

Tendencias de reforma en los sistemas sanitarios

Reformar para preservar

Palma, 30 abril 2015

1. El modelo actual.

2. Retos

3. Las Reformas estructurales

1. El modelo actual.

2. Retos

3. Las Reformas estructurales

El modelo actual es bueno

1

Accesibilidad
Equidad

2

Coste unitario
bajo

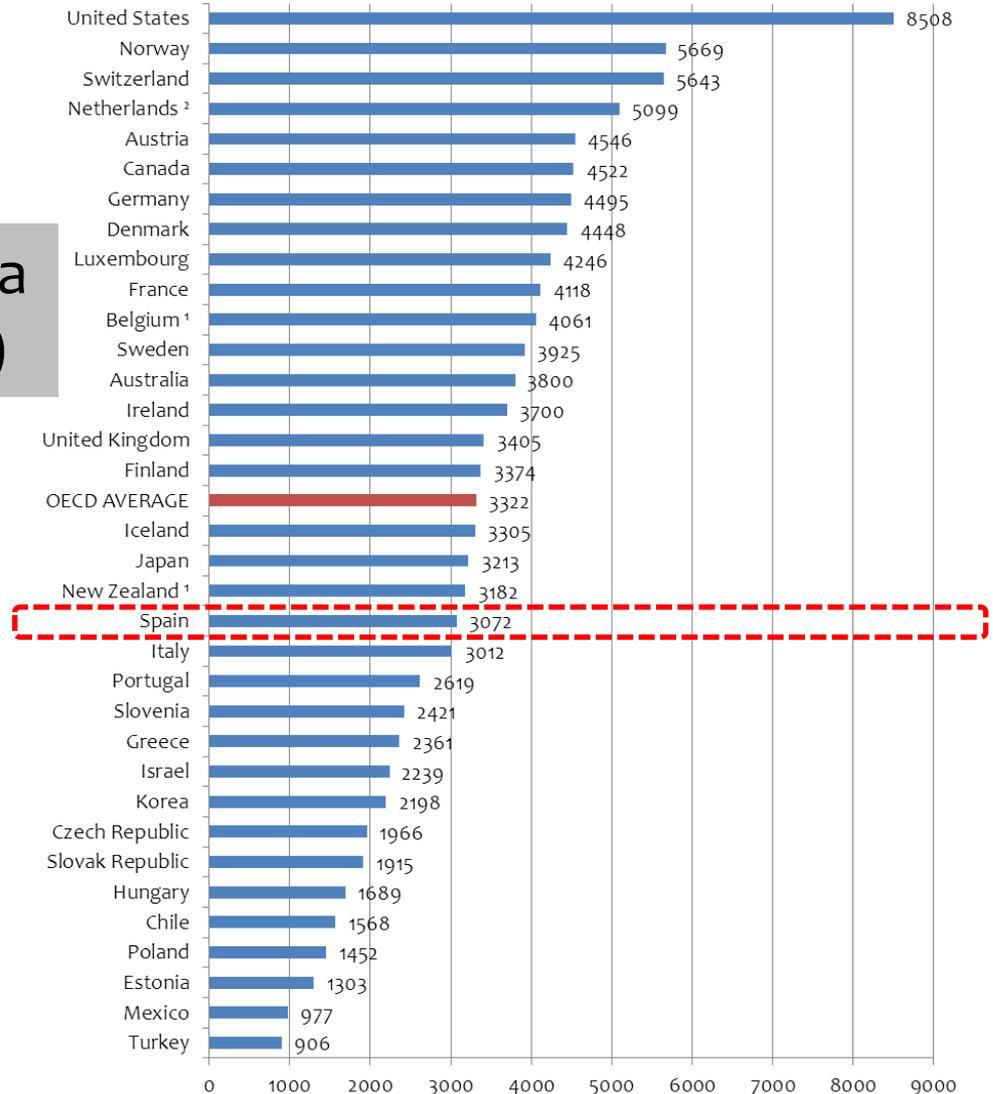
El modelo actual es bueno

2

Coste

Gasto/persona inferior a la media OECD (3.072 US \$)

Gasto sanitario total per capita, US\$ PPP, 2011 (o último año disponible)



El modelo actual es bueno

1

Accesibilidad
Equidad

2

Coste unitario
bajo

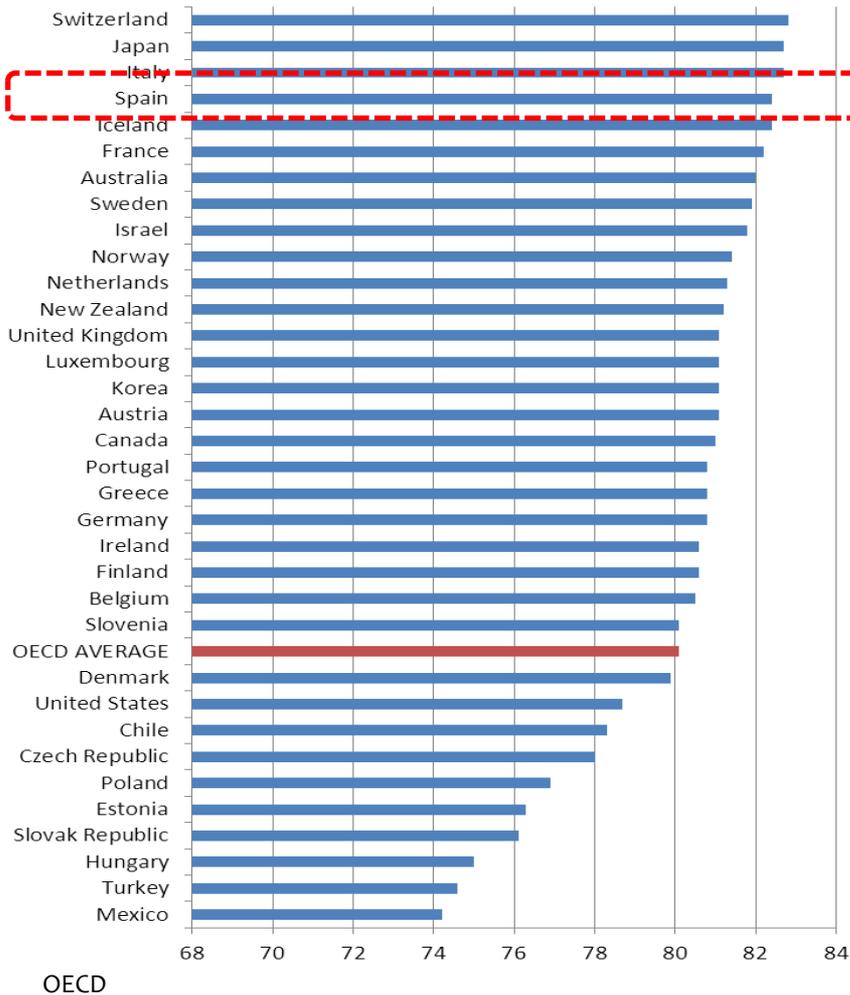
3

Buenos
resultados en
salud

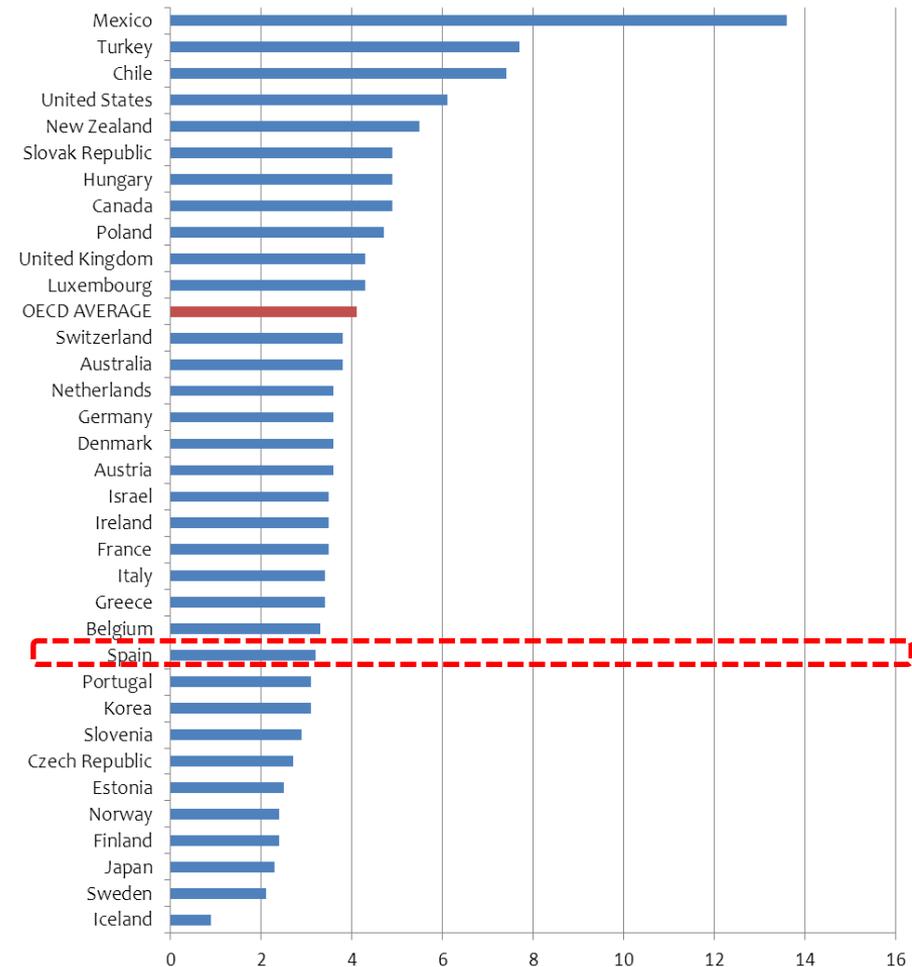
4

Buena
aceptación
poblacional

Esperanza de vida al nacer, 2011 (o último año disponible)



Mortalidad infantil, muertes por cada 1.000 nacidos vivos, 2011 (o último año disponible)



El modelo actual es bueno

4

Buena aceptación poblacional

Pregunta 2

Vamos a centrarnos ahora en el tema de la sanidad. De las siguientes afirmaciones que aparecen en esta tarjeta, ¿cuál expresa mejor su opinión sobre el sistema sanitario en nuestro país?

En general, el sistema sanitario funciona bastante bien	22.9
El sistema sanitario funciona bien, aunque son necesarios algunos cambios	47.7
El sistema sanitario necesita cambios fundamentales, aunque algunas cosas funcionan	23.6
Nuestro sistema sanitario está tan mal que necesitaríamos rehacerlo completamente	5.0
N.S.	.7
N.C.	.1
(N)	(7729)

70,6

El modelo actual es bueno

1

Accesibilidad
Equidad

2

Coste unitario
bajo

3

Buenos
resultados en
salud

4

Buena
aceptación
poblacional

Retos de futuro



Sostenibilidad

133 People to take care
of the patient The Patient



**Fragmentación y
complejidad**



**Paciente experto
y exigente**

Retos de futuro

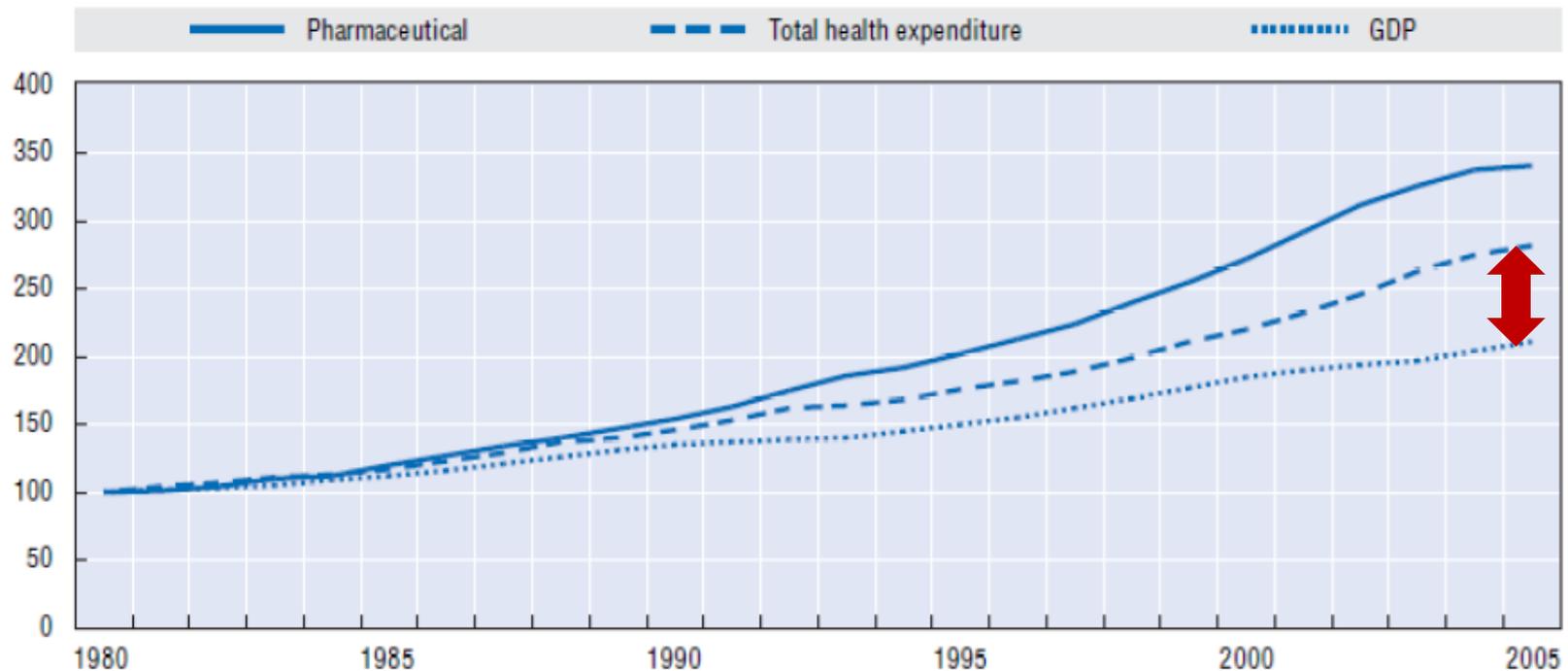


Sostenibilidad

Problema: sostenibilidad

Figure 1.7. Trend growth in pharmaceutical and total health expenditure for 15 OECD countries, and GDP, 1980-2005

1980 = 100

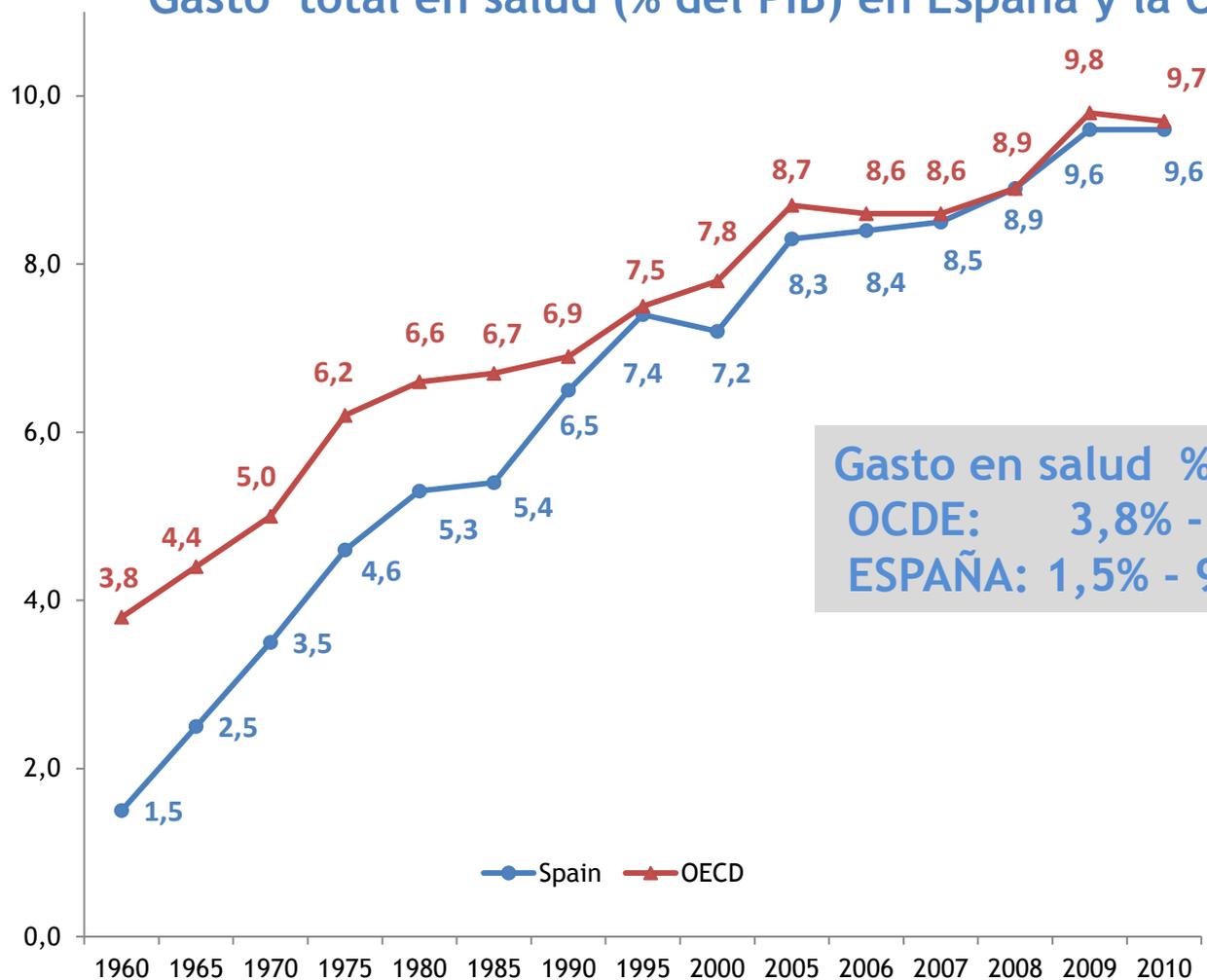


Note: Indexes were calculated using national currency units at 2000 GDP prices. Pharmaceutical expenditure is excluded from total health expenditure.

Source: OECD Health Data 2007.

