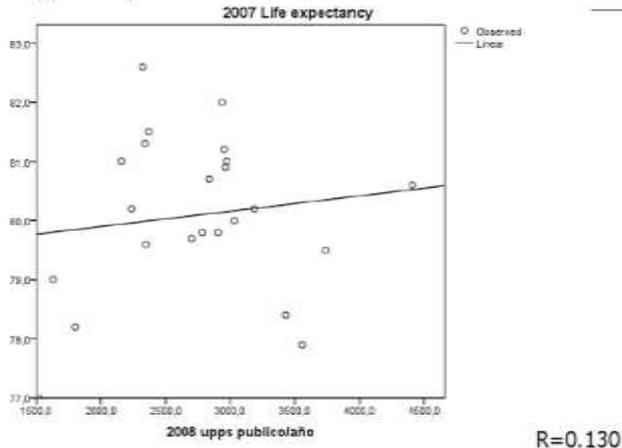
# Éxito del Sistema de Salud

- Salud de la población
- Atención de calidad la persona enferma:
  - **eficaz**, seguro, oportuno, centrado en el paciente,
  - **equitativo** lo significa que el tratamiento se aplique sin discriminación ni desigualdades a todos los individuos, independientemente de su edad, identidad de grupo o lugar
- **Justo** para los profesionales de la salud, instituciones, empresas de apoyo y proveedores



# Sostenible

Ausencia de correlación entre gasto sanitario público y resultado en salud (a partir de >1500 upps/año)

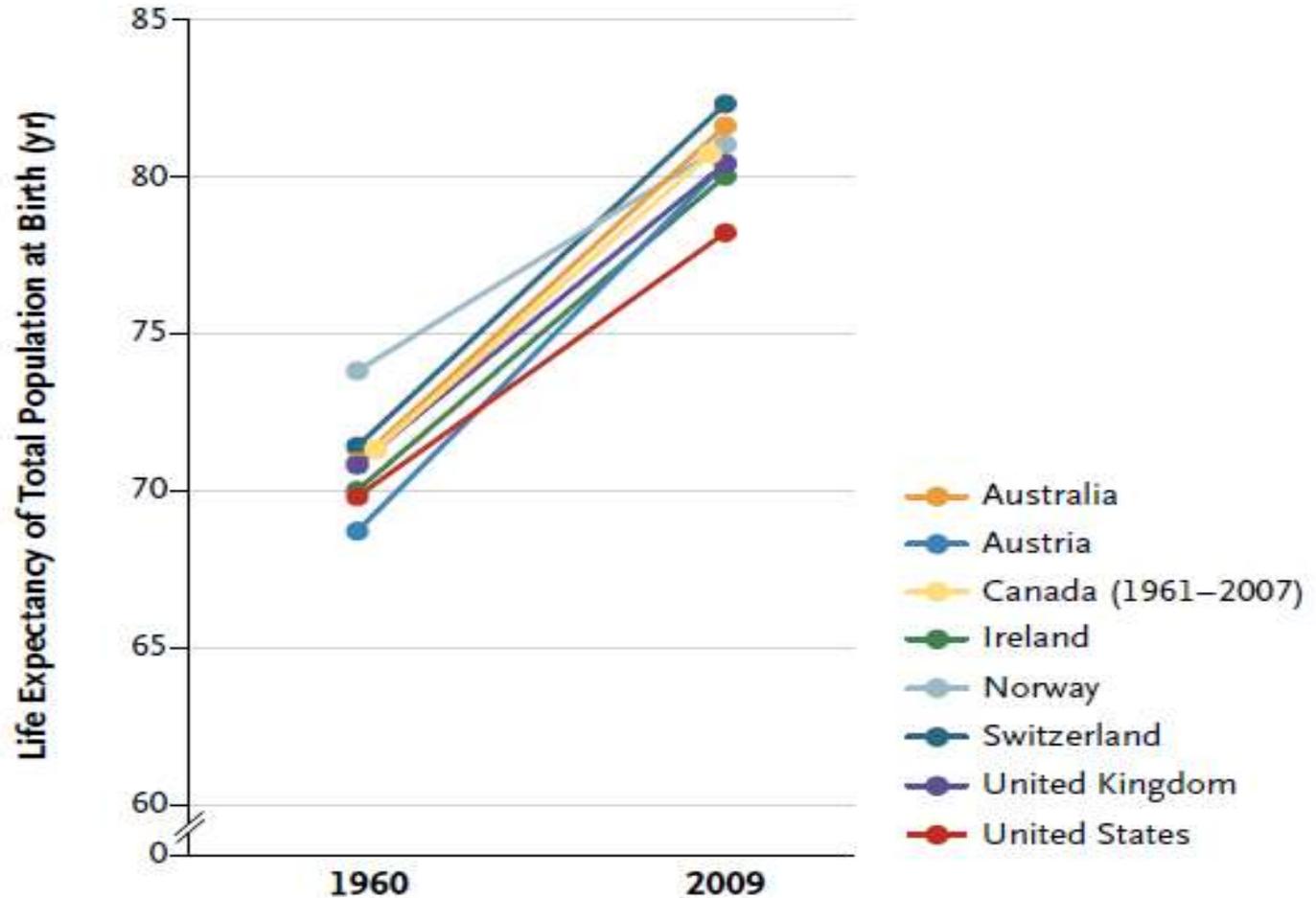


Fuente :OCDE Health data  
2011

- suficiencia financiera
- la aceptabilidad de los componentes **clave**, incluyendo los pacientes, los profesionales, y proveedores
- **capacidad de adaptación**, ya que las necesidades de atención de salud y la salud no son estáticos  
(es decir, un sistema de salud debe responder de forma adaptativa a las nuevas enfermedades, los cambios demográficos, descubrimientos científicos y tecnologías dinámicas con el fin de mantener su viabilidad).

# A Successful and Sustainable Health System — How to Get There from Here

N Engl J Med 2012;366:1020-7.



