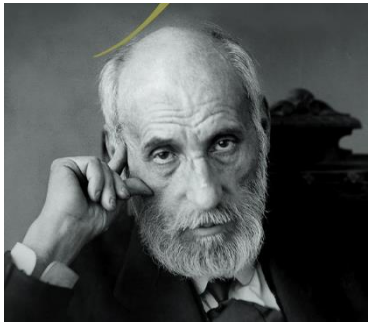
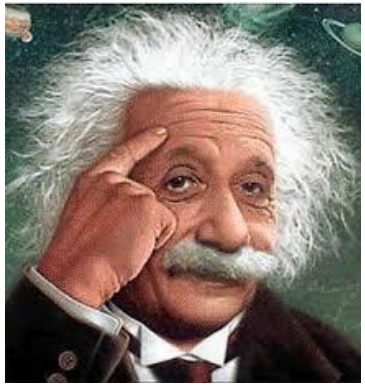
SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DE LOS SEGUROS SOCIALES.

GESTIONANDO LA CALIDAD



"DONDE NO HAY HARINA HAY CEBRALINA"



Dra. Paloma Alonso Cuesta

SOSTENIBILIDAD SE ASIMILA A

Pacientes

Copago

"Ticket moderador"

Profesionales

Congelación Salarial

Despido interino

Proveedores

Demora Pagos

No Inversión/Contrato

Inequidad: "pagan justos por pecadores" enfermedad desigual
Costos: transacción y regulación, abono deuda, sobregiro
Descenso rendimiento: desempleo, obsolescencia, desmotivación,
Conflicto Social: "A las Barricadas por las Mareas"

CRITERIOS DE ORDENACIÓN DE LOS RECURSOS

- Inclusión en cartera de prestaciones con criterios de costo efectividad ¿Dónde ponemos el costo del QALY?. Uso tutelado
- Mapas de salud.
- Planificación conjunta de todos los recursos sea cual sea su dependencia patrimonial: radioterapia, neurocirugía
- Funcionamiento en red: no perteneces a un servicio, planta, centro, hospital. Red por patologías ictus, infarto..
- Paciente: estratificación de cuidados, adherencia al tratamiento
- Centralización de servicios. Mancomunar: bancos de sangre, centrales de esterilización, lavanderías, cocinas, ..
- Compras conjuntas

¿Qué INCLUIR EN EL CATÁLOGO Y COMO EVALUAR ?

COSTE EFECTIVIDAD

- De las prestaciones que están incluidas en la actual cartera de servicios de nuestro Sistema de Salud
- Coste del año de calidad de vida que se genera con una determinada innovación sanitaria

ADECUACIÓN

En el ámbito de la salud surge de la evaluación de tecnologías sanitarias emergentes.