Problema: sostenibilidad

Gasto total en salud (% del PIB) en España y la OECD

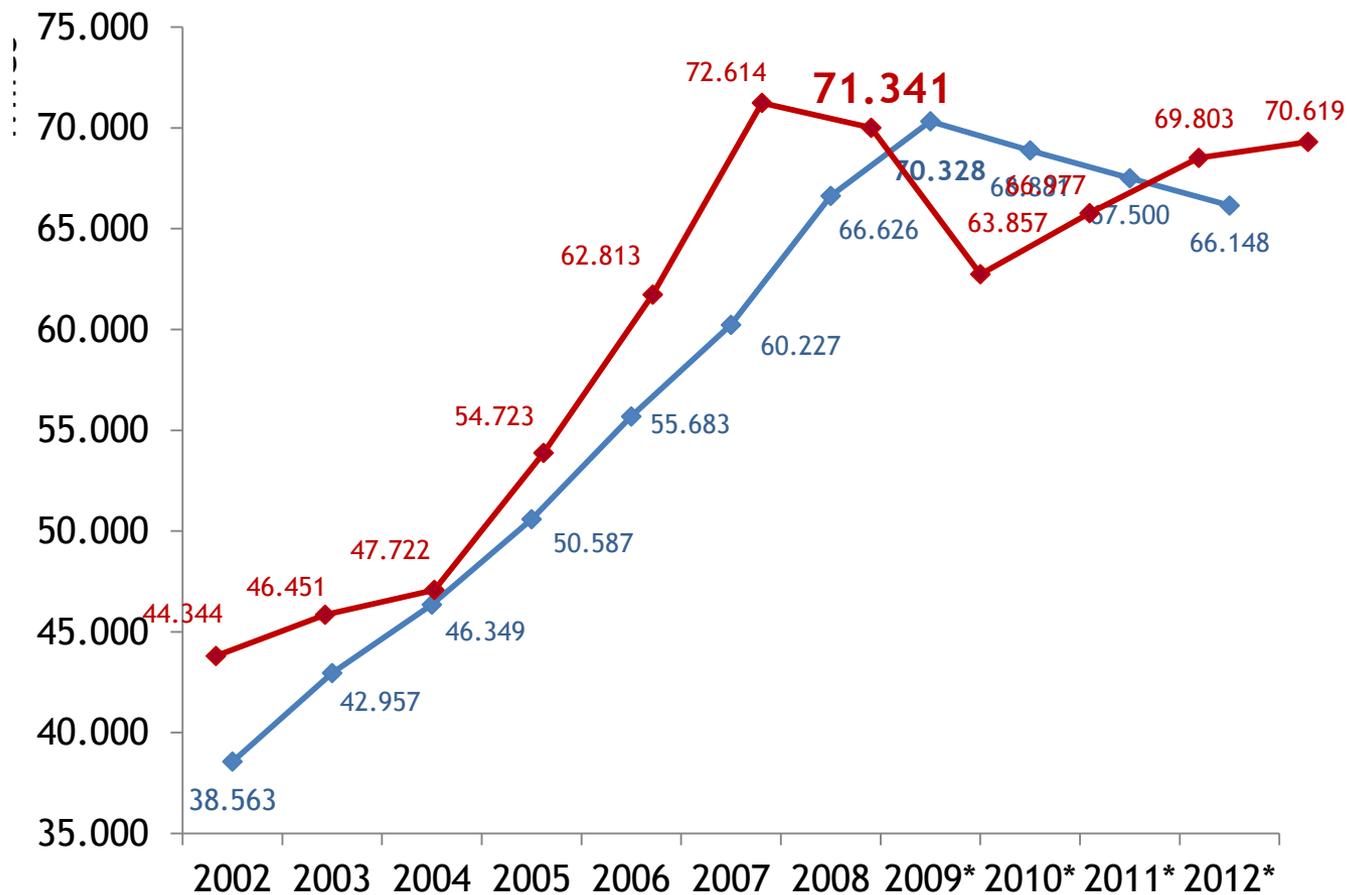


Gasto en salud % del PIB
OCDE: 3,8% - 9,7%
ESPAÑA: 1,5% - 9,6%

Problema: sostenibilidad

Evolución gasto sanitario público en España, 2002 - 2012

Evolución de la recaudación del IRPF en España 2002-2012



82%

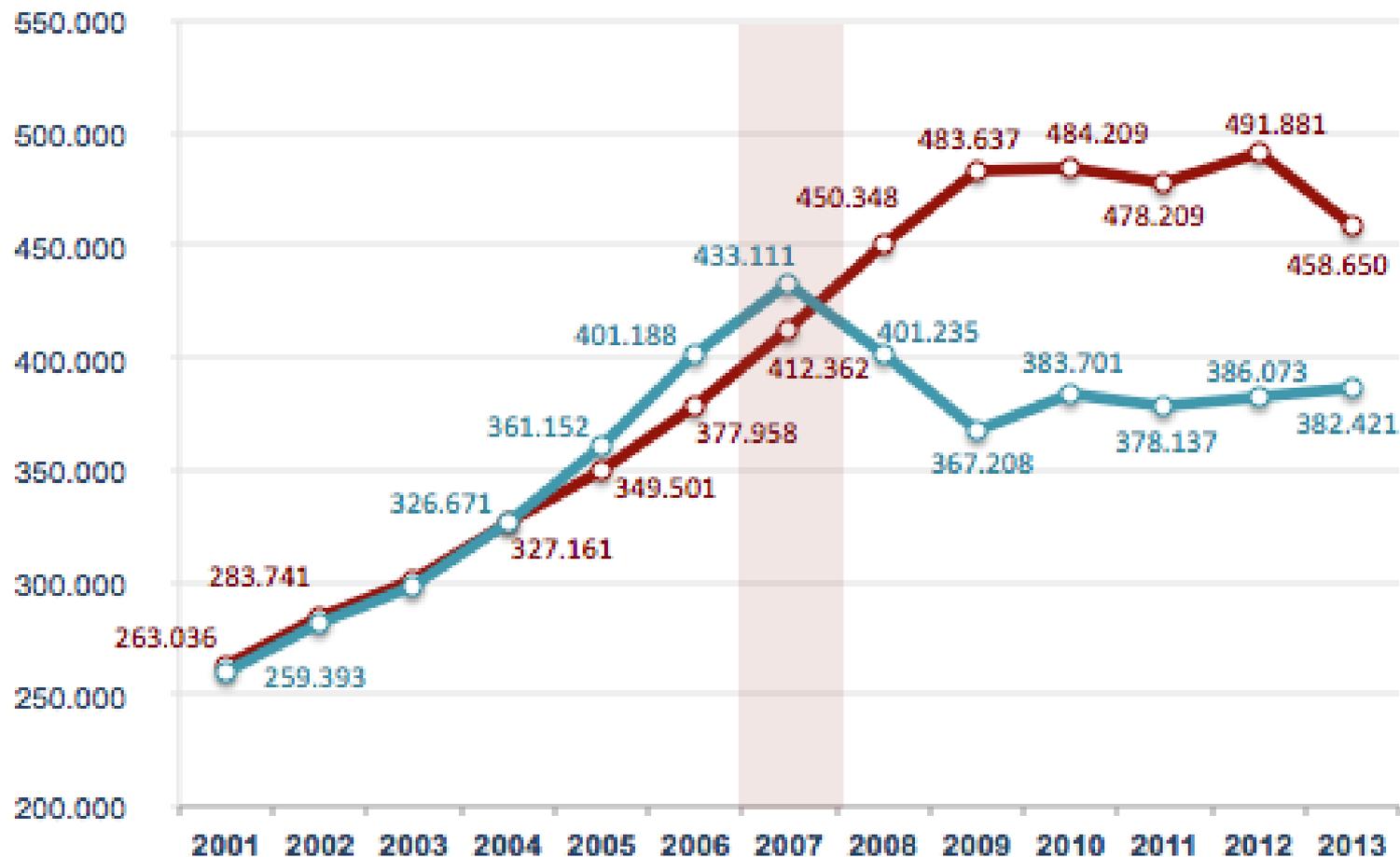
* Cifras provisionales

MSPSI. Gasto sanitario público. Total consolidado. Principio de devengo v Eurostat

Dèficit Público

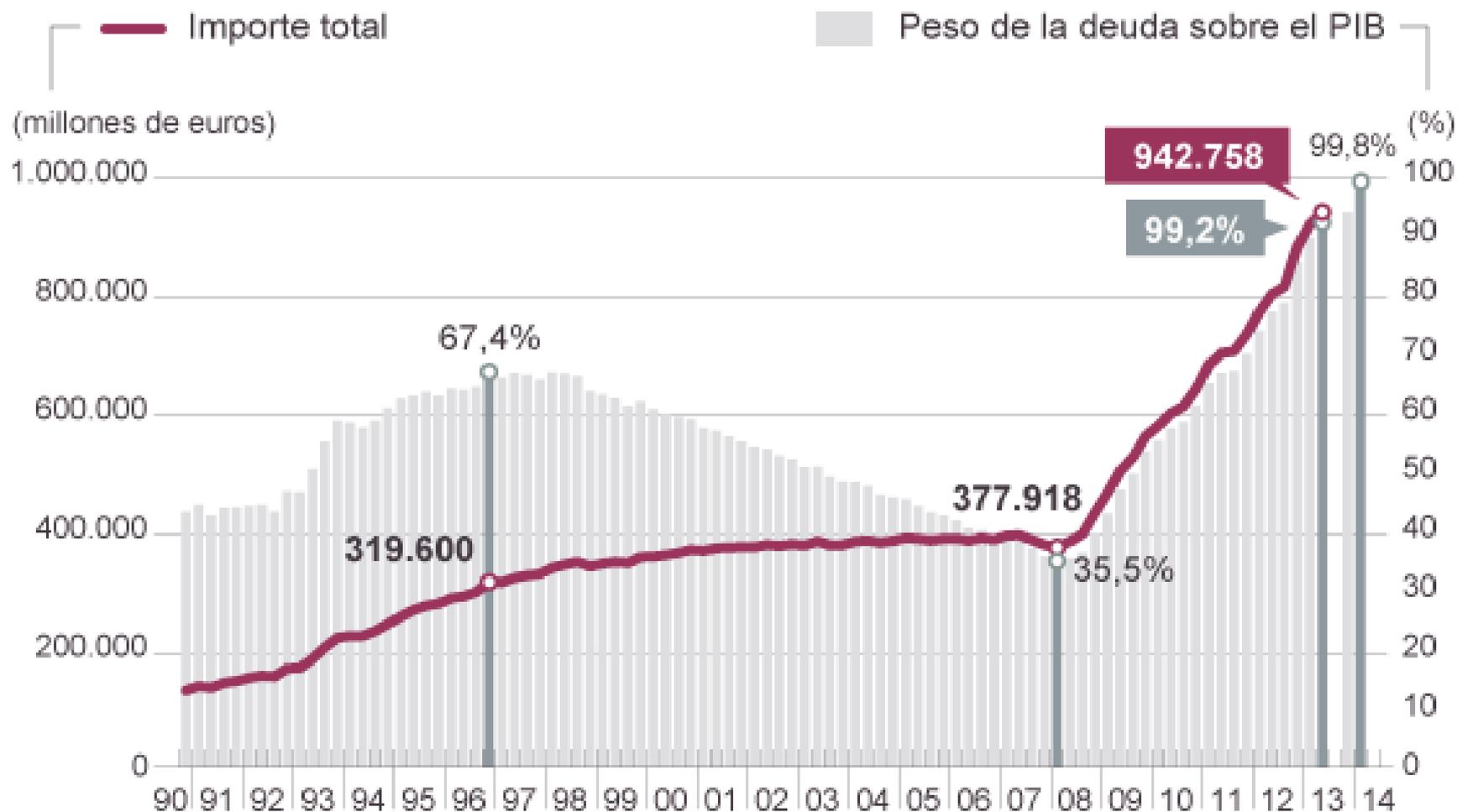
EVOLUCIÓN INGRESOS Y GASTOS PÚBLICOS en ESPAÑA

Ingresos (verde) - Gastos (rojo). Cifras en millones EUR.



Dèficit Público

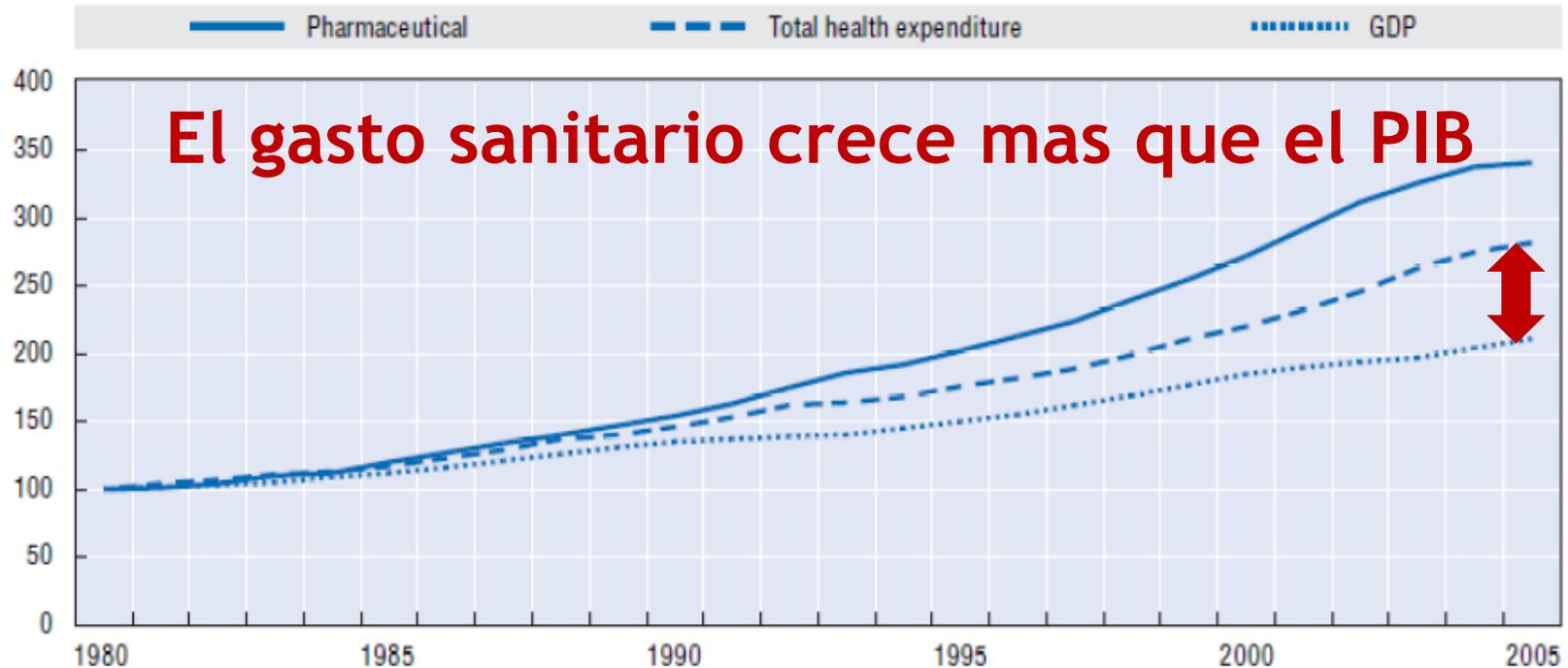
EVOLUCIÓN DE LA DEUDA DEL ESTADO



Problema estructural del sector sanitari

Figure 1.7. Trend growth in pharmaceutical and total health expenditure for 15 OECD countries, and GDP, 1980-2005

1980 = 100



Note: Indexes were calculated using national currency units at 2000 GDP prices. Pharmaceutical expenditure is excluded from total health expenditure.

Source: OECD Health Data 2007.

INTERNACIONAL

EUROPA EE UU MÉXICO AMÉRICA LATINA ORIENTE PRÓXIMO ASIA ÁFRICA BLOGS

COLUMNA

7-25-50

La UE representa el 7% de la población mundial; el 25% de la producción; y el 50% del gasto social

JOSÉ IGNACIO TORREBLANCA | 25 JUL 2013 - 14:15 CET

2

Archivado en: Población mundial Producción Gasto público Bienestar social Política social UE Organizaciones internacionales Demografía Economía Finanzas públicas Relaciones exteriores



108



79



4



0



Enviar

Imprimir

Guardar

7-25-50*. Tres cifras que forman una secuencia elegante y fácil de memorizar. Esas tres cifras son lo que nos definen como europeos. Sin ellas no podemos entender nuestro presente ni pensar nuestro futuro.

La primera nos habla de cuántos somos. Y la verdad, no somos muchos. La [Unión Europea](#) representa hoy el 7% de la población mundial. Somos algo más de 500 millones en un mundo que ha pasado la barrera de los 7.000 millones. Y vamos a ser todavía menos pues, según las proyecciones demográficas, cuando el siglo cruce el ecuador estaremos en torno al 5%. Para entender la diferencia de pensarnos a nosotros mismos en 2040-2050 siendo una fracción tan pequeña de la población mundial, tenemos que mirar atrás y recordar que en 1960, cuando este curioso experimento llamado integración europea se puso en marcha, la vieja Europa, aún abatida y derrotada por la guerra, representaba el 20% de la población mundial. Pasar de un mundo en el que uno de cada cinco habitantes era europeo a otro en el que sólo uno de cada veinte lo será obliga a una reflexión muy profunda sobre quiénes somos, qué queremos y cómo y con quien lo queremos conseguir.

Retos de futuro



Sostenibilidad

133 People to take care
of the patient

The Patient



**Fragmentación y
complejidad**

Fragmentación y complejidad

Ciencia y Caridad, Picasso



133 People to take care of the patient

The Patient



“Medicine used to be ineffective, but simple and safe”.

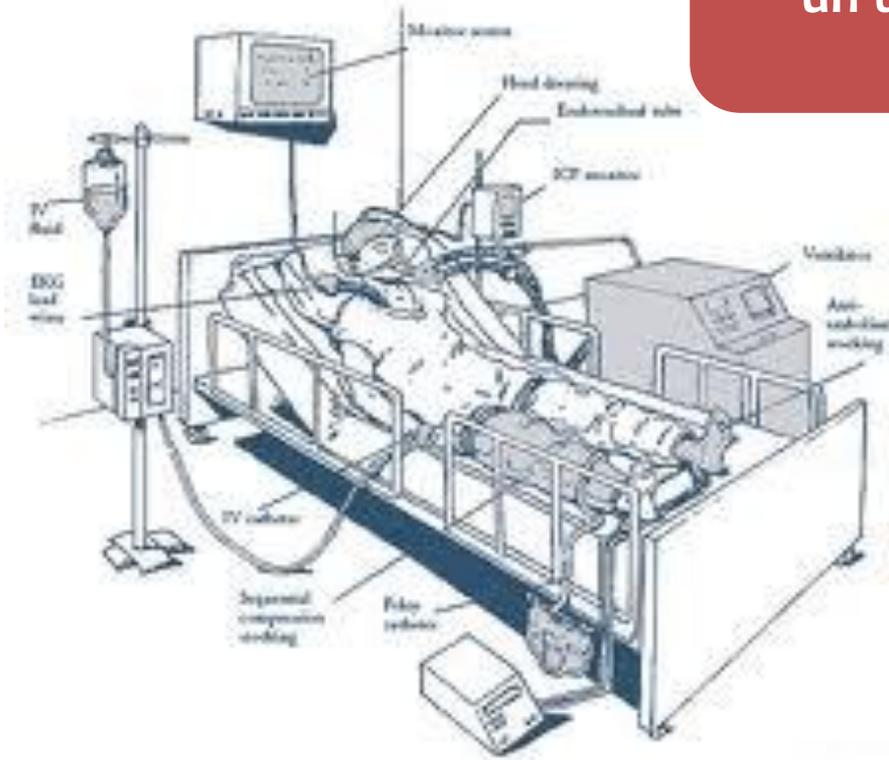
“Now is effective, but complex and relatively dangerous”.