**Figure 1. Life Expectancy at Birth in Selected OECD Countries, 1960–2009.**

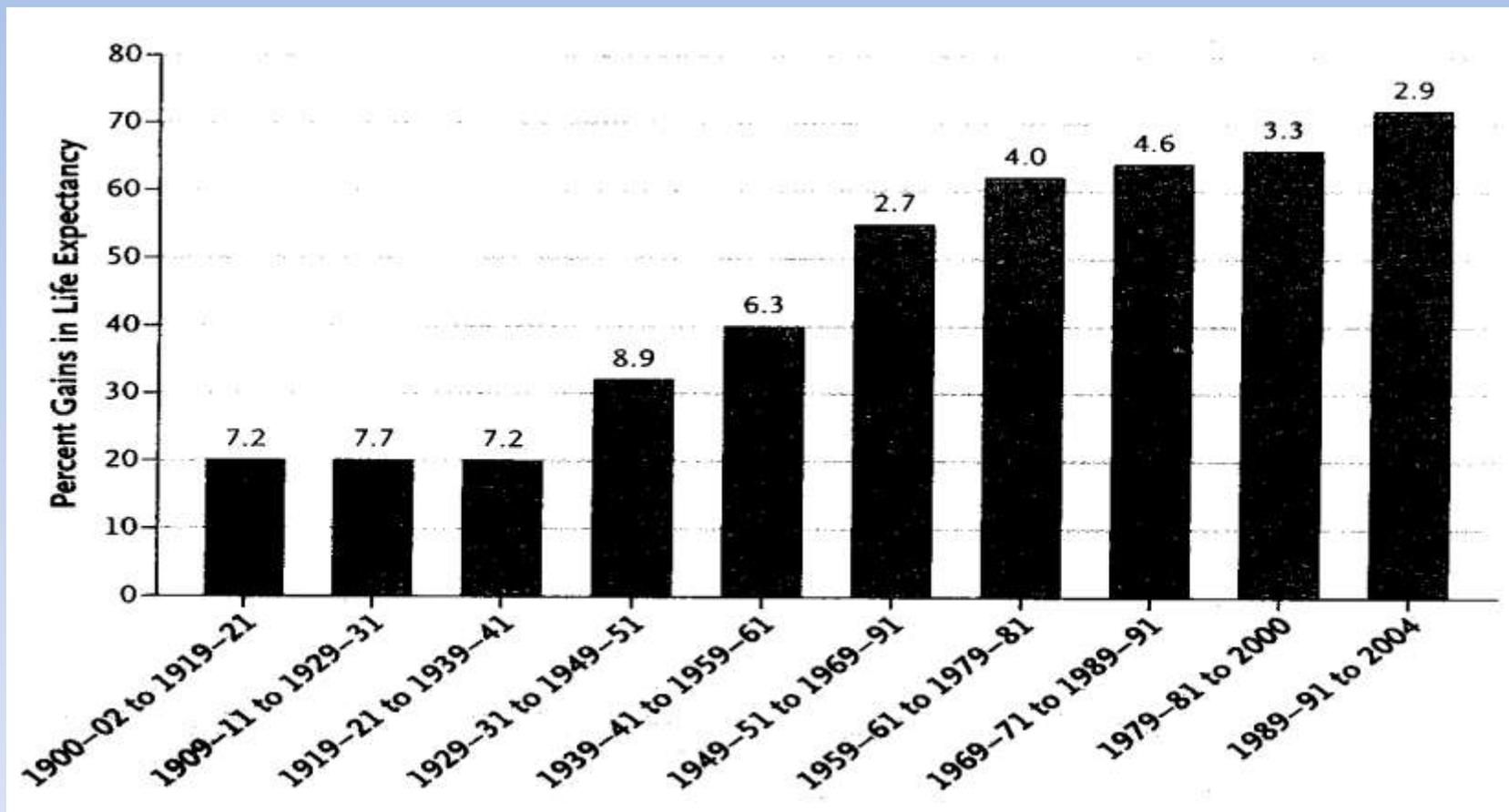
Data for all Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) countries appear in the Supplementary Appendix.

Problema





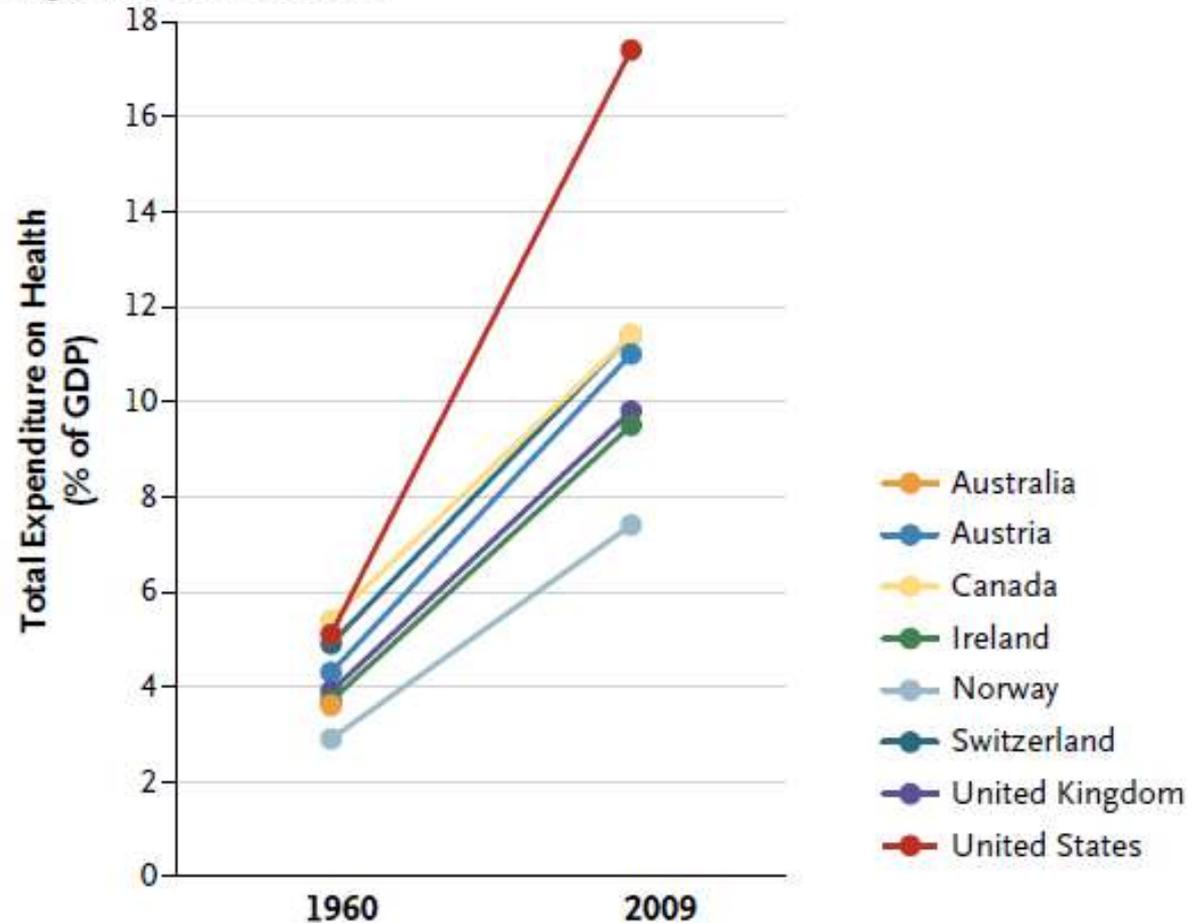
# Percent Gains in Life Expectancy Realized at 65 Years of Age



Natl. Health Stat Report. 2009

# A Successful and Sustainable Health System — How to Get There from Here

N Engl J Med 2012;366:1020-7.



**Figure 2.** Health Expenditures as a Percentage of Gross Domestic Product (GDP) in Selected OECD Countries, 1960–2009.

Data for all OECD countries appear in the Supplementary Appendix.