LA ENERGÍA NI SE CREA NI SE DESTRUYE SOLO

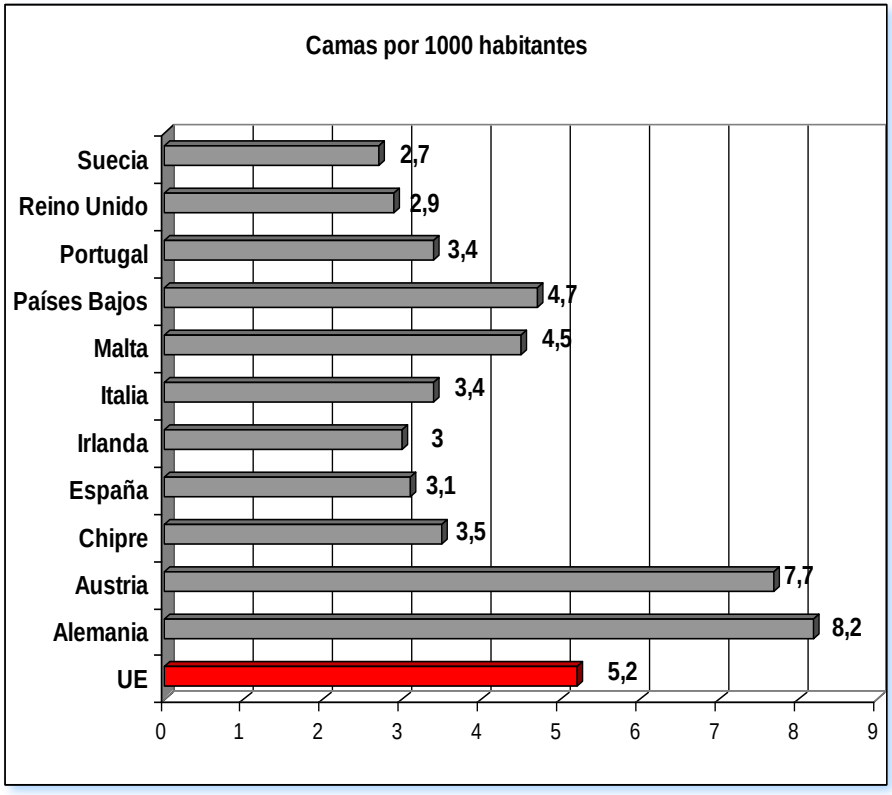
ADECUACIÓN

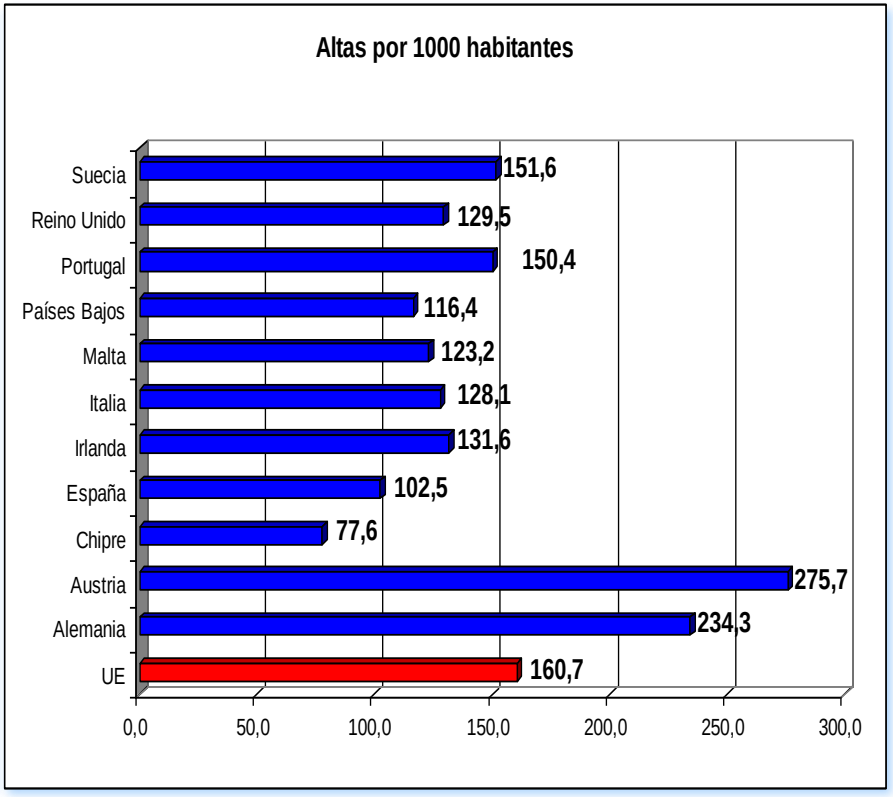
- Supresión parcial o total de técnicas , procedimientos o tecnologías de la cartera de Servicios por su escaso o nulo valor (¿Coste/efectividad?).
- N0 financiación por el sector público.

REINVERSIÓN

- Aprovechamiento de recursos generados por la adecuación.
- Financiación nuevas prestaciones coste efectivas.
- Coste-efectividad.

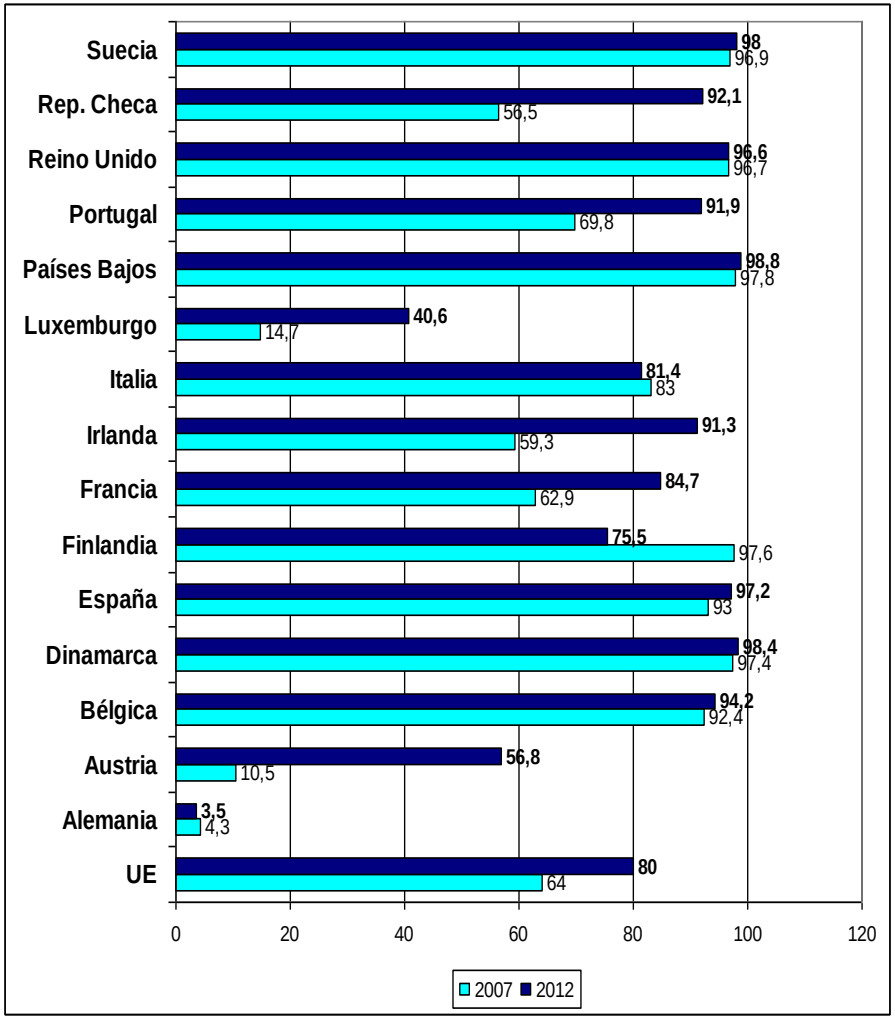
CAMAS vs. ALTAS HOSPITALARIAS





Fuente: Ministerio de Sanidad – Información y estadísticas sanitarias.
Datos Año 2011

CAMAS vs. Otras ALTERNATIVAS



Las camas han perdido parte de su valor como indicador de recursos de salud.