Sir Cyril Chantler, Lancet 1999, 353:1178-81

Ejemplo: Paciente en UCI

Un paciente de la UCI experimenta una media de 1,7 errores diarios, un tercio de los cuales pueden ser fatales.

Health Affairs



QUALITY OF CARE

The End Of The Beginning: Patient Safety Five Years After 'To Err Is Human'

Amid signs of progress, there is still a long way to go.

by Robert M. Wachter

ABSTRACT: The Institute of Medicine's 1999 report on medical errors galvanized the public and health professionals. Before then, providers, health care organizations, and policymakers lacked the understanding and incentives to generate the changes in culture, systems, training, and technology to improve safety. Since 1999 there has been progress, but it has been insufficient. Stronger regulation has helped, as have some early improvements in information technology and in workforce organization and training. Error-reporting systems have had little impact, and scant progress has been made in improving accountability. Five years after the report's publication, we appear to be at "the end of the beginning."

FIVE YEARS AGO the Institute of Medicine (IOM) report on medical errors, *To Err Is Human*, galvanized the public and the health professions and led to congressional hearings, media exposés, and millions of anxious patients.¹ This paper examines the genesis and impact of that report and takes stock of where we are five years after its release. The set of incentives that promote patient safety—not simply the economic balance sheet, but also the political, ethical, and social forces experienced by doctors, nurses, health care executives, policymakers, and other key stakeholders—was woefully weak before 1999 and has grown much stronger since then. However, these forces have not yet become robust enough to generate the dollars, systems, training models, and culture to transform modern health care into the safe, reliable system that patients and providers deserve.

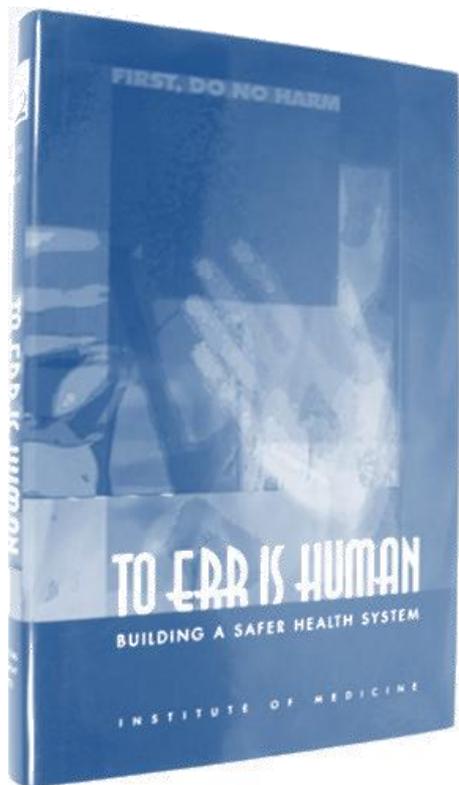
The IOM Report And Its Impact

As one measure of its impact, if one says "the IOM report," *To Err Is Human* immediately springs to mind, despite the fact that the IOM has published 234 reports since then. In fact, an argument can be made that the medical profession "discovered" the epidemic of medical mistakes five years ago through the IOM report, nearly as assuredly as we discovered the AIDS epidemic in 1981 and the SARS epidemic in 2003.²

.....
Bob Wachter (bobw@med.berkeley.edu) is chief of the medical service, University of California, San Francisco, UCSF Medical Center and is a senior chair of the UCSF Department of Medicine.

El Instituto de Medicina concluyó que el sistema de salud americano era peligroso para los pacientes

Institut of medicine 1999



Errores asistenciales:

- Un millón de lesiones
- 44.000 – 98.000 muertes /año
- Coste 79 billones \$/año

Desde 1999 se han hecho muchos esfuerzos en temas de seguridad



...pero los resultados no son los esperados a nivel global

5 años

Prologue

Five Years Later—Are We Any Safer?

Brent C. James

The Institute of Medicine (IOM) released *To Err Is Human: Building a Safer Health System*,¹ its seminal summary of preventable patient injuries suffered within American hospitals, on November 29, 1999. This report was unique in one important way: it was the first IOM report directed as much to the general American public as at the U.S. government, the health care industry, members of the healing professions, and health policy experts. While evidence documenting high rates of treatment-associated injury and mortality have appeared in the peer-reviewed medical literature since the 1950s, neither the health professions nor the health care industry have ever prioritized patient safety as a critical imperative. The IOM's Committee on the Quality of Health Care in America, which produced *To Err Is Human*, sought—through its new public relations direction—to force patient safety to the pinnacle of the policy and care delivery improvement agendas. The committee set a goal of reducing fatalities associated with hospital-based care delivery by 50 percent within 5 years.

Five years have passed. A few institutions have reached the initial IOM goal for some injury sources (for example, Brigham & Women's Hospital in Boston for adverse drug events [ADEs]; Intermountain Health Care's LDS Hospital in Salt Lake City for ADEs and for postoperative wound infections; and Johns Hopkins University Hospital in Baltimore and Vanderbilt Hospital in Nashville for central venous catheter-associated infections). However, as a country, progress has fallen far short of the IOM's ambitious goal. Some members of the original IOM committee have publicly decried the lack of substantial progress,^{2,3} citing a continuing inability by the United States to hold patient safety at the center of a national health care reform agenda. For example, even though more than 30 percent of a random sample of physicians responding to a survey reported that they or a member of their immediate family had experienced significant injuries when receiving care, physicians still see patient safety as a low priority.⁴



Objetivo: Reducir los errores que pueden prevenirse en un 50%

5 años más tarde no ha mostrado la evolución esperada...



...pero los resultados no son los esperados a nivel global

10 años

Tasas de errores, errores prevenibles y errores muy graves por 100 ingresos hospitalarios

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

Temporal Trends in Rates of Patient Harm Resulting from Medical Care

Christopher P. Landrigan, M.D., M.P.H., Gareth J. Parry, Ph.D., Catherine B. Bones, M.S.W., Andrew D. Hackbarth, M.Phil., Donald A. Goldmann, M.D., and Paul J. Sharek, M.D., M.P.H.

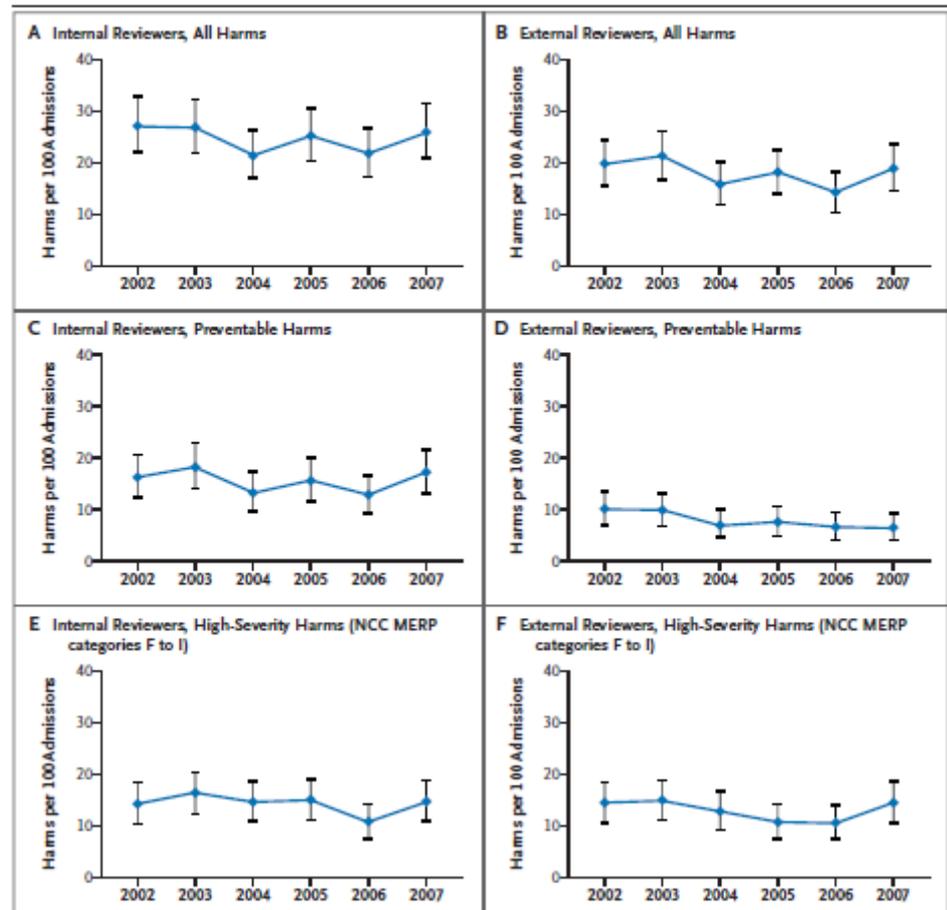
ABSTRACT

BACKGROUND

In the 10 years since publication of the Institute of Medicine's report *To Err Is Human*, extensive efforts have been undertaken to improve patient safety. The success of these efforts remains unclear.

METHODS

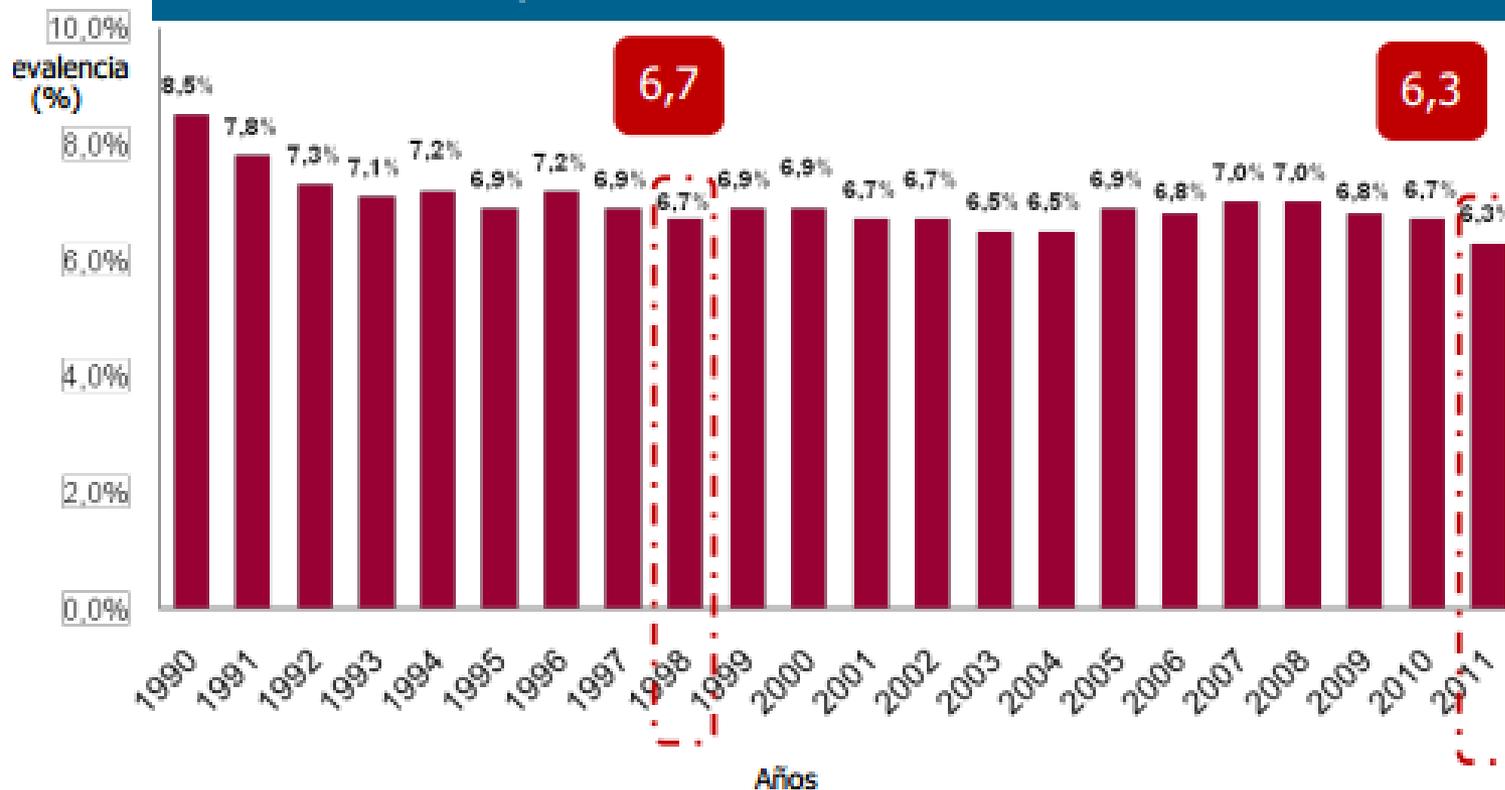
We conducted a retrospective study of a stratified random sample of 10 hospitals in North Carolina. A total of 100 admissions per quarter from January 2002 through December 2007 were reviewed in random order by teams of nurse reviewers both within the hospitals (internal reviewers) and outside the hospitals (external reviewers) with the use of the Institute for Healthcare Improvement's Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events. Suspected harms that were identified on initial review were evaluated by two independent physician reviewers. We evaluated changes in the rates of harm, using a random-effects Poisson regression model with adjustment for hospital-level clustering, demographic characteristics of patients, hospital service, and high-risk conditions.



... pero los resultados no son los esperados a nivel global

España

Prevalencia de pacientes con infección nosocomial



El lento progreso del sector salud contrasta con el avance del sector aviación



Tasa de accidentes fatales en aviación



Las muertes por infecciones nosocomiales equivalen a 1 accidente de jumbo diario con 400 pasajeros

Hospital-acquired infections
kill 99,000 Americans
each year

That's the equivalent of a jumbo jet full of passengers crashing every other day

Safe Patient Project.org

Imagine the government response if planes started dropping from the sky.

Why isn't Washington doing more to protect patients from deadly hospital infections?

Consumer Reports Health

Safer patient care must be a priority in any health reform package passed by Congress, including:

- Increased public accountability for hospital infections and medical errors
- Better training in patient safety for doctors and nurses
- Aggressive action to prevent medication errors

To learn more, sign the petition and find out how you can help, visit:
www.SafePatientProject.org

[Source: Handbook of Statistical Analysis and Data Mining; Nisbet, Elder, Miner, pp 378]

Retos de futuro



Sostenibilidad

133 People to take care
of the patient The Patient



**Fragmentación y
complejidad**



**Paciente experto
y exigente**

Mayor acceso de pacientes a información sanitaria



2003

19%

2014

67%

Mayor acceso de pacientes a información sanitaria

20 years later and all of these things fit in your pocket.





Mayor acceso de pacientes a información sanitaria

Mayor participación de los pacientes

Patient
Opinion 

NHS choices

 **Rate My Hospital.ie**
from irishealth.com

 **HOSPITAL FOOD** 

Dear hungry patient, submit your "delicious" hospital food [here](#) !

 **CureTogether**
Open Source Health Research

patientslikeme®

SugarStats

 **Daily Strength**

Inspire together we're better!

 **estudiabetes.com**

Retos de futuro



Sostenibilidad

133 People to take care
of the patient The Patient



**Fragmentación y
complejidad**



**Paciente experto
y exigente**

¿Qué hacemos?



Reformas

¿Qué hacemos?



Que reformes ?