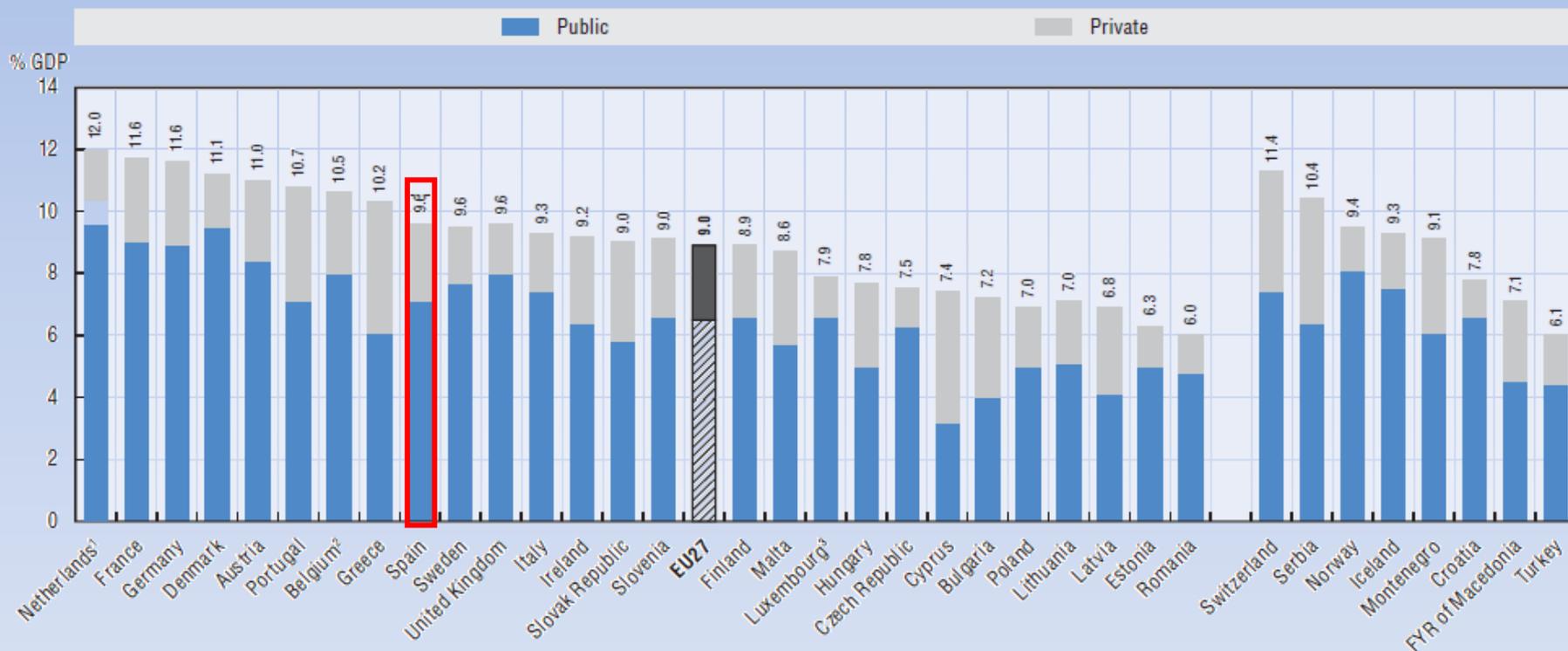
Problema

# Situación económica



Los países de la OCDE destinan de media un 9,0% de su PIB a Salud

Gasto sanitario total como porcentaje del PIB, 2010 (o año más próximo)

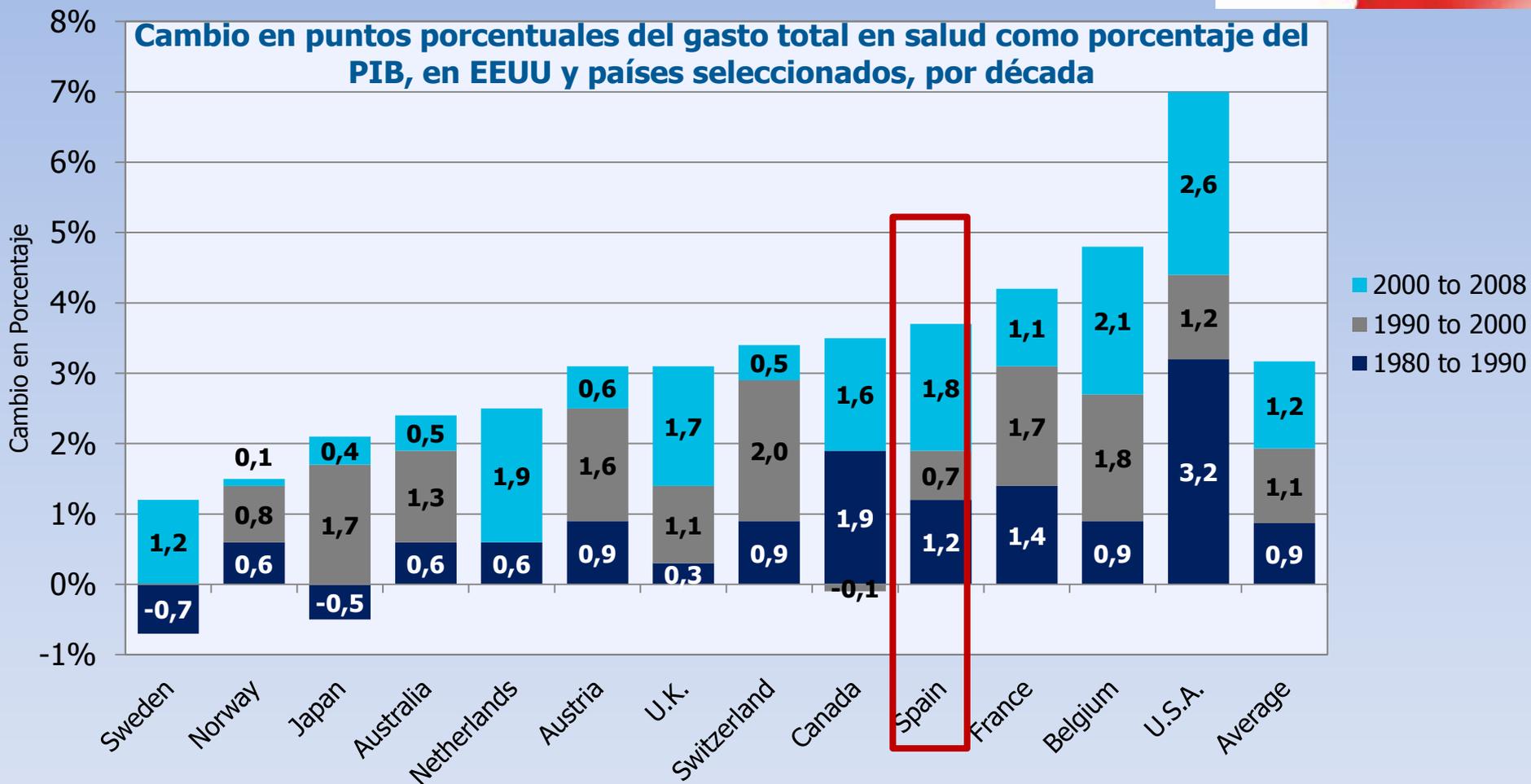


1. In the Netherlands, it is not possible to clearly distinguish the public and private share related to investments.
2. Public and private expenditures are current expenditures (excluding investments).
3. Health expenditure is for the insured population rather than resident population.