Han reducido la internación:

- 1er nivel "puerta de entrada"
- Cirugía mayor ambulatoria
- Hospitales de día
- Radiología intervencionista
- Hospitalización domiciliaria
- Gestión de patología crónica.
- Abordaje multidisciplinar
- Tecnologías sustitutivas

ADECUACIÓN PARA LA REINVERSIÓN: Actuaciones en España

1

- Compromiso por la calidad de las Sociedades Médicas de España
- **Supresión / eliminación de 50 recomendaciones de "NO Hacer"**
- Participación y Comunicación a los Ciudadanos

2

- **Atlas de Variaciones de la práctica médica** (VPM): utilización de tasas de procedimientos de dudoso valor en las distintas Comunidades Autónomas

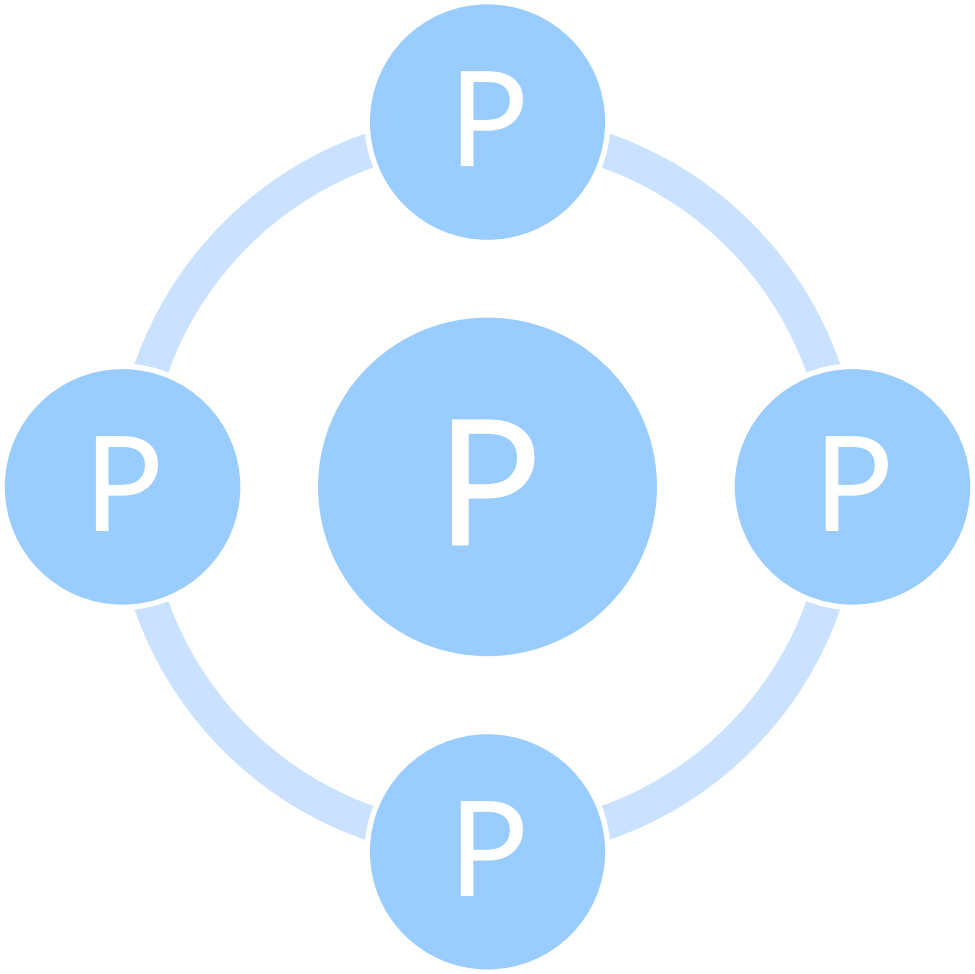
3

- **Criterios de ordenación de los recursos**, **volúmenes mínimos de casuística**, para garantizar su calidad.

4

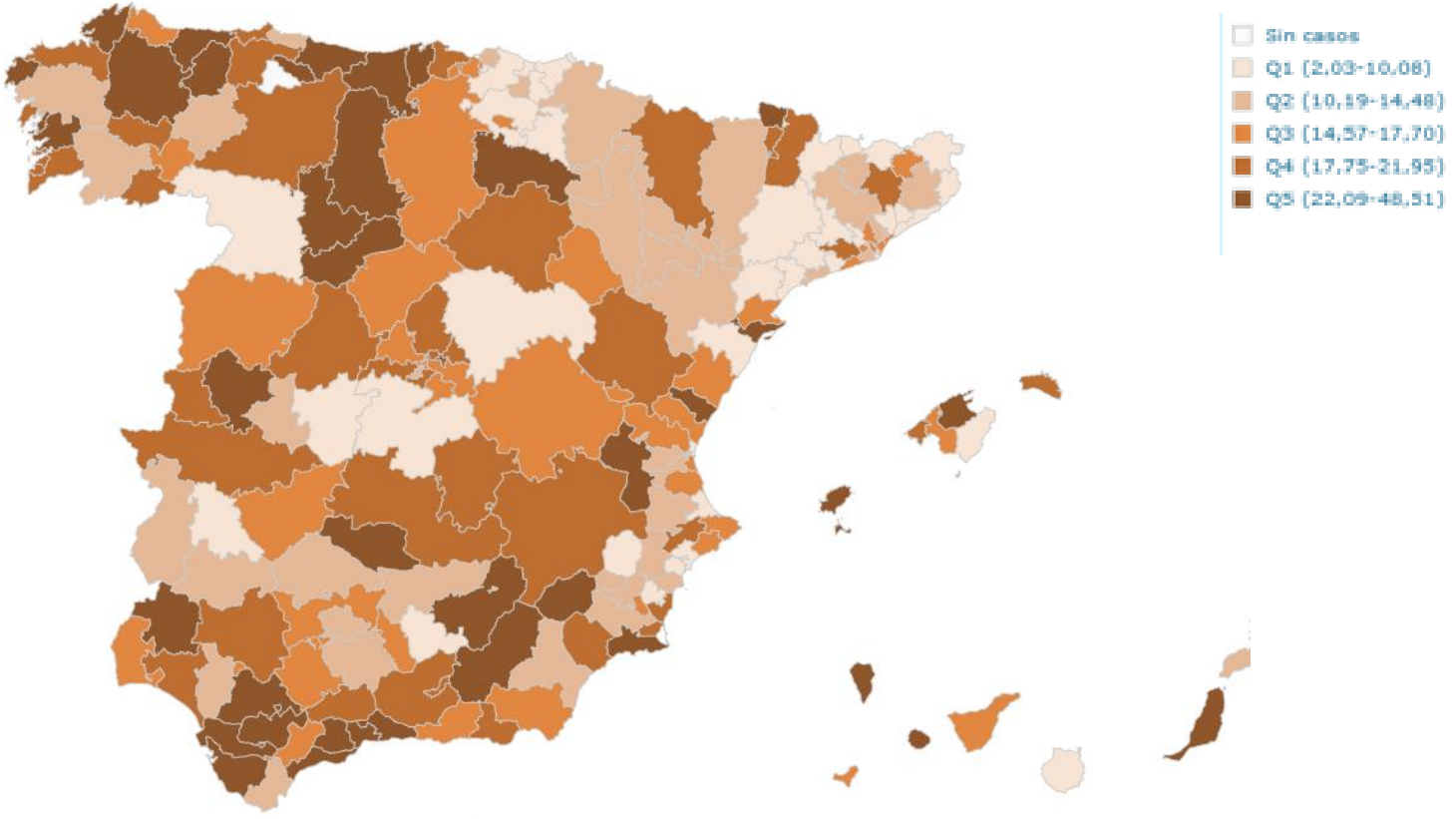
- **Programas de autogestión enfermedades crónicas por los pacientes**.