OECD Health Policy Studies

Value for Money in Health Spending

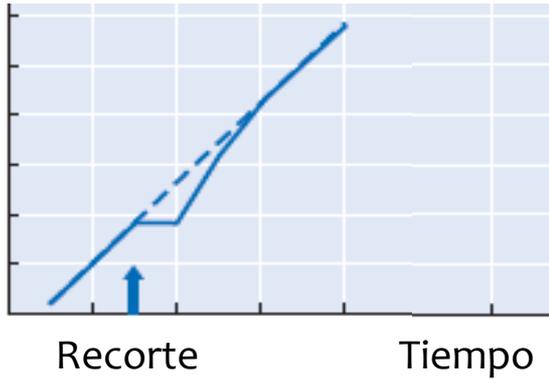
Downloaded from [www.oecd-ilibrary.org](#)
Browse It Edition
Lead Only
Lecture seule



Reformas estructurales

Escenario 1: Actuación puntual

Gasto sanitario

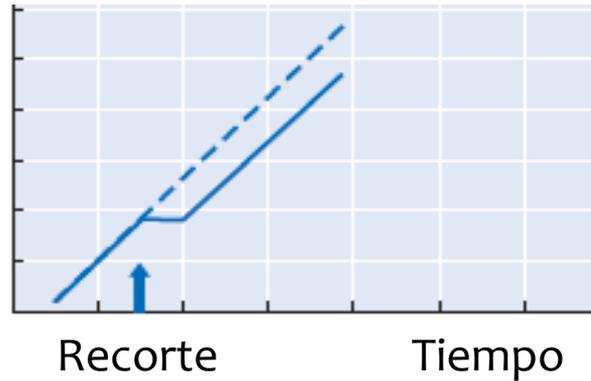


1

Recortes

Escenario 2: Presión mantenida

Gasto sanitario

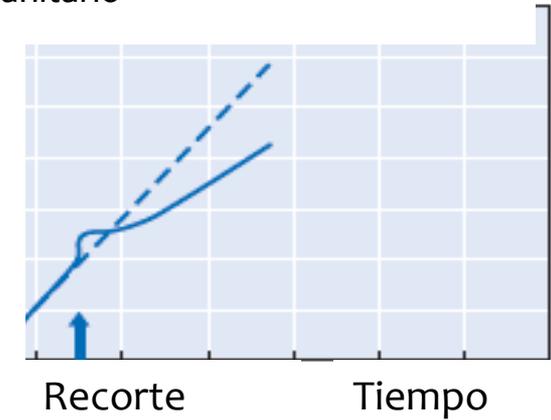


2

Reformas

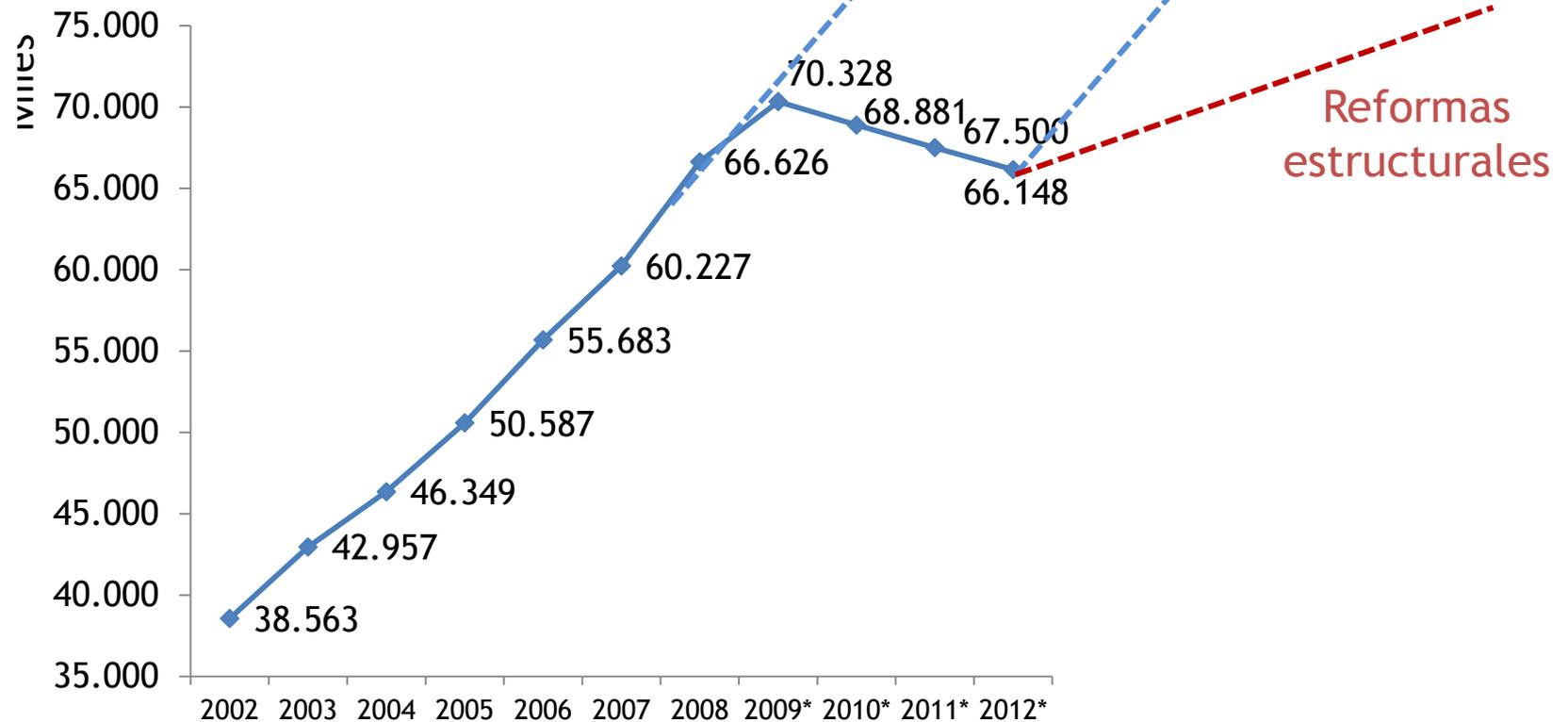
Escenario 3: Medidas estructurales

Gasto sanitario



Reformas estructurales

Evolución gasto sanitario público.
España, 2002 - 2012



* Cifras provisionales

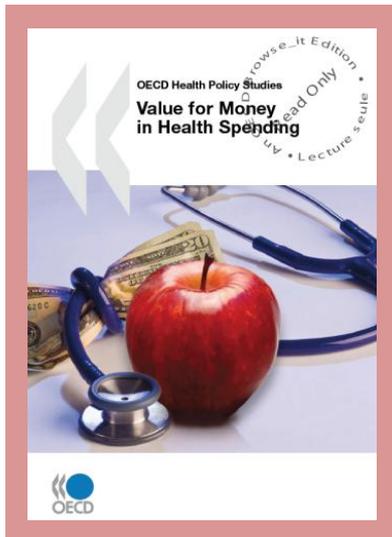
MSPSI. Gasto sanitario público. Total consolidado. Principio de devengo y Eurostat
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/egspGastoReal.pdf>

Reformas estructurales



Propuestas globales

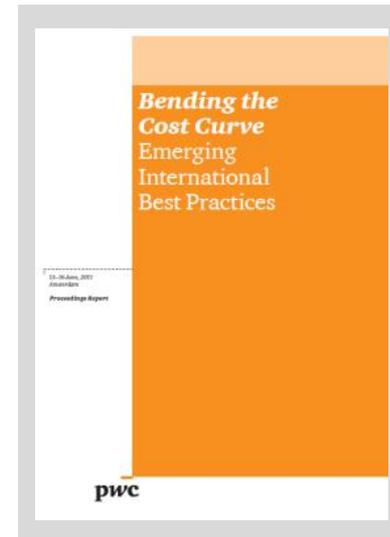
Informe OECD.
Value for Money



Informe The Economist.
Future of Healthcare



Informe PwC. Bending
the cost curve



Informe EIH. Health
Challenges

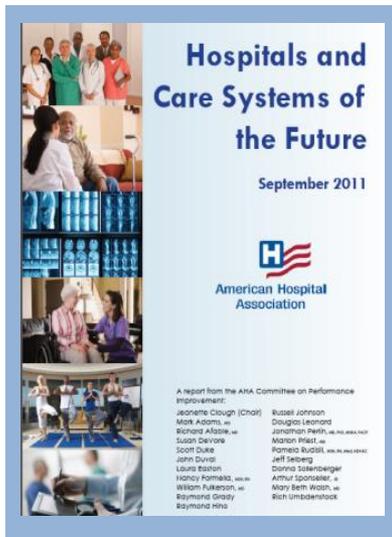


Reformas estructurales

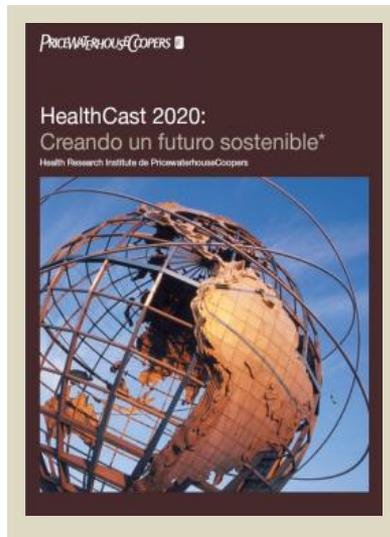


Propuestas globales

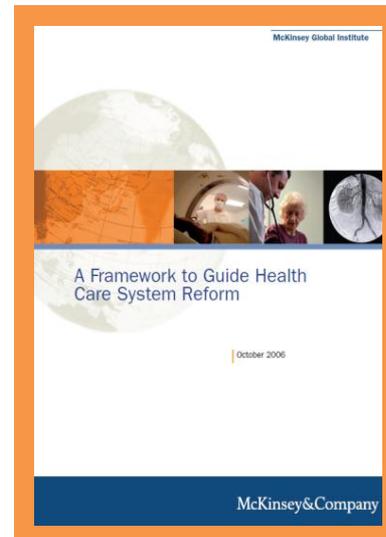
Informe AHA



Healthcast 2020 PwC



Informe McKinsey. Framework to guide Reform



Healthcare 2015: Win-win or lose-lose? IBM IBV



Reformas estructurales

Propuestas España

Informe
Abril



Informe
FEDEA-
McKinsey.
Cambio
posible



Informe
Academia
europea
Ciencias y
artes:
"Libro
blanco"



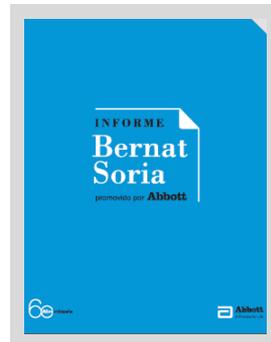
Informe
PWC: Diez
temas
candentes
de la
Sanidad
Española



Informe
Antares
Cons.
"Sostenibili-
dad del
sistema
sanitario"



Informe
Bernat
Soria,
2011



Informe
Fundación
Bamberg:
Modelo de
futuro de
Gestión de
la Salud



Informe
AT
Kearney.
Estudio
Sostenib.
SNS



1. El modelo actual. Resultados. Sostenibilidad

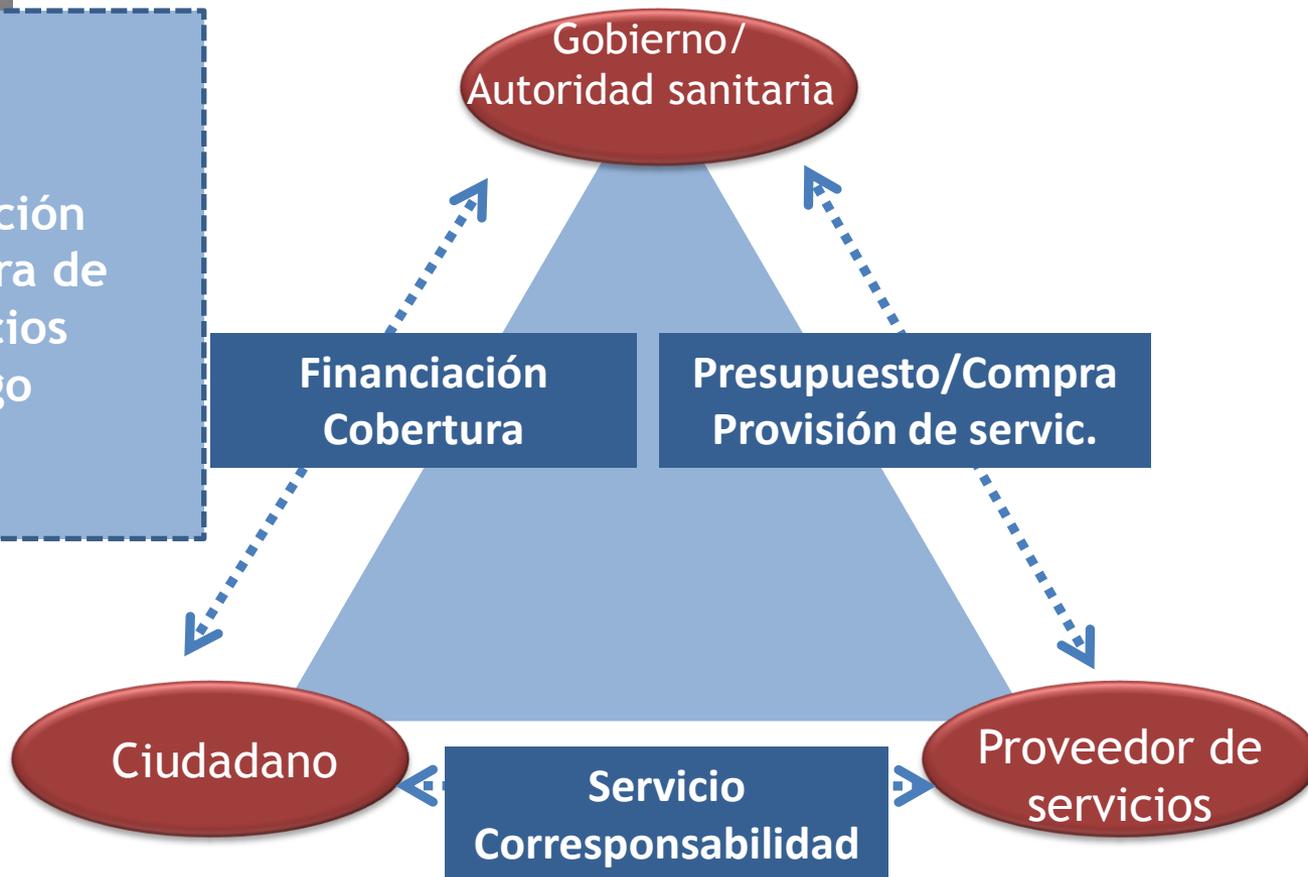
2. Las Reformas estructurales

Reformas estructurales

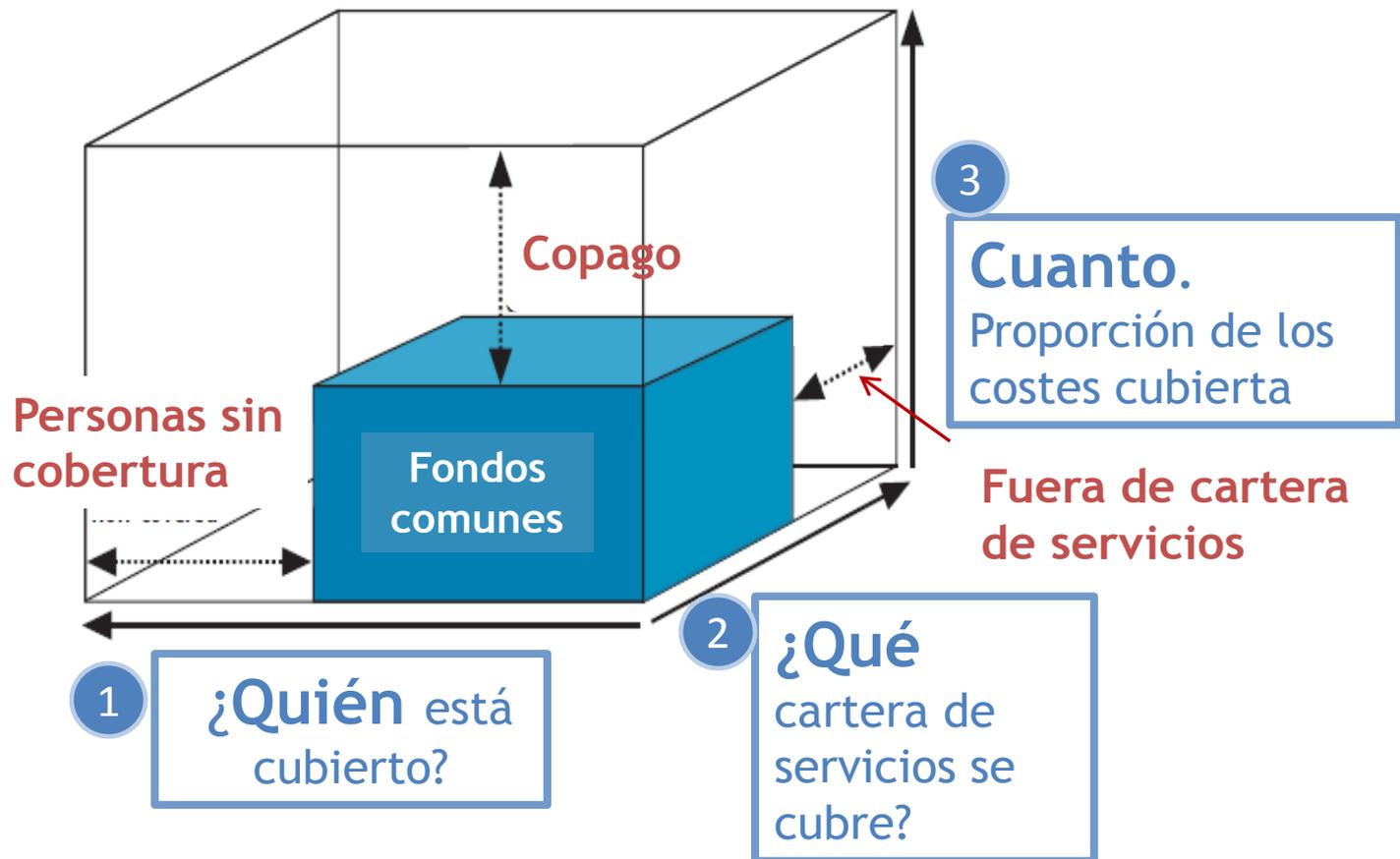
MACRO

✓ Cobertura

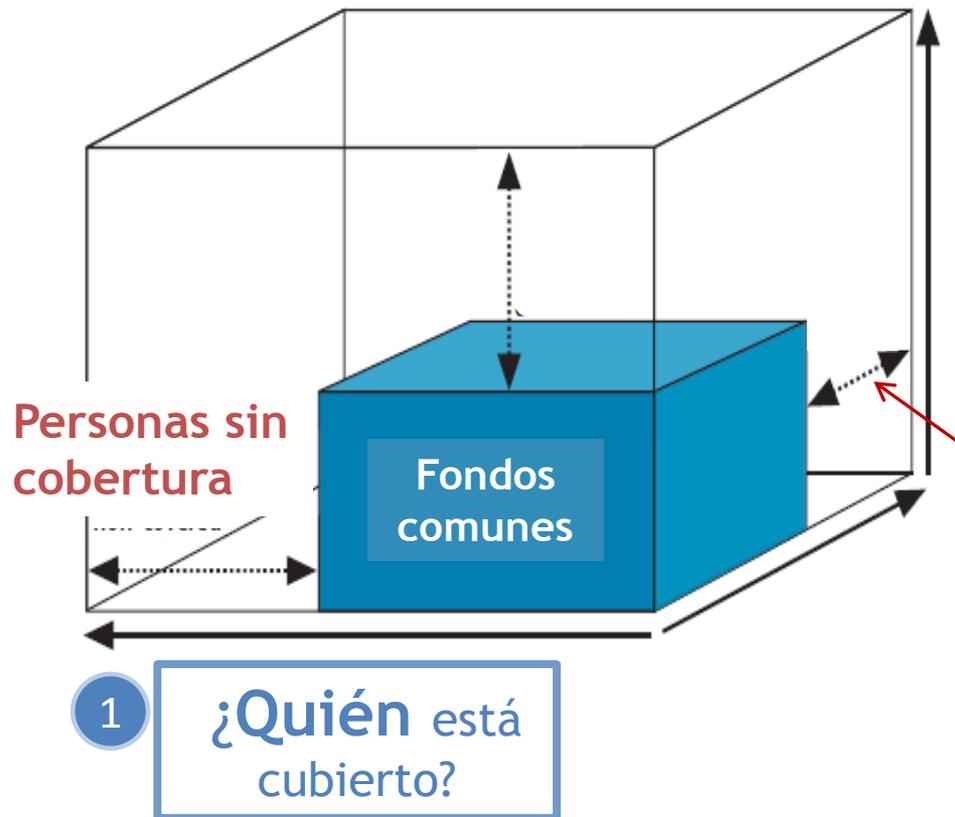
- Población
- Cartera de servicios
- Copago