Fuente: OECD Health Data 2012, OECD (<http://oecd.org/health/healthdata>)

Accedido en noviembre de 2012

# Situación económica



**Fuente:** Organización para la Cooperación y el Desarrollo internacional (2010), "OECD Health Data", *OECD Health Statistics* (database). doi: 10.1787/data-00350-en (Accedido el 14 de febrero de 2011).

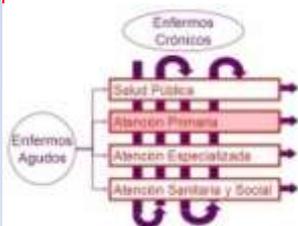
**Notas:** Los datos de Australia y Japón son del año 2007. Las cifras para Bélgica, Canadá, los Países Bajos, Noruega y Suiza son estimaciones de la OCDE. Break in Series AUS (1998); AUSTRIA(1990); BEL(2003, 2005); CAN(1995); FRA(1995); GER(1992); JAP(1995); NET(1998, 2003); NOR(1999); SPA(1999, 2003); SWE(1993, 2001); SWI(1995); UK (1997). Al comienzo de 1993 Bélgica utilizó una metodología diferente. Las cifras están ajustadas al PPP. Alemania no aparece debido a la reunificación y para Italia faltan datos.



- Avances en el conocimiento
- Genómica/medicina personalizada/segmentada
  - Imagen / imagen molecular
    - Marcadores biológicos
    - Medicina regenerativa
- Innovaciones Tecnológicas. TICs Bioinformatica



- Cambio Paradigma:Agudo-Crónico
- Compromiso del ciudadano con la gestión de su salud**



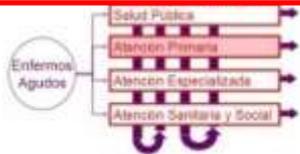
A new type of thinking is essential if mankind is to survive and move toward higher levels.  
Albert Einstein



- Avances en el conocimiento

Son necesarios nuevos modelos de organización

Compromiso del ciudadano con la gestión de su salud



crisis  
**危機**  
danger opportunities



no es (solo) coyuntural

- No se resuelve sólo con financiación
- Crisis es “estructural” .....
- Aun añadiendo recursos adicionales para acercarnos al promedio de UE seguiría el problema



# Entorno

**The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE**

HOME | ARTICLES & MULTIMEDIA | ISSUES | SPECIALTIES & TOPICS | FOR AUTHORS | CME

**Perspective**

**What Business Are We In? The Emergence of Health as the Business of Health Care**

David A. Asch, M.D., M.B.A., and Glenn G. Volpp, M.D., Ph.D.  
 N Engl J Med 2012; 367:888-893; September 6, 2012

**"The Gray Sheet"**

Text Size | Email | Print | Share

**Adapting To An Evolving Health Care Report Maps Plan For U.S.**

By Monica Hogan | Email the Author | "The Gray Sheet" Sep. 10, 2012, Vol. 38, No. 37  
 Health Care Reform | Word Count: 997 | Article # 01120910017

**MEDCITY News**

TimeToTalk.org

Hot Topics: Healthcare reform | Twin Cities | Health IT | Indiana

**Today's Headlines**

- Army awards \$9.67M to startup to develop miniature device to assess TBI
- Startup's 3D surgery iPad app aims to make medical device pitches easy and cool (video)

**Healthcare industry suffering "institutional schizophrenia" as business model shifts**

August 28, 2012 10:52 am by Arabella Perera | 15 Comments

A new survey of healthcare providers, plans and pharmaceutical companies shows institutions have internally contradictory approaches in managing the reform, especially as it relates to the shift from fee-for-service...

**THE NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE**

**SOUNDING BOARD**

**ELECTION 2012**

In this election year, U.S. national spending on health care will reach \$2.8 trillion, or about 18% of GDP. This high level of spending reduces our ability to invest in other important parts of the economy and the nation's infrastructure. There is wide agreement that we need find ways to heal the health care system, but the two articles that follow present a range of opinions, including reducing both the public and private payers, reducing administrative costs, implementing new market-based insurance models, and addressing the cost problem and to place our health care system on a more just and sustainable path.

**A Systemic Approach to Containing Health Care Spending**

Ezekiel Emanuel, M.D., Ph.D., Neera Tandon, J.D., Stuart Altman, Ph.D., Scott Armstrong, M.B.A., Donald Berwick, M.D., M.P.P., François de Brantes, M.B.A., Maureen Cahill, J.D., Michael Chertoff, Ph.D., John Colmers, M.P.H., David Cutler, Ph.D., Tom Daschle, B.A., Paul Eggenman, B.S., Bob Kocher, M.D., Arnold Milstein, M.D., M.P.H., Emily Oshiro Lee, M.A., John D. Fodesta, J.D., Uwe Reinhardt, Ph.D., Meredith Rosenthal, Ph.D., Joshua Sharfstein, M.D., Stephen Shortell, Ph.D., M.P.H., M.B.A., Andrew Stern, B.A., Peter R. Orszag, Ph.D., and Tophir Spiro, J.D.

**MASS DEVICE** Covering the business of medical devices

HOME | NEWS | FEATURES | DIRECTORY | BLOGS | VIDEOS | JOBS BOARD | EVENTS

**Hospital survey: Cost of healthcare supplies expected to increase 3% in 2013**

September 13, 2012 by MassDevice staff

EMAIL SIGN-UP | RSS | ABOUT

NEWS | BLOG

**Capsules THE KHN BLOG**

Doctors Will Have To

**Experts Release 11-Point Plan To Reduce Health Spending**

By Julie Appleby  
 AUGUST 1ST, 2012, 5:42 PM

Some of the nation's top health care experts, several of whom helped write the 2010 health care law, released a strategy Wednesday to take the next step — curbing spending.

SHORT TAKES ON NEWS & EVENTS

Israel's Health Care In The Spotlight After Romney Cost Comments  
 Figure Out Who Gets 'No-Cost' Birth Control

Delivery | Health Costs | Health Disparities | Supreme Court | Hospitals | Women's Health | Health IT | Insurance

# Mucho análisis y poca acción



1990

20  
10

20  
12

20  
13

INFORME  
ABRIL

20  
11



sec, sedisa, facme,  
CGCOM  
y el de CE



# Problemas de nuestro SNS

## Exceso

Intervencionismo

Fragmentación y burbuja sanitaria

## Ausencia

Medir : que y como y resultados

Trasparentar: como se decide y resultados

# El Volumen y más si importa .....

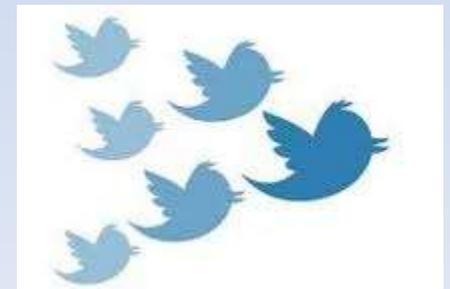
## Proyecto RECALCAR.