VIVA LA COOPERACIÓN Y ABAJO EL DESPOTISMO ILUSTRADO



ATLAS DE VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA. Desinversión.

Obstetricia > Porcentaje de cesáreas en condiciones de bajo riesgo obstrético sobre partos de bajo riesgo en mujeres entre 15 y 55 años en 2014



HACER BIEN LO QUE HAY QUE HACER CUADRATURA

PARTOS/CESÁREAS	Públicos-SNS	Privados	TOTAL
Total Partos	327.922	85.102	413.024
- Partos por vía vaginal	257.312	53.155	310.467
- Cesáreas	70.610	31.947	102.557
Tasa de Cesáreas	21,5%	37,5%	24,8%

Costo Proceso	Costo	Nº Indicado	Cesáreas No indicadas	Ahorro Generado
Costo Parto	2.102	49.188	21.422	30.376.396
Costo Cesárea	3.520	9.701	22.246	31.544.828

globesalud

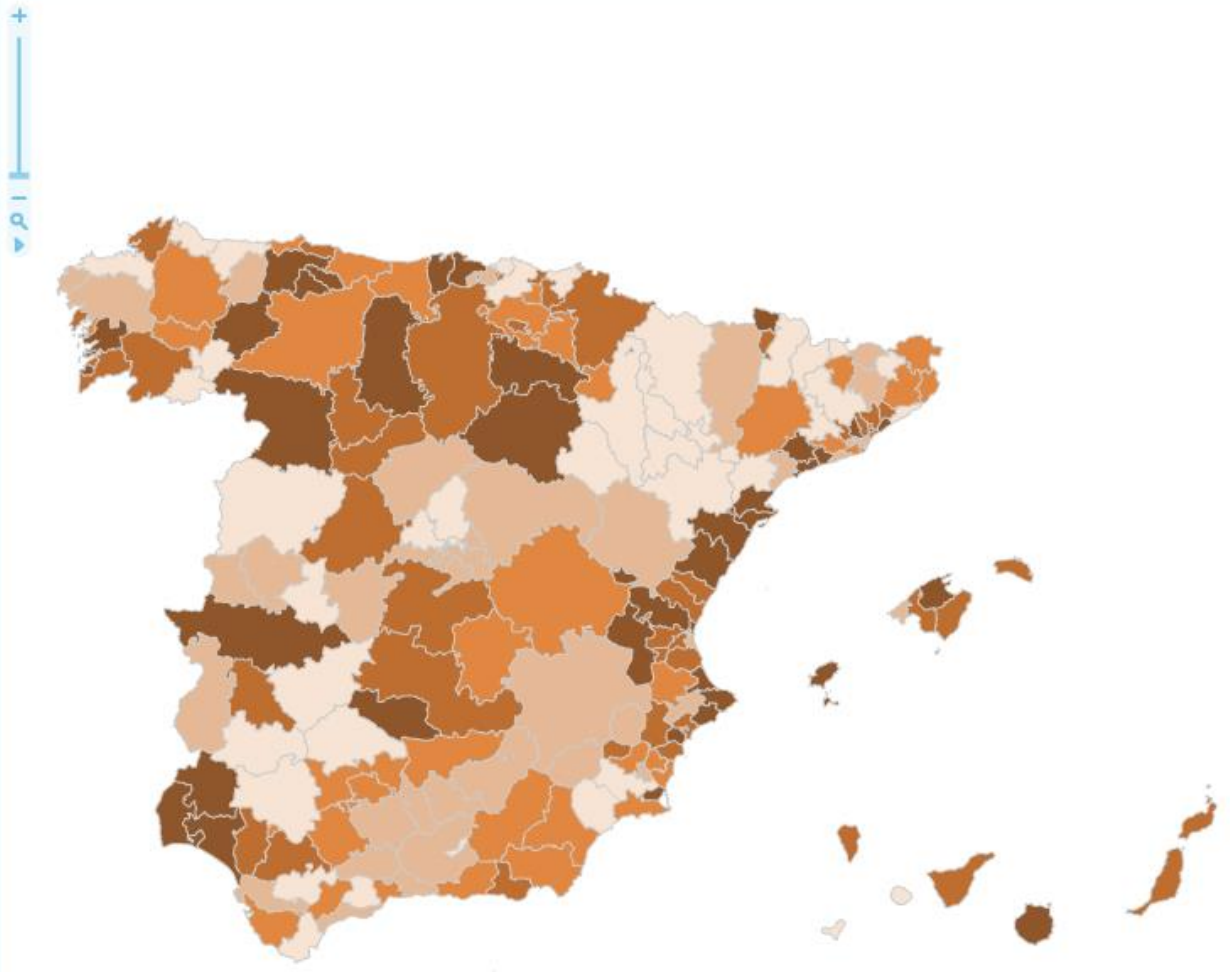
EsSalud

PEDIATRÍA > Tasas estandarizadas por edad y sexo de amigdalectomía con/sin adenoidectomía por 10.000 habitantes menores de 20 años en 2014