Cobertura



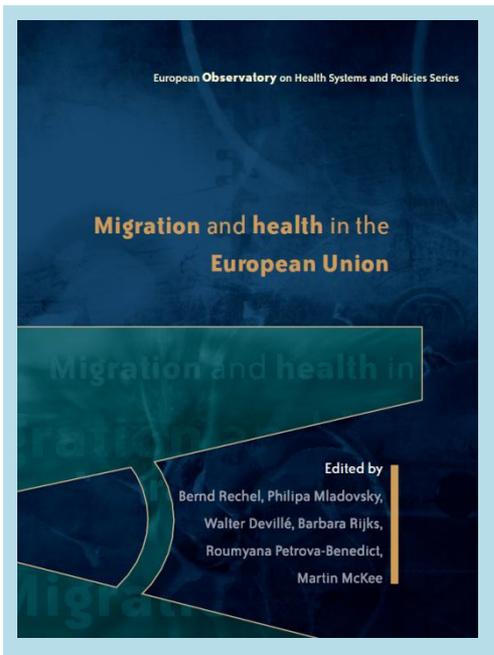
Cobertura



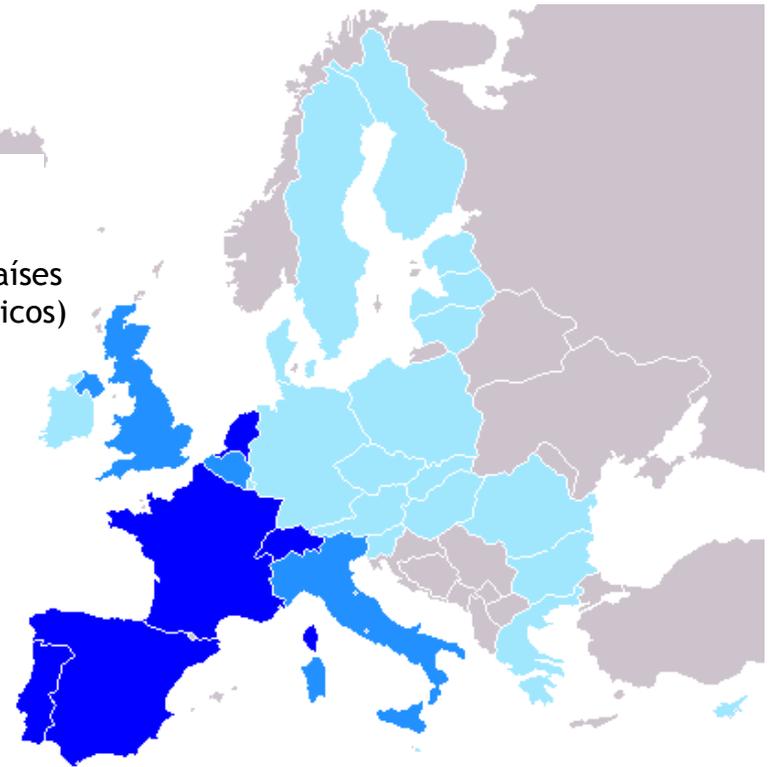


Población cubierta

Acceso de los inmigrantes sin documentación a los servicios de salud



- Acceso total
(Suiza, España, Francia, Holanda y Portugal)
- Acceso parcial
(Bélgica, Italia, Reino Unido)
- Ningún acceso
(Europa Central y del Este, Países Bajos, Nordicos y Países Bálticos)



* Austria, Bulgaria, Chipre, República Checa, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Alemania, Grecia, Hungría, Irlanda, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Polonia, Rumanía, Eslovaquia, Eslovenia, Suecia

Cambio en los requisitos de cobertura

Real decreto ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema nacional de Salud y mejorar así la calidad/seguridad de las prestaciones.

 **BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO** 

Núm. 98 Martes 24 de abril de 2012 Sec. I. Pág. 31278

I. DISPOSICIONES GENERALES

JEFATURA DEL ESTADO

5403 *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.*

I

La creación del Sistema Nacional de Salud ha sido uno de los grandes logros de nuestro Estado del bienestar, dada su calidad, su vocación universal, la amplitud de sus prestaciones, su sustentación en el esquema progresivo de los impuestos y la solidaridad con los menos favorecidos, lo que le ha situado en la vanguardia sanitaria como un modelo de referencia mundial.

Sin embargo, la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio nacional, el crecimiento desigual en las prestaciones del catálogo, la falta de adecuación de algunas de ellas a la realidad socioeconómica y la propia falta de rigor y énfasis en la eficiencia del sistema han conducido al Sistema Nacional de Salud a una situación de grave dificultad económica sin precedentes desde su creación. Se ha perdido eficacia en la gestión de los recursos disponibles, lo que se ha traducido en una alta morosidad y en un insostenible déficit en las cuentas públicas sanitarias. Se hace, pues, imprescindible la adopción de medidas urgentes que garanticen su futuro y que contribuyan a evitar que este problema persista.

El Sistema Nacional de Salud viene sufriendo situaciones de descoordinación entre los servicios de salud autonómicos lo que se traduce en la aparición de considerables diferencias en las prestaciones y en los servicios a los que acceden los pacientes en las distintas comunidades autónomas. La cohesión territorial y la equidad se han visto puestas en cuestión con determinadas medidas adoptadas durante estos últimos años.

Los datos estructurales y las cifras más significativas del gasto sanitario público muestran que la sanidad pública no puede obviar por más tiempo de una situación claramente incompatible con su imprescindible sostenibilidad y que, al mismo tiempo, ha acarreado consecuencias gravemente perjudiciales para el empleo y la viabilidad de los sectores empresariales que con él se relacionan.

Pero, además, resulta inaplazable hacer frente a los retos actuales de la asistencia sanitaria. Así, el impacto del envejecimiento de la población, la necesidad de incorporar las innovaciones terapéuticas en la terapia clínica, el avance y progreso en la medicina molecular, el desarrollo de los avances en genómica y proteómica y de nuevos fármacos, van a suponer, sin duda, un incremento del gasto sanitario cuyas previsiones deben ser rigurosamente analizadas por los responsables políticos.

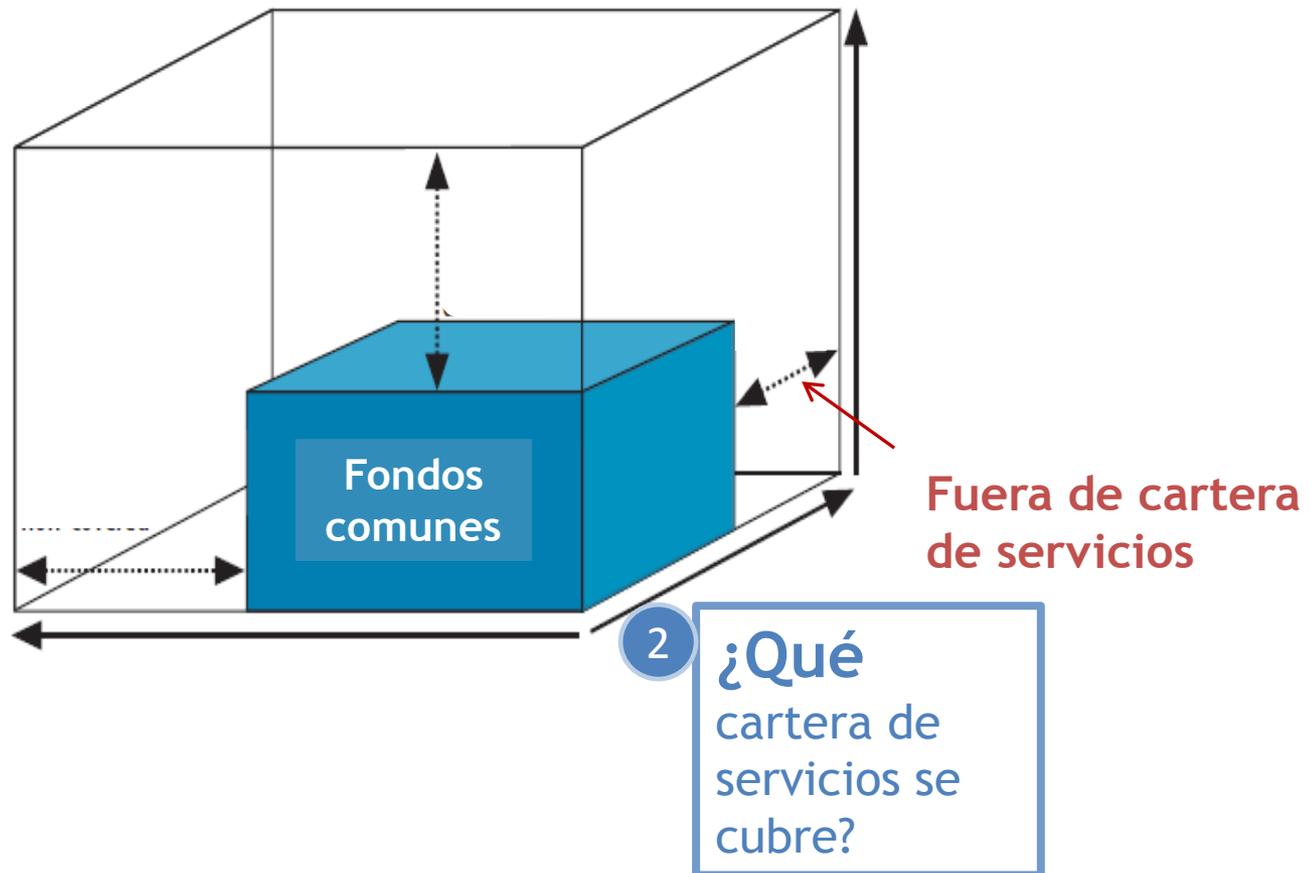
El uso racional y la adecuación terapéutica a la duración real de los tratamientos es uno de los temas en los que se debe poner el énfasis. Así, los últimos datos de gestión medioambiental de residuos de medicamentos ponen de manifiesto los preocupantes costes de destrucción de productos desechados sin utilizar o de unidades excedentes de las pautas terapéuticas establecidas, que no sólo confirman la necesidad de mejorar la eficiencia en el proceso de prescripción, dispensación y uso de medicamentos, sino que alertan de los preocupantes costes medioambientales derivados.

II

Todos los países de la Unión Europea están analizando y adoptando medidas que permiten optimizar sus modelos asistenciales y farmacéuticos y, en especial, el gasto

046 BOE-A-2012-5403

Cobertura





Cartera de servicios

Nivel de cartera de servicios

**Problema:
Incorporación nuevas
tecnologías**



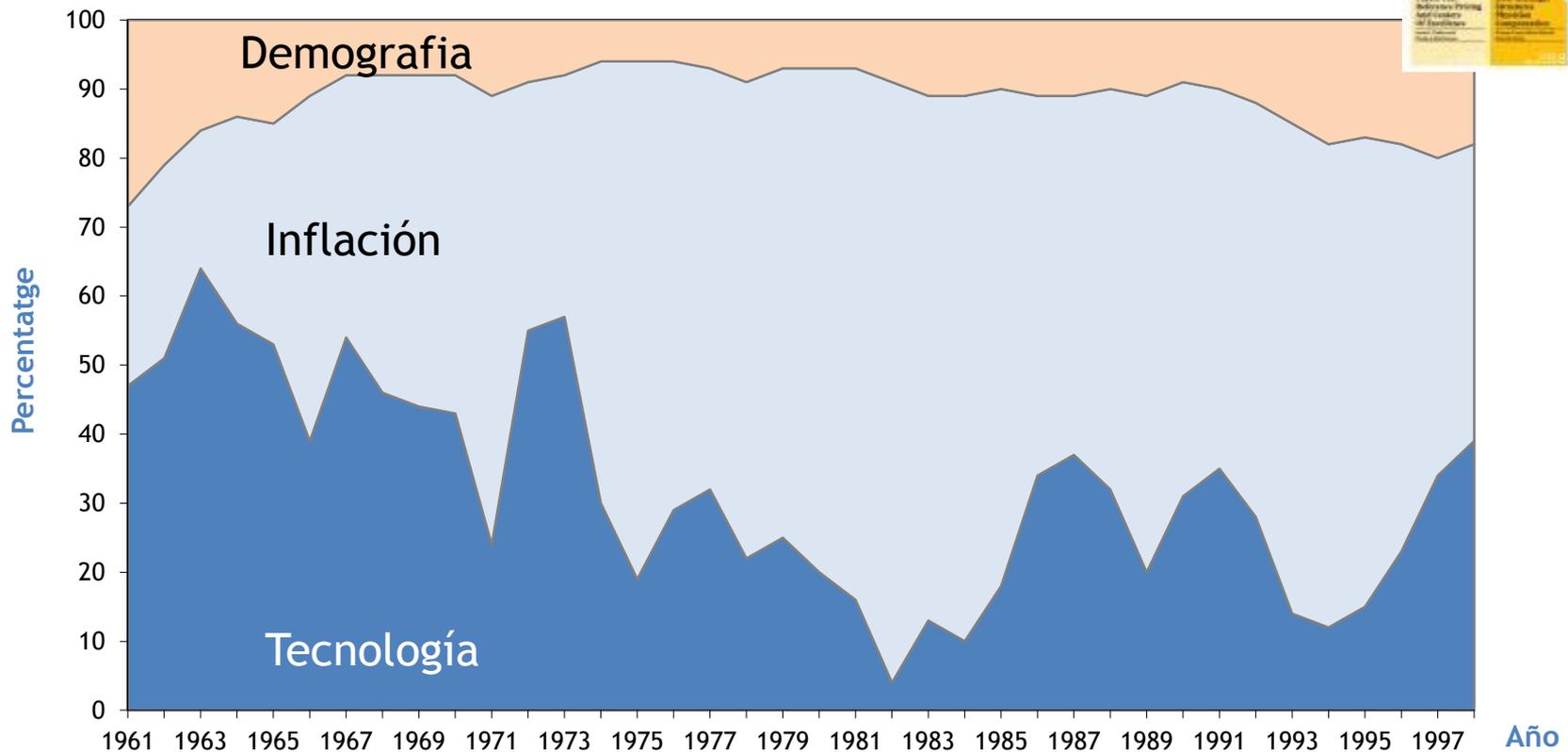
* Prótesis, Sillas de ruedas,..

Nuevas tecnologías: 33% -50% del incremento del gasto sanitario

HealthAffairs



Porcentaje de los componentes que explican el incremento de gasto sanitario (Health Affairs 2001)



Agencia de evaluación de Europa*



País	Agencia
Austria	GÖG
	LBI-HTA
Belgium	KCE
Denmark	DACEHTA
	DSI
	HTA-HSR/DHTA
Finland	FinOHTA
France	CEDIT
	HAS
Germany	DAHTA @ DIMDI
	G-ba
	IQWiG
International	INAHTA
Ireland	HIQA
Italy	Age.Na.S
	UVT - HTA Unit
Lithuania	VASPVT
Norway	NOKC
Poland	AHTAPol
	AETS
Spain	AETSA
	AVALIA-T
	CAHIAQ
	OSTEBA
	UETS
Sweden	SBU
Switzerland	MTU-SFOPH
	CVZ
The Netherlands	GR
	ZonMw
	NICE
United Kingdom	CRD
	HIS
	NETSCC, HTA - NIHR
	NHSC

• Todos tienen excepto: República Checa, Luxemburgo, Turquía, República eslovaca

• Fuente: INAHTA

NICE, Reino Unido



*National Institute for
Health and Clinical Excellence*

1. Equipo de expertos independientes
2. Ámbito nacional
3. Caracter ejecutivo de las recomendaciones positivas
4. Recomendación negativa: decide el financiador

Metodología:

QALY: cuantos meses o años de vida adicionales de calidad aceptable puede ganar una persona como resultado de un tratamiento.

£ por QALY: El coste de utilizar el medicamento para dar un año de la mejor calidad de vida disponible

Cost	
< 20.000 £/año	Suele recomendarse
> 20.000 £/año	Se tienen en cuenta otros factores
> 30.000 £/año	Aprobación excepcional

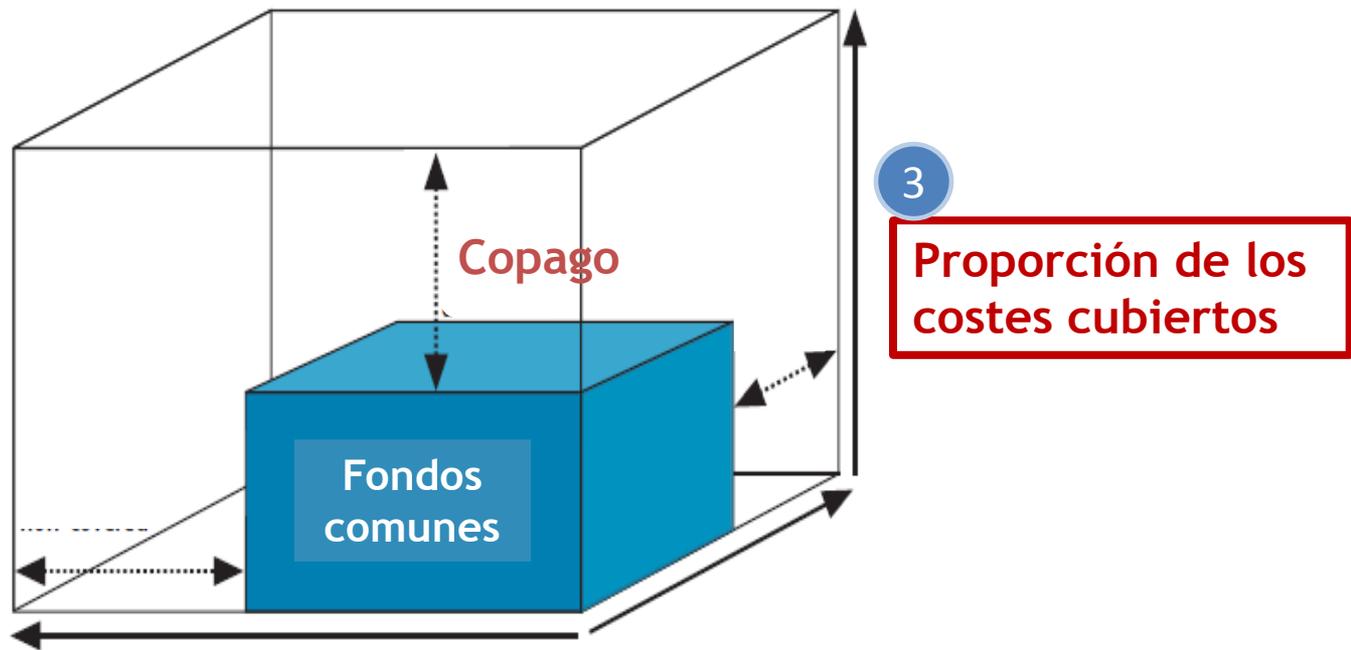
Agencia de evaluación en España

- ✓ 8 agencias
- ✓ Decisiones no vinculantes
- ✓ No criterios coste-efectividad
- ✓ Orientadas a medicamentos