La atención al paciente con cardiopatía en el  
Sistema Nacional de Salud.  
Recursos, actividad y calidad asistencial

Noviembre 2012

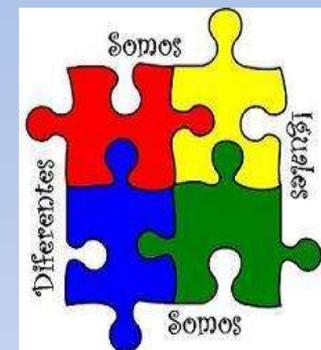
## Proyecto RECALCAR.

La atención al paciente con  
cardiopatía en el Sistema  
Nacional de Salud. Recursos,  
actividad y calidad asistencial



## Análisis de la base de datos de CMBD. Resultados<sup>1</sup>. Mortalidad

MORTALIDAD				
CLUSTER	N	TBM	RAMR	RSMR
1	25	7,65%	1,376	8,27%
2	77	8,52%	1,069	7,48%
3	53	6,73%	0,966	7,29%
4	25	6,69%	0,932	6,97%
5	17	7,53%	1,070	7,75%



<sup>1</sup> Datos provisionales, que deben ser sometidos a revisión por pares.

Se rechaza la hipótesis de igualdad de medias entre los grupos considerados (= las diferencias son estadísticamente significativas)

GRUPO 4: Grupo de grandes hospitales, pero más heterogéneos en dotación, tamaño y actividad. Gran intensidad docente (más de 160 MIR y elevada complejidad (4 servicios complejos de media y case mix mayor de 1,20).

## Análisis de la base de datos de CMBD. Resultados. Mortalidad

SERVICIO	N	TBM	RAMR	RSMR
CARDIOLOGÍA	33.085	2,99%	0,359	7,23%
M. INTERNA	8.639	11,41%	1,028	7,88%
M. INTENSIVA	4.057	31,16%	4,172	7,73%
RESTO	1.928	12,71%	1,757	7,27%
<b>TOTAL</b>	<b>47709</b>	<b>7,30%</b>	<b>0,861</b>	<b>7,39%</b>

PROCEDIMIENTO	N	TBM	RAMR	RSMR
NINGUNO	22.687	11,33%	1,236	7,57%
FIBRINOLISIS	2.389	8,29%	1,170	7,73%
ANGIOPLASTIA	20.433	3,24%	0,463	7,15%
AMBOS	2.200	2,50%	0,347	7,43%
<b>TOTAL</b>	<b>47.709</b>	<b>7,30%</b>	<b>0,861</b>	<b>7,39%</b>

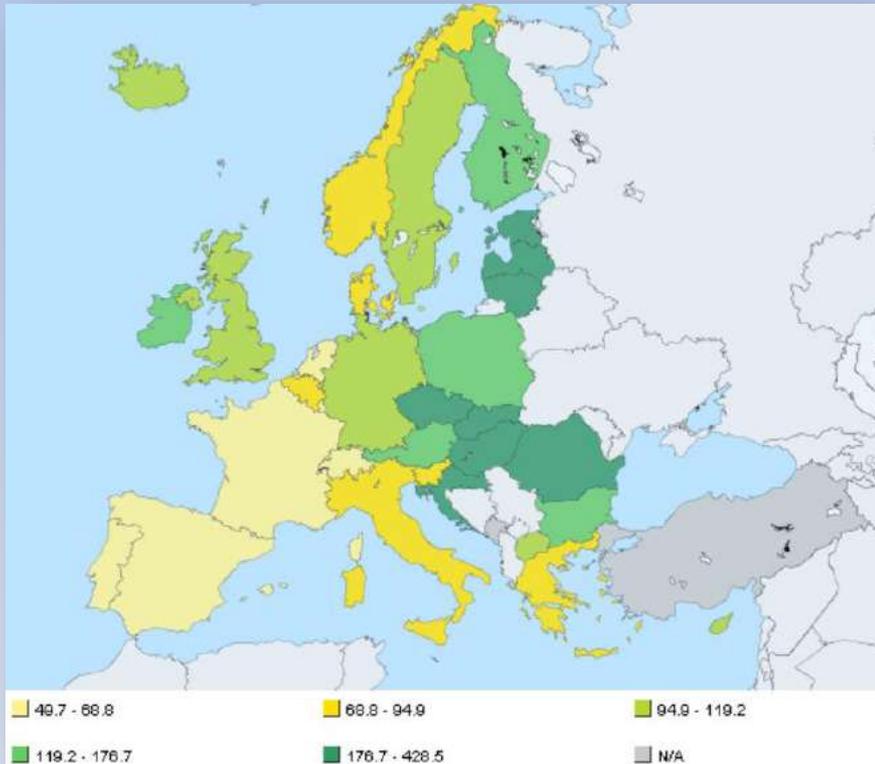
## Análisis de la base de datos de CMBD. Resultados. Reingresos

SERVICIO	N	TBM	RARR	RSRR
CARDIOLOGÍA	29.842	6,23%	0,903	7,41%
M. INTERNA	7.699	9,34%	1,034	7,95%
M. INTENSIVA	2.573	12,55%	1,726	8,63%
RESTO	17.515	0,69%	1,061	7,51%
<b>TOTAL</b>	<b>41829</b>	<b>7,22%</b>	<b>0,984</b>	<b>7,59%</b>

PROCEDIMIENTO	N	TBM	RARR	RSRR
NINGUNO	19.604	10,13%	0,998	8,06%
FIBRINOLISIS	2.231	10,00%	1,187	8,45%
ANGIOPLASTIA	17.893	4,17%	0,966	7,02%
AMBOS	2.101	3,14%	0,795	7,16%
<b>TOTAL</b>	<b>41829</b>	<b>7,22%</b>	<b>0,984</b>	<b>7,59%</b>

# Fragmentación ....

Mortalidad por cardiopatía isquémica ajustada por edad en Europa. Hombres (tasas por 100.000 habitantes)

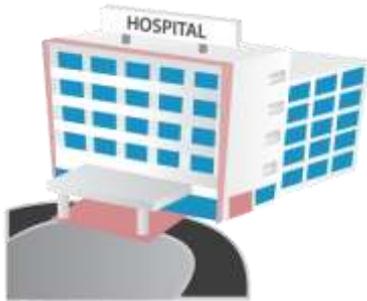


Actividad Angioplastia en los 20 mayores centros

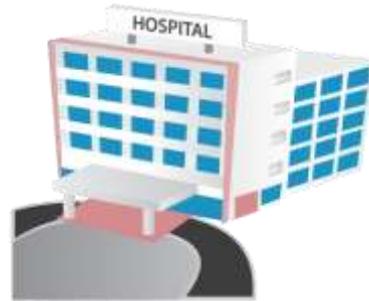


Fuente: EUROSTAT. Año 2010 o más reciente disponible. Valor mínimo: 49.7. Valor máximo: 428.5.