Procedimientos frecuentes/Procedimientos infrecuentes | Datos | Filtros | Interpretación

- ▶ OBSTETRICIA
- ▼ PEDIATRÍA
  - Tasas estandarizadas por edad y sexo de adenoidectomía por 10.000 habitantes menores de 20 años en 2014
  - Exceso de adenoidectomías respecto a la tasa nacional del p25 en 2014
  - Tasas estandarizadas por edad y sexo de amigdalectomía con/sin adenoidectomía por 10.000 habitantes menores de 20 años en 2014
  - Exceso de amigdalectomías con/sin adenoidectomías respecto a la tasa nacional del p25 en 2014
  - Tasas estandarizadas por edad y sexo de drenaje timpánico por 10.000 en habitantes menores de 20 años en 2014
  - Exceso de casos de drenaje timpánico respecto a la tasa nacional del p25 en 2014
- ▶ CIRUGÍA DE LA MANO
- ▶ GINECOLOGÍA
- ▶ CIRUGÍA CARDIACA

− +



- Sin casos
- Q1 (1,04-9,19)
- Q2 (9,19-13,01)
- Q3 (13,03-17,39)
- Q4 (17,61-23,60)
- Q5 (24,00-76,67)

© Copyright

¿No será un criterio de la ética médica la utilización adecuada de los recursos?

INDICACIÓN TIPO PRÓTESIS CADERA

EDAD	PESO	ACTIVIDAD ESPERADA	SALUD	STOCK ÓSEO
1. > 75 2. 70-75 3. 65-69 4. 60-64 5. < 60	1. < 55 Kg. 2. 55-68 Kg. 3. 69-82 Kg. 4. 83-92 Kg. 5. > 92 Kg.	1. Sedentaria 2. Deambulación domiciliaria 3. Deambulación limitada 4. Deambulación sin límites 5. Deportes - trabajos pesados	1. Enfermedad descompensada Corta expectativa de vida. 2. Enfermedad sistémica que limita actividades. 3. Enfermedades crónicas controladas. 4. Historia de problemas médicos bajo control. 5. Sin medicación, sin enfermedades crónicas.	1. > 63 2. 56-62 3. 49-55 4. 42-48 5. < 41

PUNTUACIÓN	TIPO
22-25	NO CEMENTADA
18-21	NO CEMENTADA
12-17	CEMENTADA
Menos de 11	CEMENTADA

¿Tiene sentido medir las listas de espera solo por tiempos, sin prioridad clínica?

SISTEMA DE PUNTUACIÓN DE NUEVA ZELANDA PARA LA PRÓTESIS DE CADERA

Variable	Puntuación máxima posible
Existencia de dolor	20
Nivel de dolor	20
Capacidad para andar	10
Limitaciones funcionales	10
Dolor en el transcurso del exámen médico	10
Otros problemas (como deformidad)	10
Otras articulaciones afectadas	10
Capacidad de trabajo y autonomía individual	10
Puntuación Total	100

Fuente: S. Frankel, J. Eachus, N. Pearson, R. Greenwood, P. Chan, T.J. Peters, J. Donovan, G.D. Smith y P. Dieppe, "Population requirement for primary hip-replacement surgery: a cross-sectional study", Lanct, vol. 353, nº 9161, 17 abr 1999.

CRITERIOS DE ORDENACIÓN DE LOS RECURSOS

Integración de recursos cooperación y complementariedad, mapa georreferenciado de recursos

RECURSO	VARIABLES	INDICADORES	FACTORES DE PONDERACIÓN	OBSERVACIONES
Neurocirugía	Utilización: 1-2/ 1.000 habitantes Procedimientos mínimos de cirugía mayor/servicio/año: 250	1 servicio/ 750.000 habitantes	Tasa de accidentes en el área de influencia del Servicio Organización del Hospital: Características del Servicio de Traumatología	Precisa diagnóstico por la imagen bien dotado Incluyendo 20-30% de procedimientos neurotraumatológicos y 20-30% de procedimientos de cirugía menor

CRITERIOS DE ORDENACIÓN DE LOS RECURSOS

RU (53) y HOLANDA (21) CONCENTRACIÓN
>2 aceleradores lineales, número medio de 4 a 10 equipos.
Dependiente del centro principal: satélites.
Crecimiento % pacientes que acceden al tratamiento (3-4% interanual, Incorporación planificada de la innovación tecnológica coste efectiva y sin listas de espera (Slotman, Vos, 2013).
Centro principal al menos con 4 AL, 8 oncoradioterapéutas y 3 radiofísicos

RECURSO	VARIABLES	INDICADORES	FACTORES PONDERACION	OBSERVACIONES
Radioterapia Acelerador Lineal	- Incidencia cáncer: 402-380/1 00.000 habitantes. - Indicación de Radioterapia: 50-60%. - Rendimiento unidad: 85%. -Tratamientos por equipo a doble tumo y año: 370-400 pacientes.	1 Unidad 250.000-habitantes.	Configuración del servicio con dooble acelerador (Servicio de Referencia).	-Cada servicio atenderá como mínimo 500.000 habitantes. - Ubicado en hospital. -Los servicios deberán disponer además de simulador y planificador. -La braquiterapia, (tratamiento de tumores intracavitarios e intersticiales), abarcará al menos una población de 750.000 habitantes (servicio de referencia)