Agencia de Evaluación Tecnológicas Sanitarias de España



Tres dimensiones a considerar en la cobertura

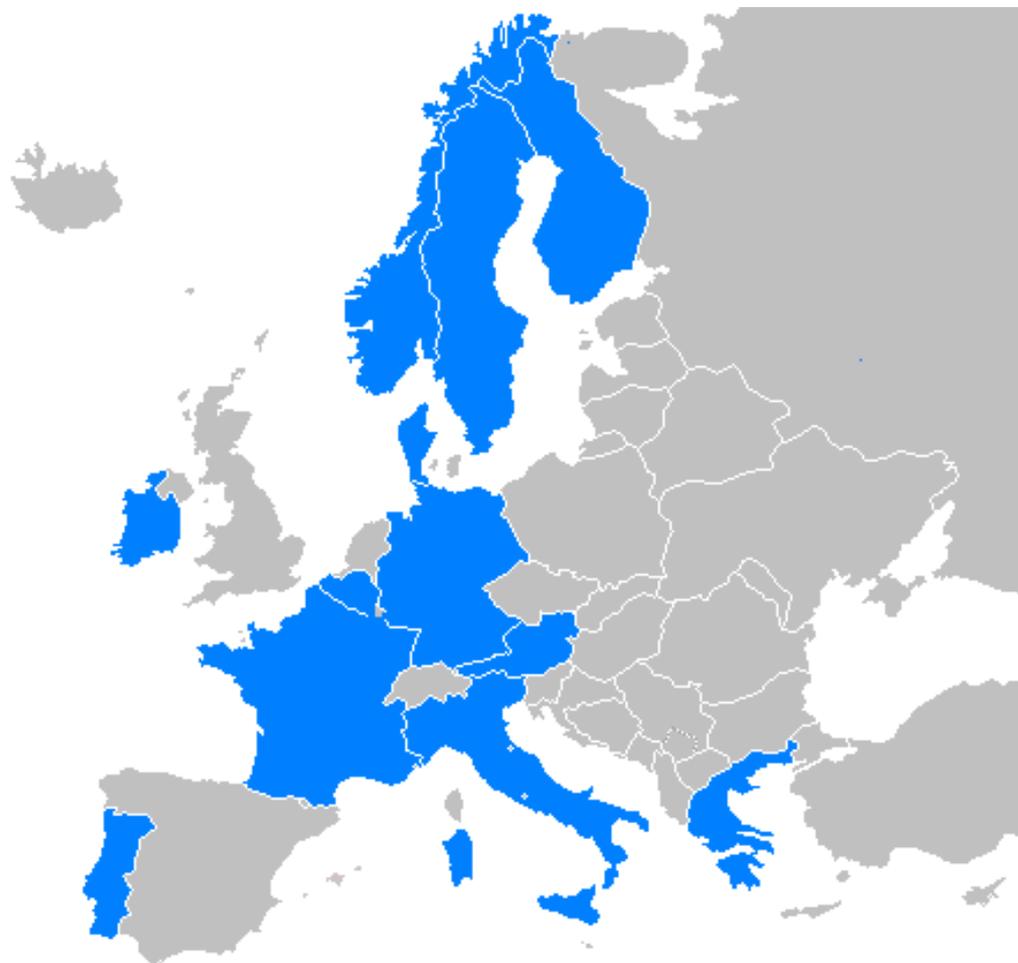




Copago

España: No copago en la atención sanitaria

- ✓ Europa: copago habitual
- ✓ España: no copago



Países con copago en atención sanitaria

Copago en la atención sanitaria en Europa

Copago en los principales países europeos

	Primaria y especializada	Hospitalización	Medicamentos	Bucodental
Suecia	✓	✓	✓	✓
Dinamarca	✓	✓	✓	✓
Francia	✓	✓	✓	✓
Alemania	✓	✓	✓	✓
Austria	✓	✓	✓	✓
Belgica	✓	✓	✓	✓
Finlandia	✓	✓	✓	✓
Irlanda	✓	✓	✓	✓
Luxemburgo	✓	✓	✓	✓
Portugal	✓	✓	✓	✓
Grecia	✓	✗	✓	✓
Italia	✓	✗	✓	✓
España	✗	✗	✓	✓
UK	✗	✗	✓	✓

España: RD 16/2012 de 20 de abril

BOE BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO 

Núm. 98 Martes 24 de abril de 2012 Sec. I. Pág. 31278

I. DISPOSICIONES GENERALES

JEFATURA DEL ESTADO

5403 *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.*

I

La creación del Sistema Nacional de Salud ha sido uno de los grandes logros de nuestro Estado del bienestar, dada su calidad, su vocación universal, la amplitud de sus prestaciones, su sustentación en el esquema progresivo de los impuestos y la solidaridad con los menos favorecidos, lo que le ha situado en la vanguardia sanitaria como un modelo de referencia mundial.

Sin embargo, la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio nacional, el crecimiento desigual en las prestaciones del catálogo, la falta de adecuación de algunas de ellas a la realidad socioeconómica y la propia falta de rigor y énfasis en la eficiencia del sistema han conducido al Sistema Nacional de Salud a una situación de grave dificultad económica sin precedentes desde su creación. Se ha perdido eficacia en la gestión de los recursos disponibles, lo que se ha traducido en una alta morosidad y en un insostenible déficit en las cuentas públicas sanitarias. Se hace, pues, imprescindible la adopción de medidas urgentes que garanticen su futuro y que contribuyan a evitar que este problema persista.

El Sistema Nacional de Salud viene sufriendo situaciones de descoordinación entre los servicios de salud autonómicos lo que se traduce en la aparición de considerables diferencias en las prestaciones y en los servicios a los que acceden los pacientes en las distintas comunidades autónomas. La cohesión territorial y la equidad se han visto puestas en cuestión con determinadas medidas adoptadas durante estos últimos años.

Los datos estructurales y las cifras más significativas del gasto sanitario público muestran que la sanidad pública no puede obviar por más tiempo de una situación claramente incompatible con su imprescindible sostenibilidad y que, al mismo tiempo, ha acarreado consecuencias gravemente perjudiciales para el empleo y la viabilidad de los sectores empresariales que con él se relacionan.

Pero, además, resulta inaplazable hacer frente a los retos actuales de la asistencia sanitaria. Así, el impacto del envejecimiento de la población, la necesidad de incorporar las innovaciones terapéuticas en la terapia clínica, el avance y progreso en la medicina molecular, el desarrollo de los avances en genómica y proteómica y de nuevos fármacos, van a suponer, sin duda, un incremento del gasto sanitario cuyas previsiones deben ser rigurosamente analizadas por los responsables políticos.

El uso racional y la adecuación terapéutica a la duración real de los tratamientos es uno de los temas en los que se debe poner el énfasis. Así, los últimos datos de gestión medioambiental de residuos de medicamentos ponen de manifiesto los preocupantes costes de destrucción de productos desechados sin utilizar o de unidades excedentes de las pautas terapéuticas establecidas, que no sólo confirman la necesidad de mejorar la eficiencia en el proceso de prescripción, dispensación y uso de medicamentos, sino que alertan de los preocupantes costes medioambientales derivados.

II

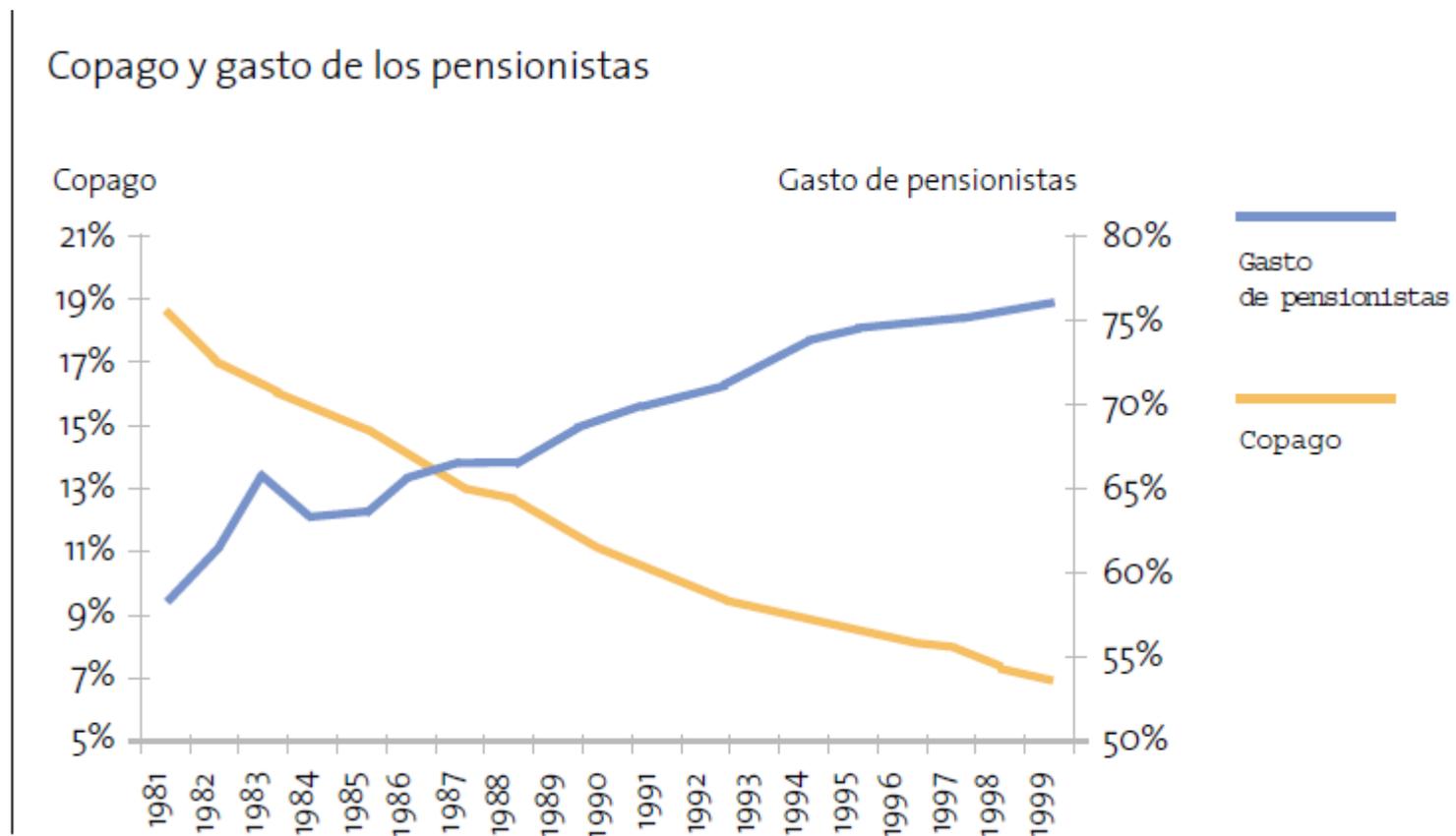
Todos los países de la Unión Europea están analizando y adoptando medidas que permiten optimizar sus modelos asistenciales y farmacéuticos y, en especial, el gasto

046 BOE-A-2012-5403

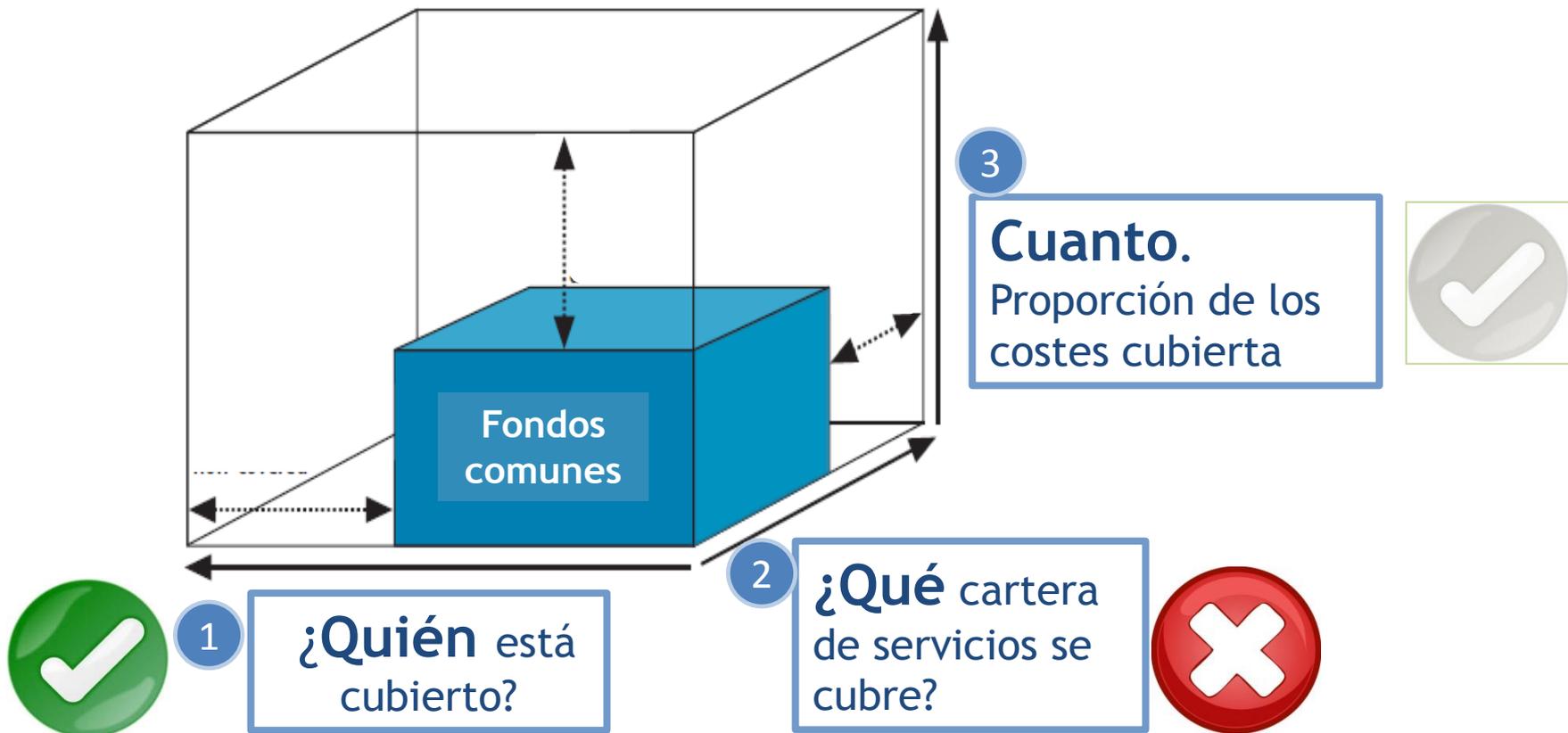
Aumento del copago

España: Copago en farmacia. Disminución contribución efectiva en fármacos

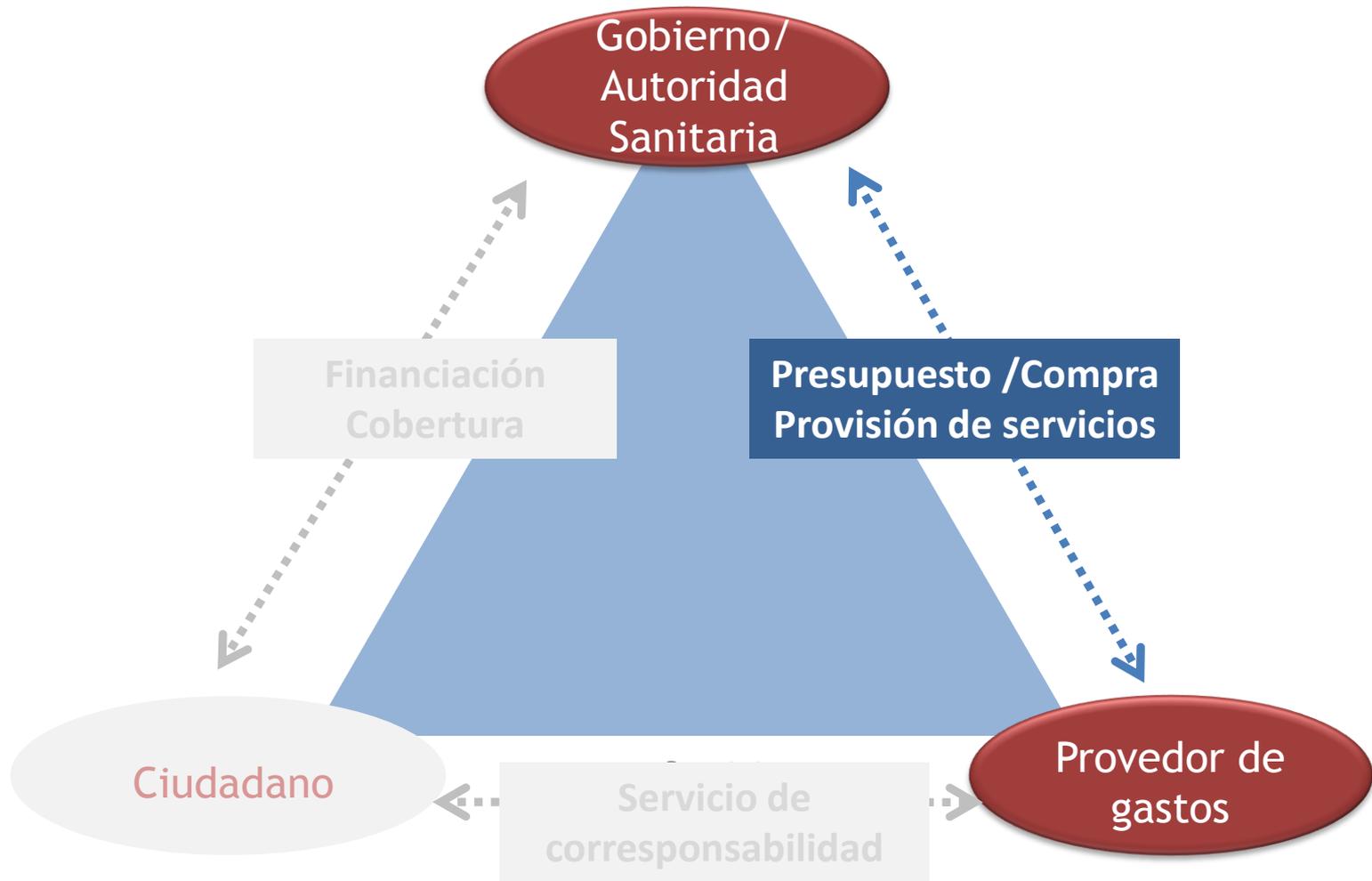
Incremento del gasto en farmacia y aumento progresivo de la parte gratuita