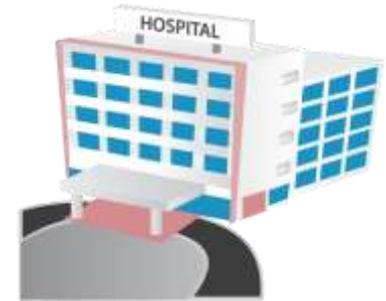
# Healthcare system resources optimization



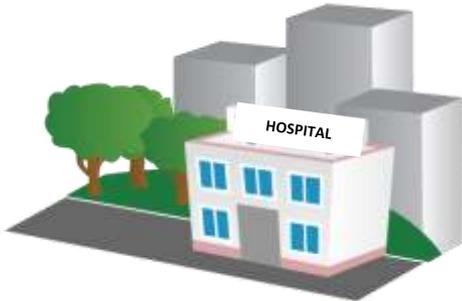
100 procedures  
100 cost



100 procedures  
80 cost



140 procedures  
107 cost



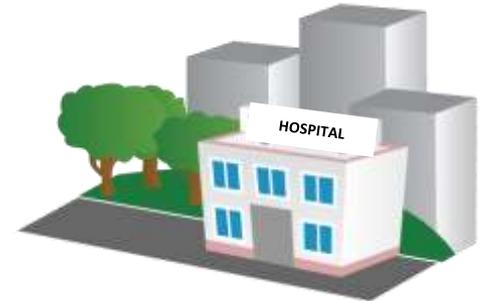
40 procedures  
50 cost

Phase I: No  
intervention



40 procedures  
50 cost

Phase II: Optimization  
and efficiency gain



0 procedures  
0 cost

Phase III: Activity transfer  
and cost reduction



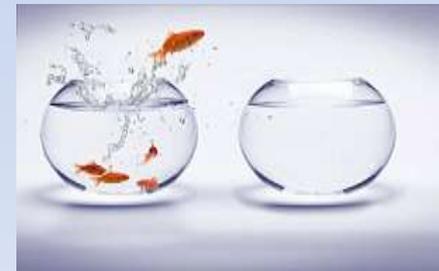
Reducción  
del gasto

Eficiencia

Cambio  
estratégico



Lineales



*Para ejercer un control sobre la evolución futura del gasto sanitario es preciso postular el comportamiento de la variable prestación real media, que depende en mayor medida de la práctica clínica y de las características de la población atendida, que de aspectos macroeconómicos.*



López-Casasnovas (1999)

Doctor en Economía y consejero del Banco de España

**En el Sistema se gestiona adecuadamente ?**

**Calidad/coste?**

Hay que hablar de productividad en el Sistema Nacional de Salud

- Durante el periodo 1995-2004 la productividad descendió importante
- 1.- escenario mejor un  5.7%
  - 2.- escenario peor un  11.0%

# Al igual que a EEUU, a Europa le preocupa la Sanidad

“Todos los sistemas sanitarios se enfrentan a los mismos retos: nuevas tecnologías, envejecimiento de la población y más enfermedades crónicas. Cada vez son posibles más y más tratamientos. Aumenta la demanda de los consumidores y pacientes para probarlo todo. El tema es, cuando se tiene cobertura universal, ¿es todo esto sostenible?”

Victor Rodwin, catedrático de política sanitaria en la Wagner School of Public Service de la Universidad de Nueva York.



Debate sobre las nuevas regulaciones para reducir el coste sanitario y el déficit, su implementación radical y el temor a que desvíen la atención hacia la mejora del sistema



Considerado uno de los mejores sistemas sanitarios, financiado vía impuestos, cubre el 70% de los gastos de salud y la mayoría de los ciudadanos usa un seguro privado para pagar el resto, Se enfrentan a los mismo problemas por el crecimiento de los costes



Ha realizado ya cambios profundos en su sistema sanitario en la pasada década con motivo de la integración alemana. Es, seguramente en la actualidad, uno de los sistemas más eficientes. Aunque la financiación por DRGs es criticada por favorecer una cierta inflación de indicaciones



Considerado un buen sistema sanitario, muy eficiente macroeconómicamente (salarios del personal sanitario) pero con graves problemas de eficiencia y con una distribución poco racional de los recursos. Se enfrenta en la actualidad a recortes importantes ocasionados por la crisis económica.

# ***Diez temas candentes de la Sanidad española para 2012***

Dos agendas simultáneas:  
recortes y reformas

Creclmtenso Inteligense



**pwc**

- .-!Resolver la deuda! Un requisito imprescindible para abordar otros problemas del SNS
- 2.-Un modelo de financiación que evite generar más deuda
- 3.-Sanidad no puede sólo estar pidiendo más recursos
- 4.-El avanzar en la gobernanza del Sistema Nacional de Salud es inaplazable**
- 5.-Hay que hablar de productividad en el Sistema Nacional de Salud**
- 6.-Una necesaria alianza entre aseguradores y provisosores privados
- 7.-Explotación de sinergias en el sector hospitalario
- 8.-Un momento de oportunidad para la colaboración público –privada
- 9.-Cohesión también el la política farmacéutica
- 10.-Preservar la innovación**

**Planificar, reducir la brecha entre eficacia y efectividad, eliminación de grasa y reasignación**

- Estrategias clave para la mejora de la productividad
- Haciendo las cosas adecuadamente
  - a) Minimización de coste de soporte y back-office
  - b) Desarrollo de incentivos a los profesionales
- Haciendo las cosas adecuadas
  - a) Cambios en la práctica clínica :  
Productividad y cambios de alto impacto
  - b) Rediseño de procesos asistenciales y deterr responsabilidades

--Asistencia integral  
-Reducción de ingresos hospitalarios  
-Respuesta a crónicos  
-Atención a final de vida

# Los profesionales y la gestión: necesaria y posible

## Necesaria

Factores económicos

Organizativos

Cambios tecnológicos

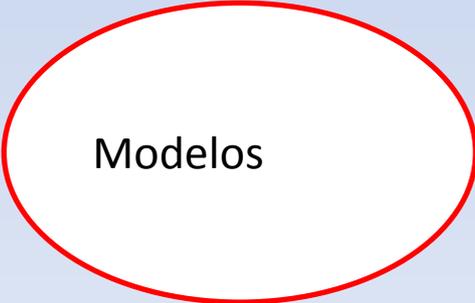


Mercado  
sanitario  
Relación de  
agencia

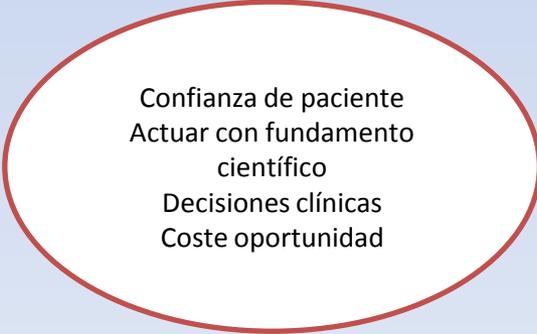
## Posible

Se deduce del análisis efectuados por todo tipo de instituciones

Posicionamiento de los profesionales a través de las Sociedades Científicas y Colegios profesionales