PLANIFICACIÓN DE LOS RECURSOS

	DEFINICIÓN DE BAJO VOLUMEN ANUAL.	DEFINICIÓN DE VOLUMEN ÓPTIMO.	RESULTADOS EN MORTALIDAD DE MÁS O MENOS VOLUMEN.
PANCREATECTOMÍA TOTAL / DUODENOPANCREATECTOMÍA	9 Casos por Médico 10 Casos por Hospital	Más de 80 casos por Hospital	6% vs. 13% en Médicos. 5% vs. 18,9% en Hospitales
ESOFAGUECTOMÍA	Menos de 5 casos	Mas de 30 casos por Hospital	6% vs. 17% en Hospitales
MAMA	Menos de 30 casos por Médico	Mas de 30 casos por Médico	8% mas en Médicos con bajo volumen
PULMÓN	Menos de 23 casos por Médico Menos de 38 por Hospital		No hay diferencia en Médicos. 1,65% en Hospitales de bajo volumen.
COLORRECTAL POR MÉDICO	Menos de 12 casos por Médico	Mas de 34 casos	No hay diferencia en Médicos 2% mas elevado en Hospitales de bajo volumen.
GÁSTRICO	menos de 12 casos por Médico Menos de 15 por hospital		5,7% mas en Médicos 7,1% en Hospitales de bajo volumen

TIPO	EVIDENCIA	VOLUMEN DE CASOS
CIRUGIA DERIVACION CORONARIA	La mortalidad disminuye con más de 200 casos año	Mortalidad por hospital <200 casos :7,25 200 a 889:4:32; >899:2,85 Mortalidad por cirujano: <55 casos :8,14; 55-89:5,5; 90-259:3,61 >260:2,43
Cirugía pediátrica	La mortalidad si más 300 casos año el 15% de los que hacen menos de 10. Comparando >300 frente a <30 la mortalilidad es un tercio	Mortalidad por hospital <100 casos: 8,23; 100+: 5,95 Mortalida por cirujano <75 casos; 8,77; 75+: 5,90
CATERIZACION CORONARIA	Descenso del 0,1% por cada 100	
ANGIOPLASTIA	Si se alcanza más de >400 año: OR 0,60 frente a menos	Un volumen de entre 63 a 72 casos año evita una muerte
ANEURISMA DE AORTA	SMR 1,3 si <14 año Mortalidad 12% si <6 vs 5% si >38 Mortalidad disminuye 1% por cada 4 intervenciones	Todos los estudios (12) menos 1 demuestran asociación con números muy variables
CIRUGIA GÁSTRICA	No hay consistencia. En un estudio la mortalidad desciende el 1% por cada 17 intervenciones	
COLICISTECTOMIA	< 100 casos año la mortalidad aumenta el 26%	
CIRUGIA ABDOMINAL	Mortalidad 8,3% vs 5,9% si menos de 40 intervenciones año	

PIRAMIDE DE KAISER

Lograremos una mayor calidad de vida de las personas a un menor coste

ESTRATIFICACIÓN POR RIESGOS

- **Enfermedades Crónicas: Mayor Falta de Adherencia al Tratamiento**

- **Un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas.** Consecuencias fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios (OMS,2015):

  - **Mortalidad:** Pacientes con Diabetes con falta de adherencia al tratamiento 12,1% vs 6,7% de los que cumplen la prescripción
  - **Mayores Hospitalizaciones y más largas:** Diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia e insuficiencia cardiaca, tasas de hospitalización más altas en pacientes con baja adherencia Diabéticos 30% vs 13%; 28% vs 19% en hipertensión

- **Si uno de cada dos pacientes crónicos no toma adecuadamente su medicación**, y es la causa del fracaso terapéutico, porque centramos el problema en más pruebas innecesarias o intensificación de tratamientos con mayor riesgo.

INNOVACIONES TECNOLÓGICAS

Papel mucho más autónomo de las personas con relación a su salud.

Recordatorios telefónicos o por internet para incrementar la adherencia

Entrenamientos mediante Ipad

Dispensación robotizada del fármaco

SMS

Contact Center

Aplicaciones de los móviles

Domótica e Inmótica; Adaptaciones de las casas

Exoesqueletos robóticos

Sistemas de reconocimiento de voz

Cajeros automáticos; Auto-programación de citas

globesalud

EsSalud

AUTO CUIDADO PACIENTE
Se han desarrollado experiencias en varios países…

CANADÁ

Self Management Support for Canadians with Chronic Health Conditions

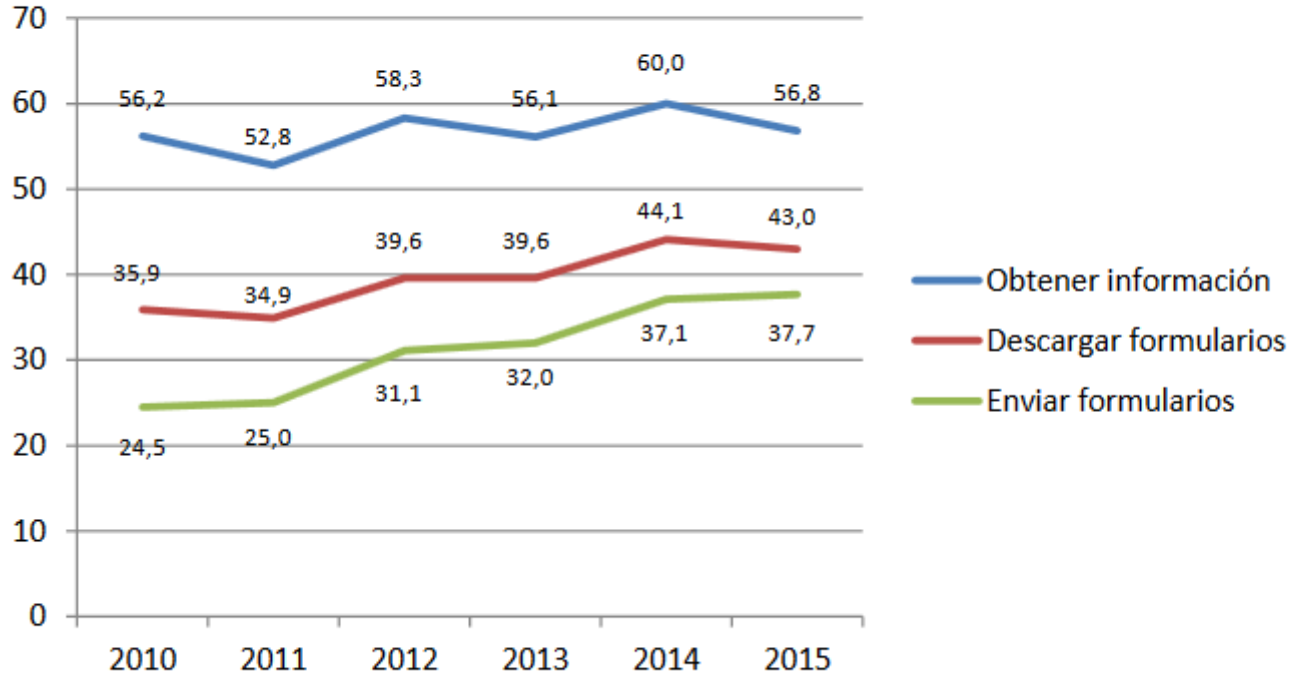
- 50% de ciudadanos con una enfermedad crónica
- 25% de ciudadanos con más de 2 enfermedades crónicas
- Gasto anual 90 millones de dólares en enfermedad crónica