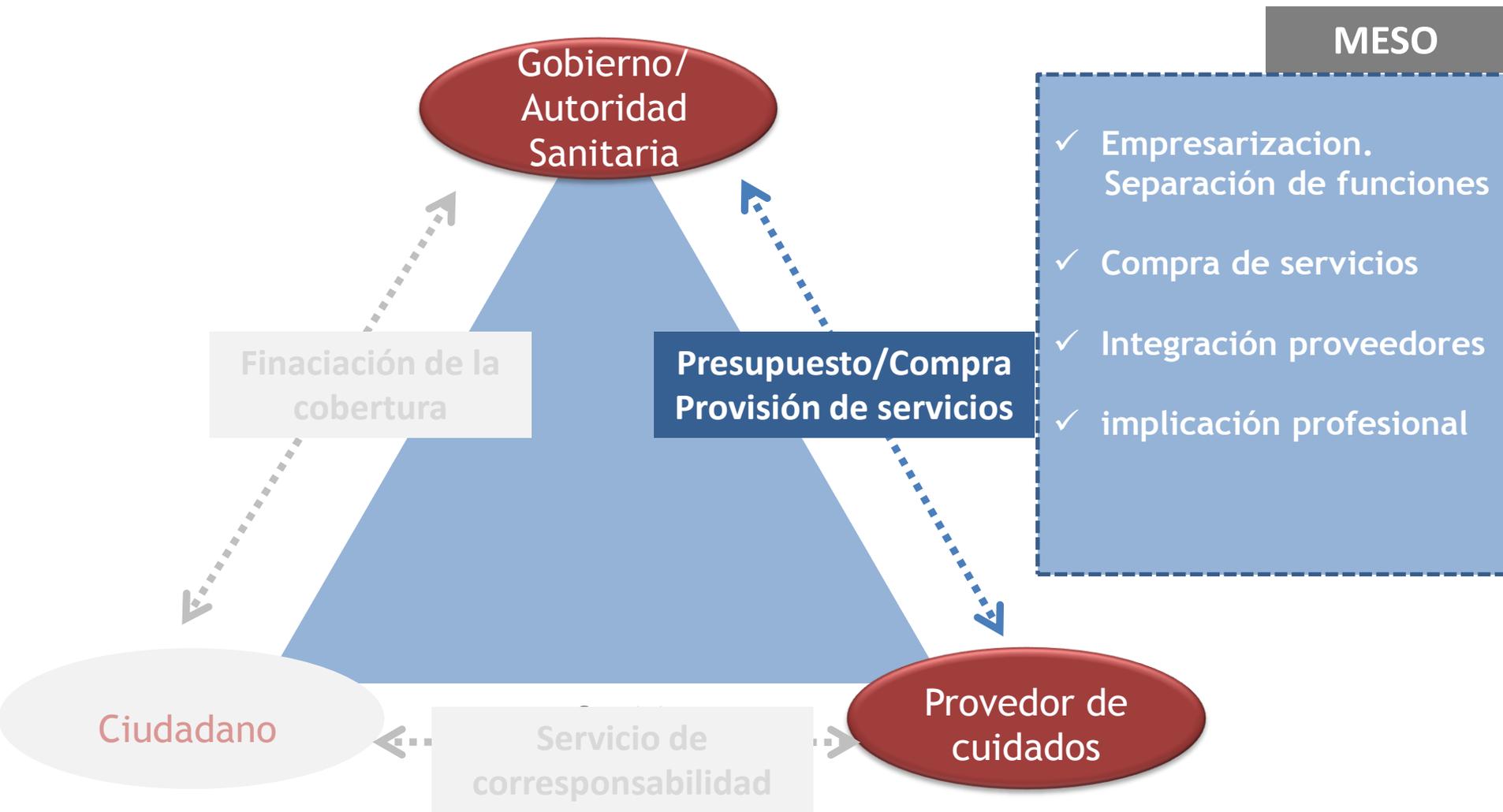
Cobertura



Áreas de actuación. Reformas

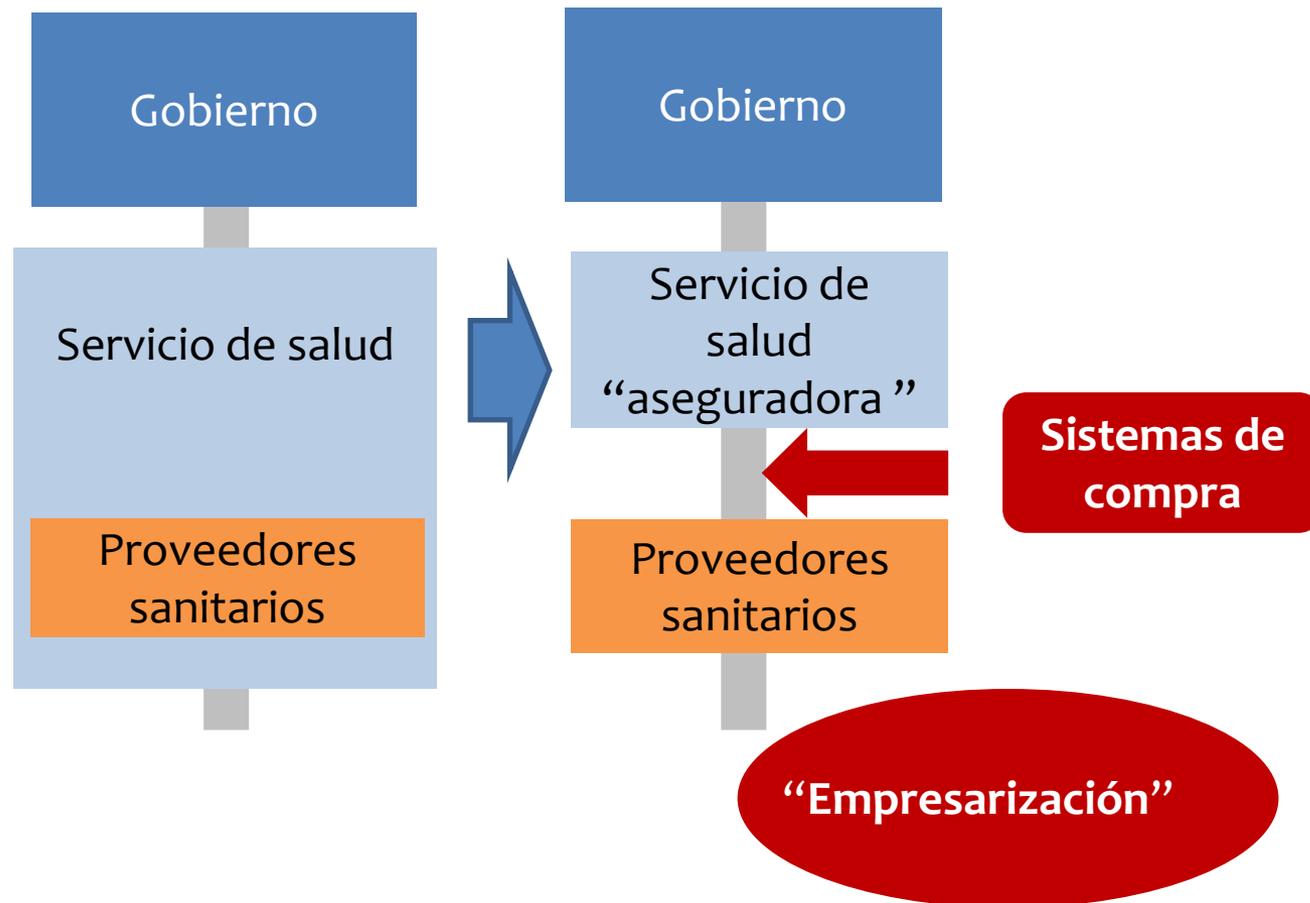


Áreas de actuación. Reformas



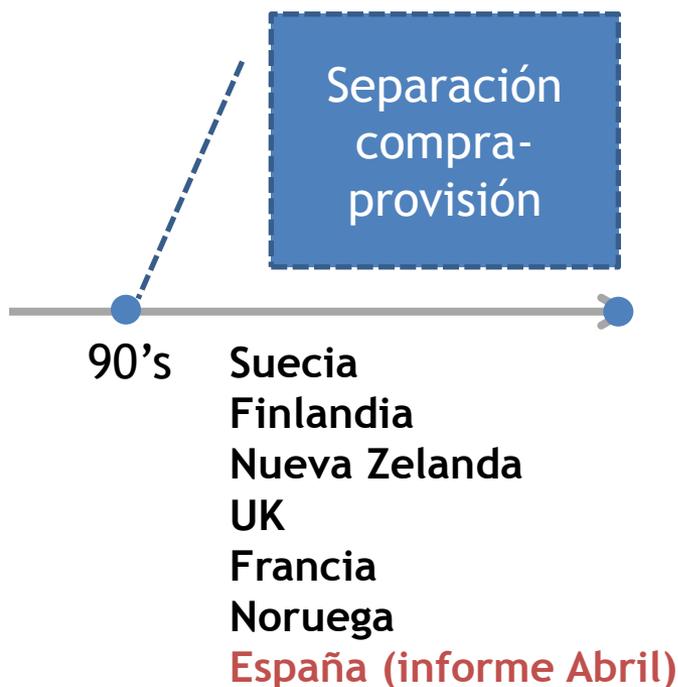
Sistemas de compra de servicios

Separación compra-provisión



Separación de funciones/empresarialización

- ✓ A partir de 1991 creación del “mercado Interno”
- ✓ Introducción de la separación compra-provisión



McKinsey Quarterly



Reforming the public sector in a crisis:

An interview with Sweden's former prime minister

Göran Persson has lived a story that should encourage leaders around the world: how to stay in power while pursuing a harsh crisis program that requires sacrifices throughout society.

Alastair Levy and Nick Lovegrove

Government leaders around the world face a daunting dual challenge: they must control and, in the long term, slash major budget deficits fueled by the economic crisis while at the same time improving the performance of the public sector so that it can meet its complex and ever-rising obligations.

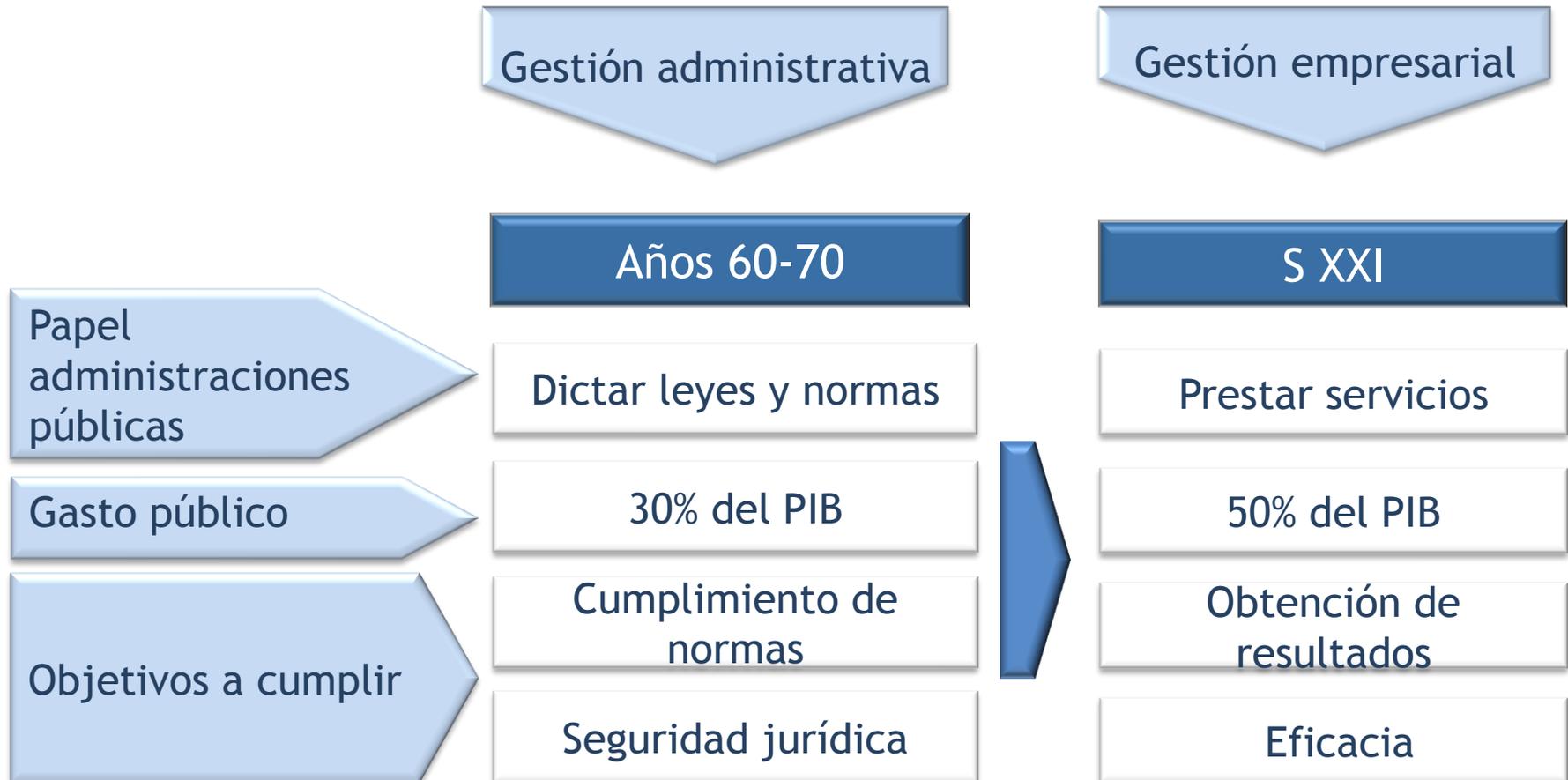
Former Swedish prime minister Göran Persson is no stranger to that challenge. Even his political foes recognize his achievement.

In the early 1990s, Sweden suffered its deepest recession since the Great Depression. Although the Swedish crisis was homegrown, its causes and effects resemble the events unfolding in the world today. After years of strong domestic growth driven by easy credit and high leverage, a real-estate bubble burst, leading to the collapse and partial nationalization of the banking sector. Domestic demand plunged as the household savings ratio soared by 13 percentage points. In three years, public debt doubled, unemployment tripled, and the government budget deficit increased tenfold, to more than 10 percent of GDP, the largest in any OECD¹ country at the time.

Alastair Levy is a consultant in McKinsey's London office, and Nick Lovegrove is a director in the Washington, DC, office.

¹ Organisation for Economic Co-operation and Development.

La necesidad de la gestión pública empresarial



Formas de gestión pública

GESTIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS:



- Gestión indiferenciada
- Servicio público personalitzado
- Sociedad pública mercantil
- Consortio
- Fundación



- Concierto
- Concesión



- Gestión interesada
- Sociedad de Economía Mixta

Formas de gestión pública

GESTIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS:



- **Gestión indiferenciada**
- Servicio público personalizado
- Sociedad pública mercantil
- Consorcio
- Fundación