Modelos



Confianza de paciente  
Actuar con fundamento  
científico  
Decisiones clínicas  
Coste oportunidad

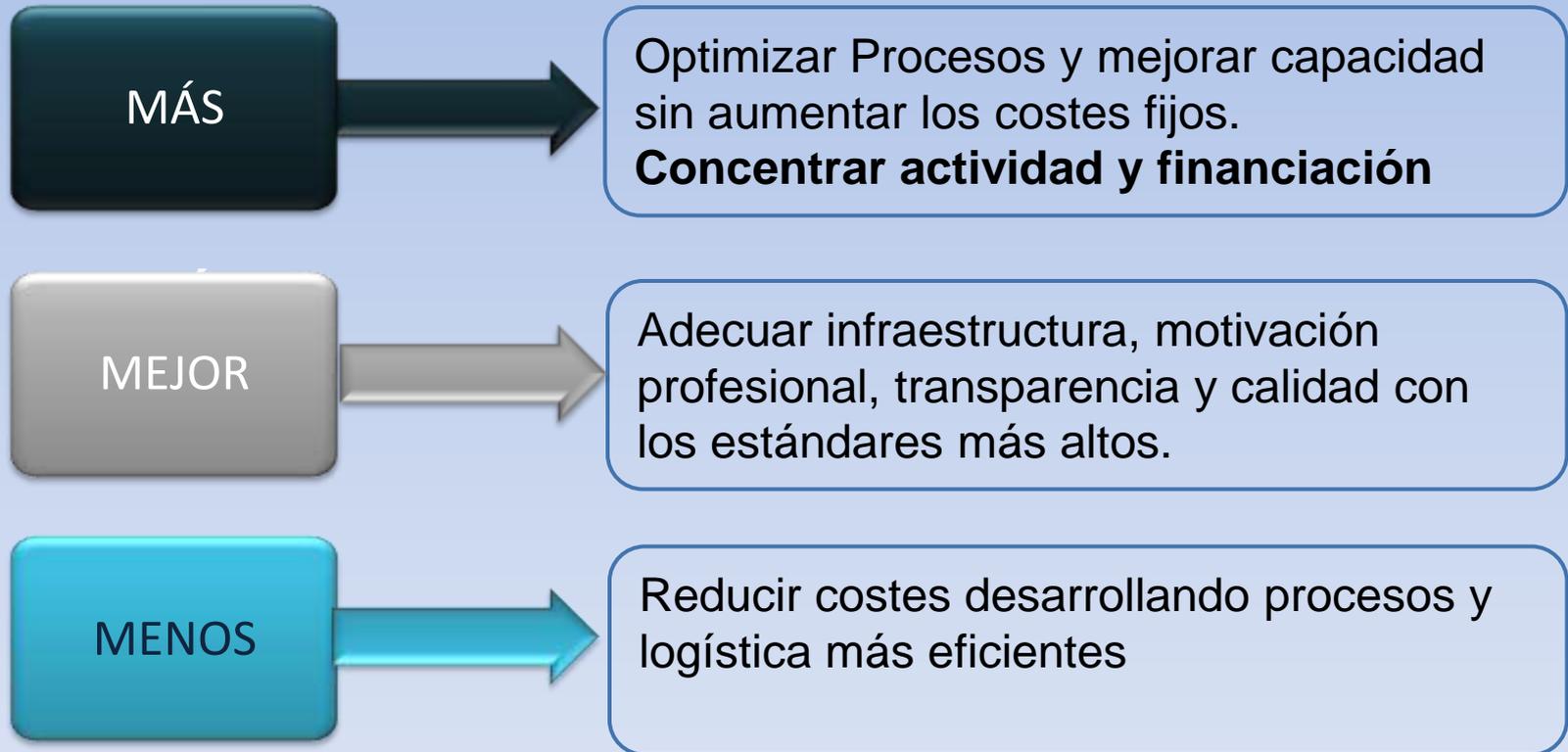


+ X -

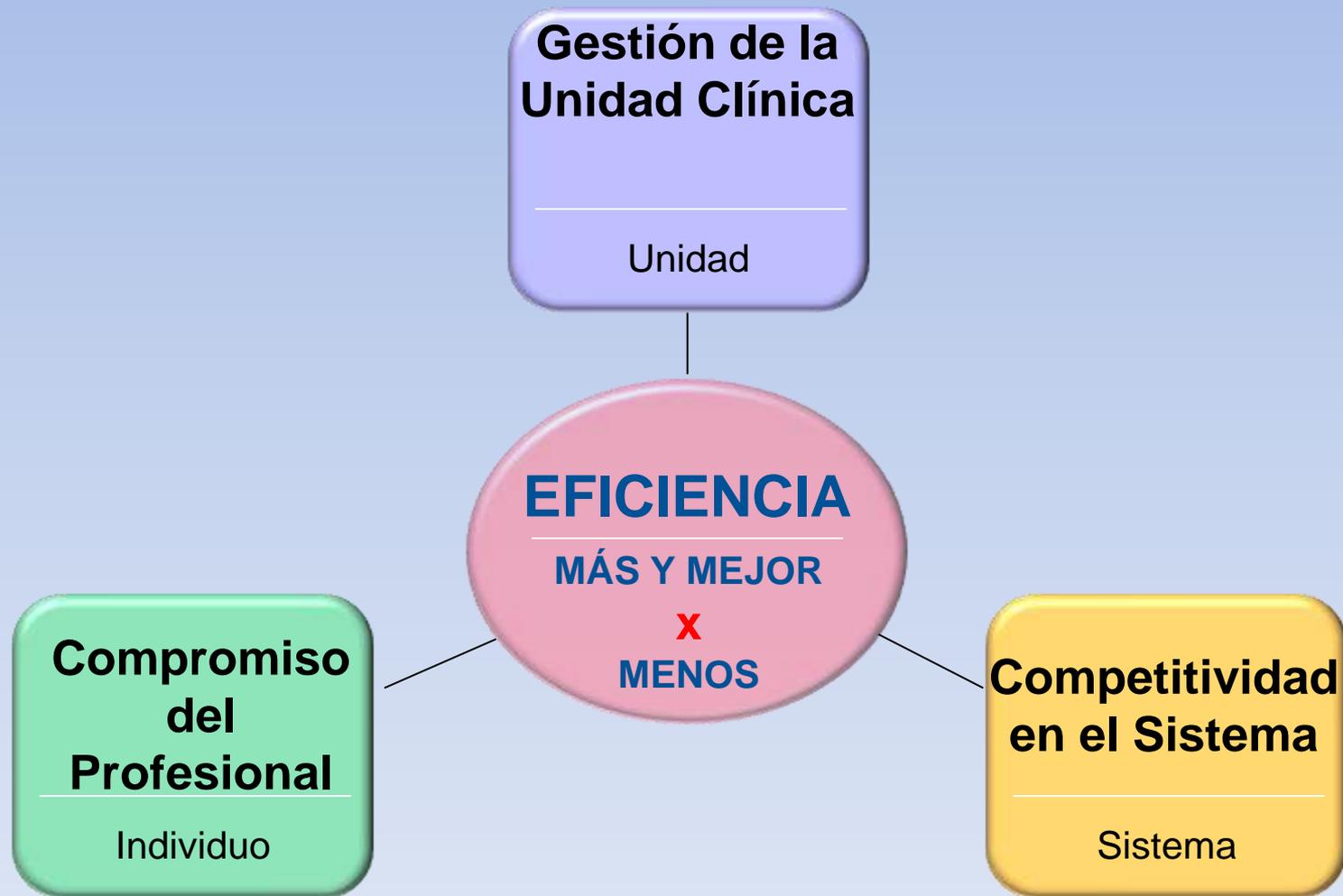
hacer más, de manera diferente

# ¿En qué consiste la eficiencia?

## Hacer más y mejor con menos

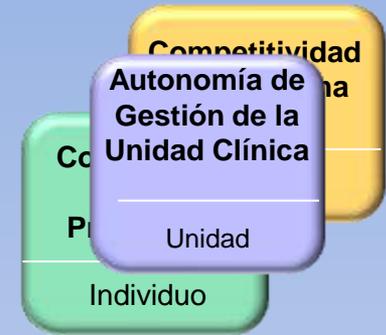


# Los tres pilares de la eficiencia



- Barreras a Gestión de la Unidad Clínica
- Barreras al Compromiso Profesional
- Barreras a la Competitividad en el sistema

# Barreras a Gestión de la Unidad Clínica



- ❖ Imposibilidad para **planificar estrategias a medio – largo** plazo debido al ciclo presupuestario
- ❖ Falta de **flexibilidad en la gestión de recursos**
  - ❖ Humanos
  - ❖ Materiales > Sujetos a rigideces normativas
- ❖ Imposibilidad para la **reversión en el grupo** de los resultados de la eficiencia generada por el mismo

# Barreras al Compromiso Profesional



- ❖ Reconocimiento e incentivos no alienado con el esfuerzo y la calidad de los resultados
- ❖ Falta de desarrollo profesional → Percepción de un futuro prometedor
- ❖ Ausencia de pensamiento de pertenencia a un proyecto → Sensación de no ser parte importante y contribuir a un objetivo común
- ❖ Recursos necesarios, pérdida de la innovación

# Barreras a la Competitividad en el sistema



- ❖ **Falta de transparencia** para comparar los resultados
- ❖ Los buenos **resultados NO son valorados** y/o reconocidos por el Sistema
- ❖ El **Sistema NO reacciona** favoreciendo la actividad de los mas eficientes y de mayor calidad.

# Unidades Clínicas:

*Modelos posibles de gestión.*

**ADMINISTRACIÓN**

**HOSPITAL**

**UNIDAD  
CLINICA**

## **CONDICIONES:**

1. Eliminar incertidumbre
2. Reducir el gasto en corto plazo
3. Aumentar la eficiencia
4. Concentrar la actividad
5. Gestionar la calidad
6. Compromiso de los profesionales

## **CAPACIDAD**

1. Participar en fases de contratar, comprar, facturar y reinvertir
2. Planificar e invertir en el largo plazo
3. Gestionar y motivar a los profesionales
4. Implantar Sistema de Información y Calidad
5. Gestionar la demanda (Primaria)
6. Interactuar con el resto del Hospital

kaiser

# Estructura Funcional



# Estructura Funcional

ADMINISTRACIÓN REGIONAL/AUTONÓMICA

HOSPITAL

% CAPITA  
largo plazo

- Educación para la salud
- Prevención
- Anticipación
- Gestión de crónicos
- Adopción de la innovación

Riesgo compartido  
Socio  
Tecnológico

OTROS HOSPITALES

equipamiento

Compras

Herramientas gestión

operativa

Unidad Clínica de  
Gestión  
(profesionales)

Contrato

Facturación  
por  
procedimiento

HOSPITALES PRIV.



**Protocolo Interno  
de Actividade-Financiamento 1999  
entre a Dirección do Complexo Hospitalario  
Juan Canalejo e a Área do Corazón**



U. Xerardo Carralón González  
Director Xerente