2011 Evaluación de su programa implantado en 2002:

✓ Los pacientes con menores ingresos, residentes en zonas rurales, tasas de alfabetización más bajas y enfermedades más complejas no se han beneficiado del programa

EVOLUCIÓN USO

Evolución del uso de la administración electrónica según forma de contacto.
Años 2010-2015. (% de usuarios de Internet en el último año)

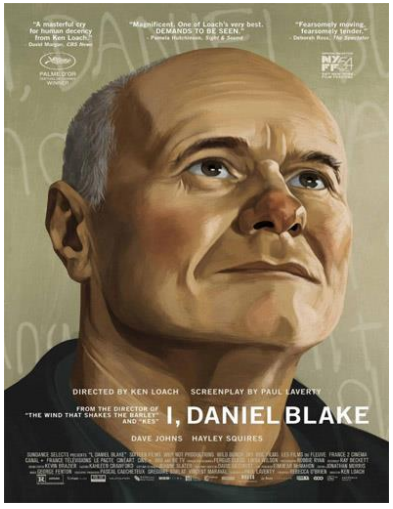


globesalud

EsSalud

BRECHA DIGITAL

Problema para el Autocuidado



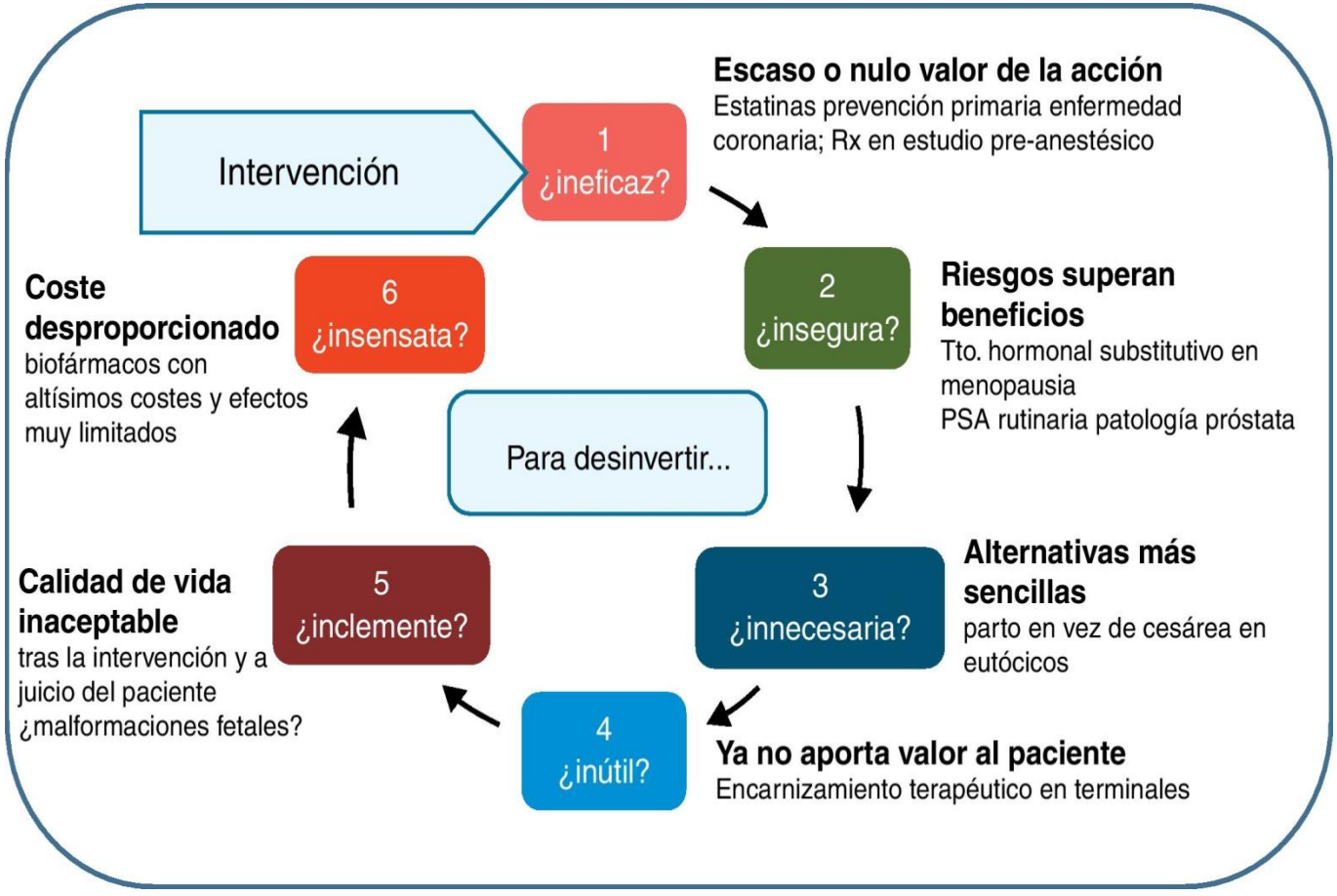
globesalud

EsSalud

La adecuación de las prestaciones y la reinversión requieren

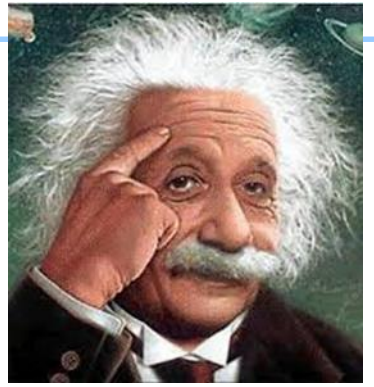
- **Criterios técnicos, transparentes y fundamentados en** la evidencia no en presiones de lobys ni de votantes Mayor tradición en evaluar innovación que en evaluar la adecuación
- **Saber gestionar la implicación de los profesionales sanitarios incorporando el concepto de eficiencia clínica en los procesos de evaluación**.
- **Incorporar a la ciudadanía para evitar el rechazo social**. Dificultad de que el mensaje se entienda por parte de la población (percepción de más recortes).
- **Observatorio con resultados de salud técnica y percibida con mediciones objetivas.** Permitir a la ciudadanía elegir y que el dinero siga al paciente
- **¿Euroquol?**

SÍNTESIS



Fuente : Repullo JR.

TODO ELLO SIN MORIR DE ÉXITO



PREGUNTAS
Aplicación práctica la adecuación y reinversión sanitaria

¿Cómo y quién identifica y evalúa las intervenciones sanitarias ineficaces o inefectivas, inseguras, innecesarias, inútiles, inclementes o insensatas?

¿Qué tipo de información y bases de datos se emplean?

PREGUNTAS
Aplicación práctica adecuación y reinversión sanitaria

¿Quién, cómo y qué criterios y métodos emplea para la priorización y ejecución de su retirada de la cartera de servicios?

¿Han realizado en sus Países experiencias de adecuación y reinversión?

PREGUNTAS
Aplicación práctica a la adecuación y reinversión sanitaria

¿Han realizado en sus Países experiencias de adecuación y reinversión?

¿Cuáles han sido las lecciones aprendidas y las buenas prácticas?

PREGUNTAS
Aplicación práctica a la adecuación y reinversión sanitaria

¿Cómo se reasignan los recursos generados?

¿Se emplean para la financiación de la innovación de técnicas, procedimientos y tecnologías coste-efectivas?

PREGUNTAS
Aplicación práctica política de desinversión sanitaria

¿Consideran trasladables las experiencias desarrolladas en otros países en términos de factibilidad y oportunidad?

¿Qué diferencias presentan sus países , en cuanto a cultura, gobernanza, transparencia y rendición de cuentas, que pueden dificultar la implantación en su entorno?

globesalud

Dra. Paloma Alonso

C/ Sagasta, 32 – 1º Izda 28004 MADRID (España)
Tel. +34 91 591 90 59 Fax. +34 91 591 90 64
e-mail: globesalud@globesalud.com
www.globesalud.com

BUENAS PRÁCTICAS
Ámbito internacional

ESTRATEGIAS

- Determinación de intervenciones de valor dudoso por métodos rigurosos.
- Criterios de priorización.
- Identificación de los escollos.
- Propuesta de soluciones.
- Participación/difusión listados de exclusiones

ADECUACIÓN/REINVERSIÓN SANITARIA: Actuaciones en Australia

1

- Comité Central expertos independientes evaluación fármacos. Consultivo

2

- Evaluación de tecnologías sanitarias Comité Médico Asesor seguridad y coste efectividad. 3% de las 6000 tecnologías implantadas. Presupuesto específico.

3

- Health Path detección precoz tecnologías nuevas y emergentes (700)

4

- Regional y local: Adelaida. ASTUTE 3 etapas: revisión sistemática evidencia, (identificación subgrupos de pacientes); presentación a grupos de interés (profesionales y pacientes); consulta a políticos. Rechazo de los profesionales sobre las pruebas elegidas por la agencia.

ADECUACIÓN/REINVERSIÓN SANITARIA: Actuaciones en Reino Unido

1

- NICE reducir las variaciones geográficas en ls adopción de nuevas tecnologías sanitarias. Informe favorable se financian en 3 meses.

2

- **Desde 2006 tratamientos inefectivos que ahorren más de 1 millón de libras** (imposible conocer a priori). "Do not do" recomendaciones (cerca de 1000 con ahorro de 600 millones de libras)

3

- QualityInnovation, Productivity and Prevention (QIPP) colección buenas prácticas y revisiones de no utilización de la Cochrane

4

- Local: Lista localidad Croydon de tratamientos de bajo valor terapéutico y los reemplazan por otras actividades que crean valor.

ADECUACIÓN/REINVERSIÓN SANITARIA: Actuaciones en Canadá

1

- Agencia de evaluación de las tecnologías (CADTH)
- Método de reevaluación y adecuación de tecnologías maduras o en etapa final de su ciclo vital.

2

- **Participación de las regiones, las asociaciones de pacientes, las asociaciones de profesionales, la industria y paneles de expertos para identificar, priorizar y reemplazar aquellas no adecuadas**

3

- Contempla la reinversión en la metodología de presupuesto por programas y análisis marginal.

4

- En el nivel regional y local, varios estudios **han identificado 44 iniciativas no adecuadas por un valor de 5 millones de dólares Canadienses anuales** (Vancouver).
- Alberta ha identificado áreas de importancia estratégica con indicadores de resultados (Accesibilidad, aceptabilidad, efectividad, seguridad..)