D.ª Teresa Martínez Álvarez  
Alcance Directora Médica

Dña. Dolores García Lemos  
Directora de Xestión

Dña. Rita García Fernández  
Directora de Enfermería

Dña. Miquelma Pazos Gil  
Subdirectora de Recursos Humanos

D. Alfonso Castro Balboa  
Xefe de Servizo de Cardiología

D. Alberto Julia Klein  
Xefe de Servizo de Cirxía Cardíaca

Dña. Dolores Eitz Barreiro  
Supervisora Área do Corazón

D. Juan Fernández Herrera  
Xefe de Servizo Staff da Xerencia



## Sinfonía inacabada de Schubert (I)

Durante considerables períodos de tiempo los 4 oboes no tienen nada que hacer, se debería reducir el número y el trabajo debería ser distribuido entre toda la orquesta, eliminando así los puntos de actividad. Los 12 violines estuvieron tocando las mismas notas, la plantilla de esta sección debería reducirse drásticamente. Si realmente se requiere mayor volumen de sonido, se puede conseguir mediante un amplificador electrónico.

## Sinfonía inacabada de Schubert (II)

Al tocar les semicorcheas se aplicó mucho esfuerzo, esto parece de un excesivo refinamiento y se recomienda que todas las notas se redondeen a la corchea más cercana. Si se hiciese así se podría contratar personal de baja formación. No sirve para nada la repetición de las trompas de pasajes que ya han sido tratados por la sección de cuerda. Si estos pasajes redundantes fueran eliminados, el concierto podría reducirse de dos horas a 20 minutos.

## Sinfonía inacabada de Schubert (III)

Y finalmente señalar, que si Schubert hubiese tenido en cuenta estos asuntos, ciertamente hubiese acabado su obra.

*Debate  
Reunión*

# Sostenibilidad y calidad asistencial en el Sistema Nacional de Salud



Casa del Corazón  
**madrid**  
24 de abril 2013



17.00 horas: Bienvenida



**Vicente Bertomeu**  
Presidente de la Sociedad Española de Cardiología

A continuación intervendrán:



**Rafael Bengoa**  
Asesor de diversos gobiernos internacionales en reformas sanitarias, Ex- Consejero de Sanidad y Consumo del Gobierno vasco 2009-2012 y Ex - Director de Sistemas de Salud en la OMS  
*"Creando un nuevo contexto para las enfermedades crónicas en el SNS"*



**Carlos Macaya**  
Presidente Electo de FACME  
*"El Papel de las Sociedades Científicas en el SNS"*



**Alfonso Castro Beiras**  
Jefe de Servicio del Área del Corazón del CHUAC y asesor del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad  
*"Los profesionales y la autonomía de gestión: necesaria y posible"*

## Los profesionales y la autonomía de gestión :necesaria y posible

Torno de preguntas y debate abierto.

Se debatirán temas sobre:

CALIDAD, SEGURIDAD, EFICIENCIA Y MODELOS ORGANIZATIVOS DE LA GESTIÓN CLÍNICA.

19.00 horas: Cóctel para todos los asistentes



# Euro Health Consumer Index 2012

## European healthcare – Waiting list and non-waiting list territories