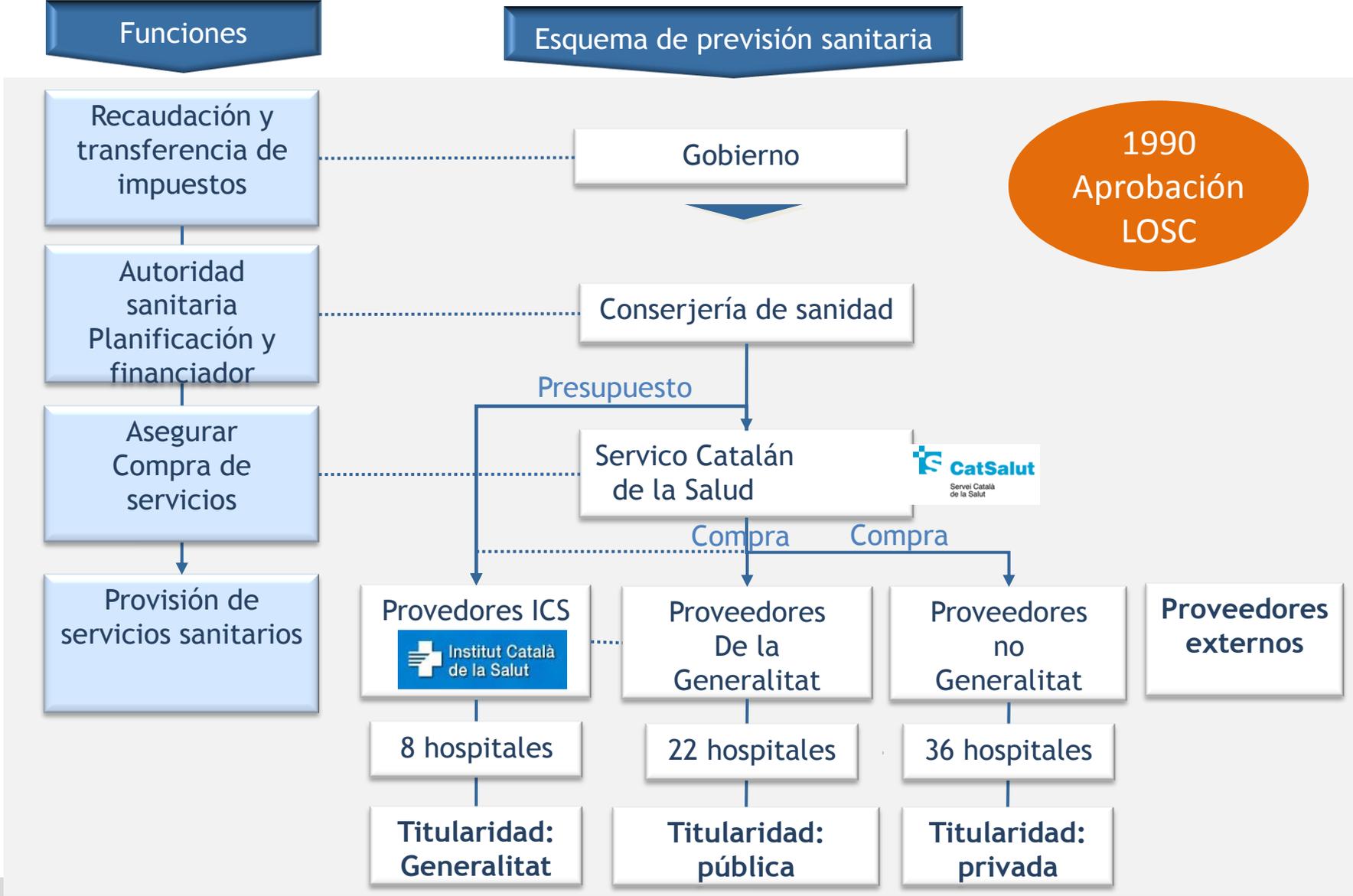


- Concierto
- Concesión



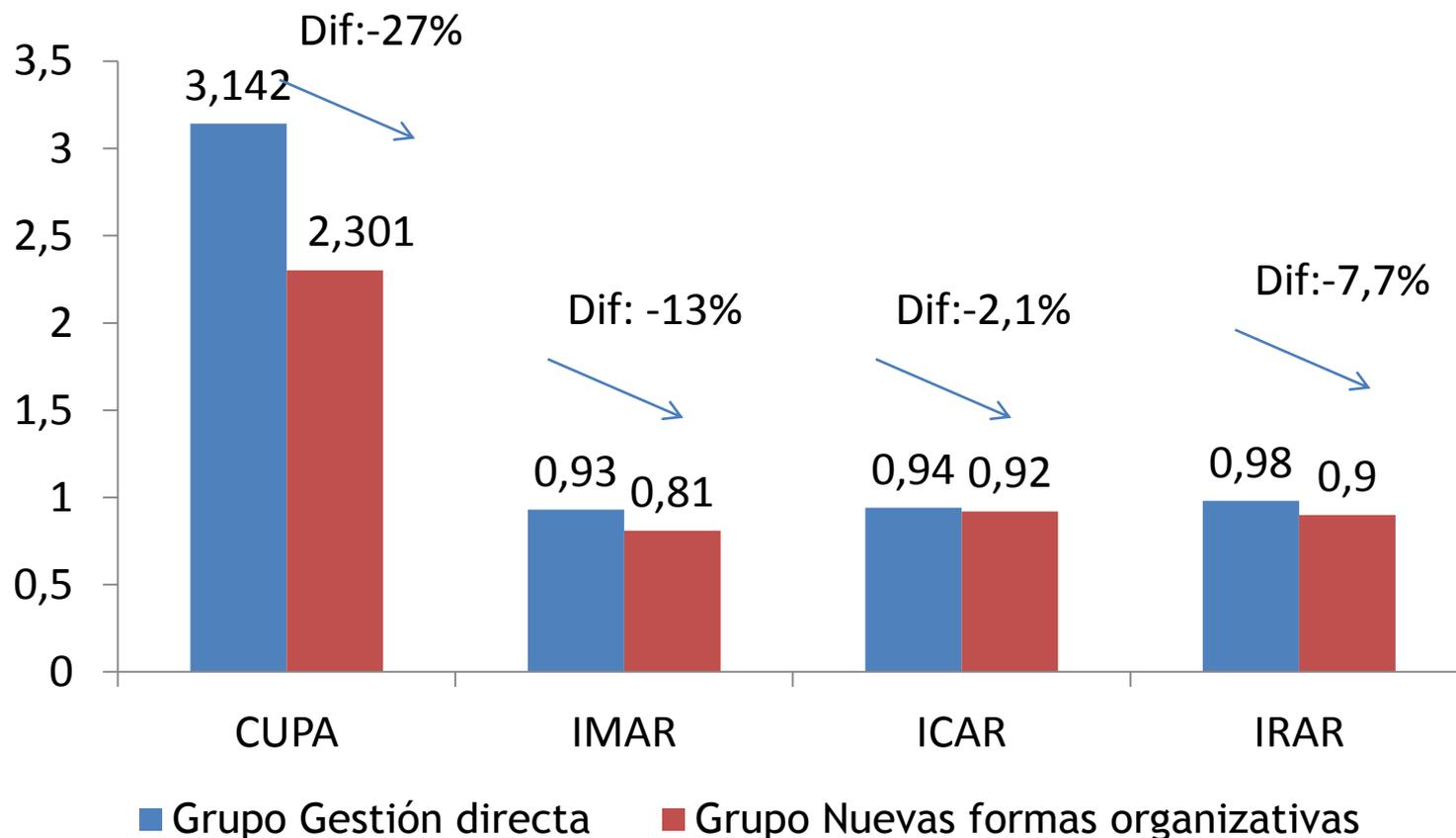
- Gestión interesada
- Sociedad de Economía Mixta

Cataluña: Sistema de separación compra-provisión



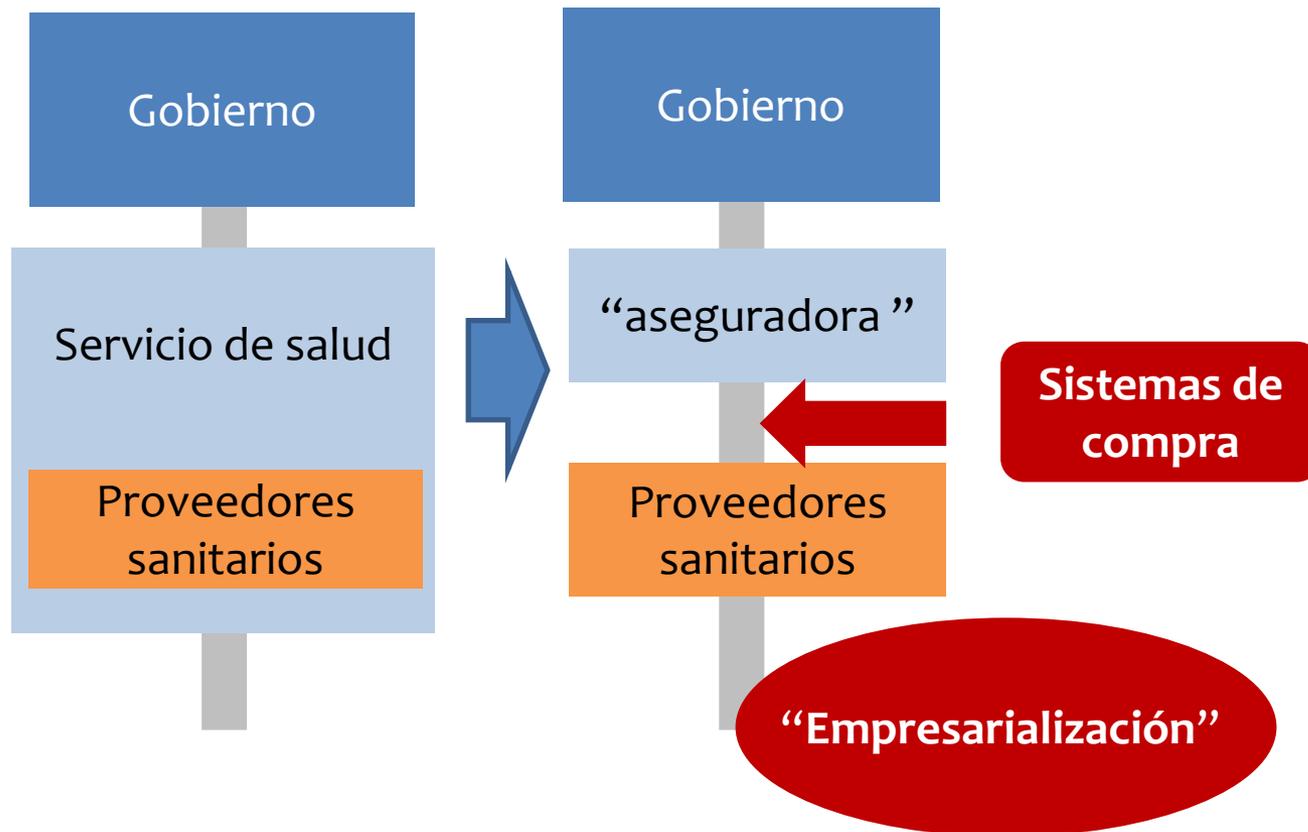
Diferencias en los resultados entre centros con la gestión directa y concertados

Diferencias en indicadores de gastos y resultados, IASIST 2012

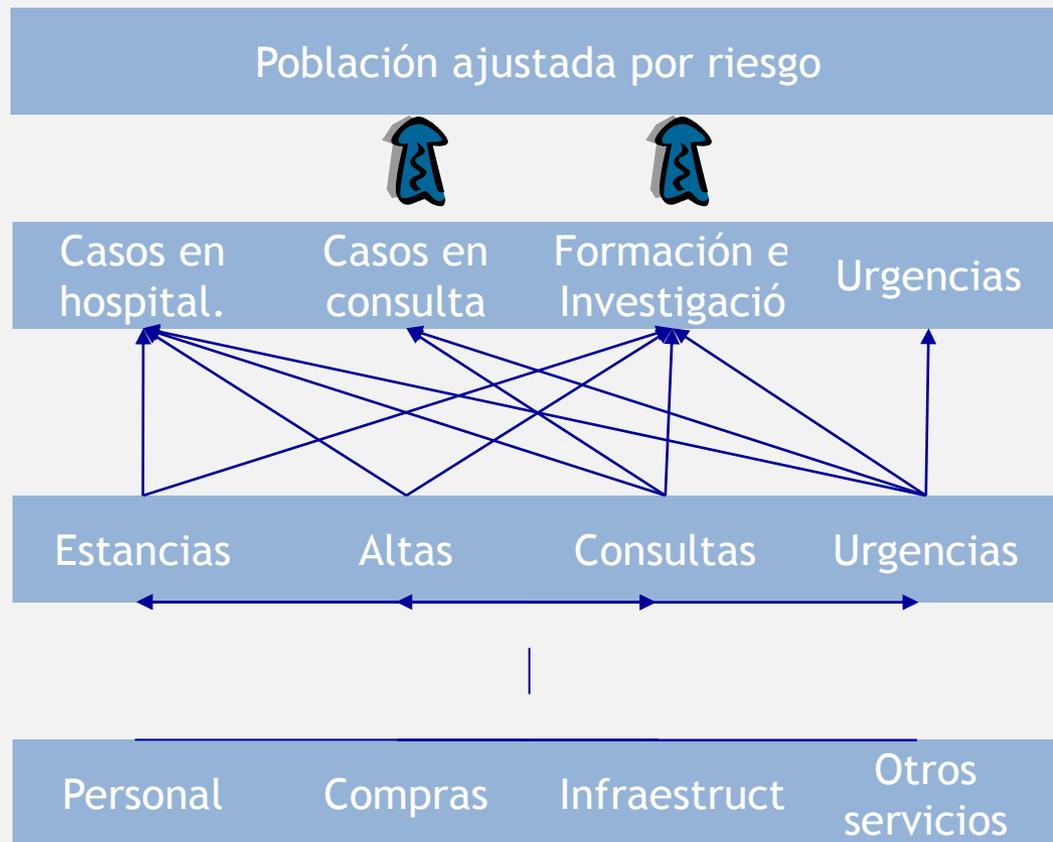


Sistemas de compra de servicios

Separación compra-provisión



Sistemas de compra de servicios



Financiación
capitativa

Financiación por
casemix

Presupuesto
corregido por
actividad

Financiación por
presupuesto

Resultados

Compra de servicios

Presupuesto

España
Turquía
Islandia
Luxemburgo
Portugal

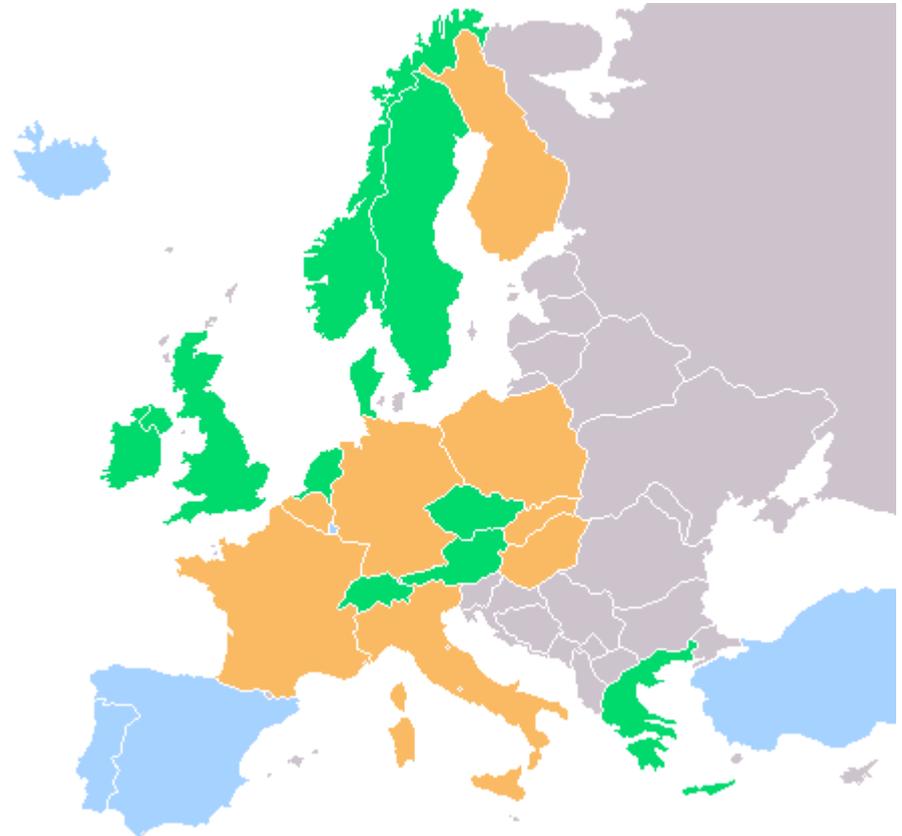
Presupuesto más actividad

República Checa
Dinamarca
Irlanda
Holanda
Noruega
UK
Suecia
Austria
Grecia
Suiza

Actividad

Bélgica
Finlandia
Francia
Alemania
Hungría
Italia
Polonia
República Eslovaca

Formas de pago a proveedores europeos



Tendencia actual: Introducción de resultados en los contratos con los centros sanitarios

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England

Stephen M. Campbell, Ph.D., David Reeves, Ph.D., Evangelos Kontopantelis, Ph.D., Bonnie Sibbald, Ph.D., and Martin Roland, D.M.

ABSTRACT

BACKGROUND

A pay-for-performance scheme based on meeting targets for the quality of clinical care was introduced to family practice in England in 2004.

METHODS

We conducted an interrupted time-series analysis of the quality of care in 42 representative family practices, with data collected at two time points before implementation of the scheme (1998 and 2003) and at two time points after implementation (2005 and 2007). At each time point, data on the care of patients with asthma, diabetes, or coronary heart disease were extracted from medical records; data on patients' perceptions of access to care, continuity of care, and interpersonal aspects of care were collected from questionnaires. The analysis included aspects of care that were and those that were not associated with incentives.

RESULTS

Between 2003 and 2005, the rate of improvement in the quality of care increased for asthma and diabetes ($P < 0.001$) but not for heart disease. By 2007, the rate of improvement had slowed for all three conditions ($P < 0.001$), and the quality of those aspects of care that were not associated with an incentive had declined for patients with asthma or heart disease. As compared with the period before the pay-for-performance scheme was introduced, the improvement rate after 2005 was unchanged for asthma or diabetes and was reduced for heart disease ($P = 0.02$). No significant changes were seen in patients' reports on access to care or on interpersonal aspects of care. The level of the continuity of care, which had been constant, showed a reduction immediately after the introduction of the pay-for-performance scheme ($P < 0.001$) and then continued at that reduced level.

CONCLUSIONS

Against a background of increases in the quality of care before the pay-for-performance scheme was introduced, the scheme accelerated improvements in quality for two of three chronic conditions in the short term. However, once targets were reached, the improvement in the quality of care for patients with these conditions slowed, and the quality of care declined for two conditions that had not been linked to incentives. Continuity of care was reduced after the introduction of the scheme.

El nuevo esquema **aceleró las mejoras** de indicadores para dos o tres condiciones crónicas **a corto plazo**

No obstante, **a medio plazo**, la **mejora** de los indicadores **disminuyó** así como los indicadores de **otras patologías** que no se habían ligado a objetivos.

Compra de servicios

HBR.ORG

Harvard Business Review

OCTOBER 2013
REPRINT R1310B

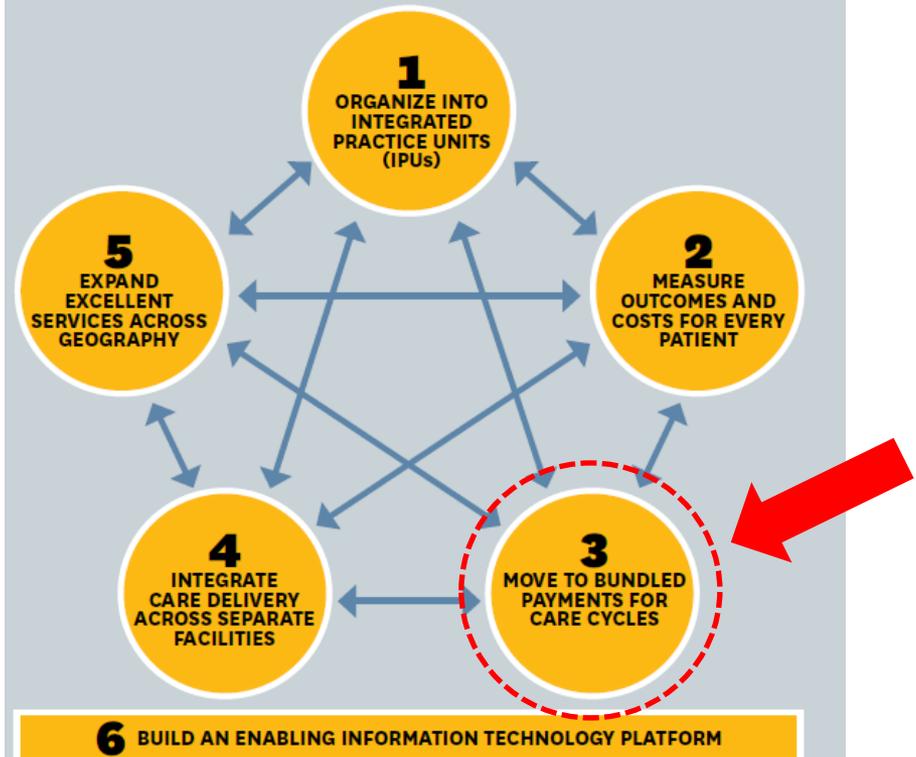
THE BIG IDEA

The Strategy That Will Fix Health Care

Providers must lead the way in making value the overarching goal by Michael E. Porter and Thomas H. Lee

The Value Agenda

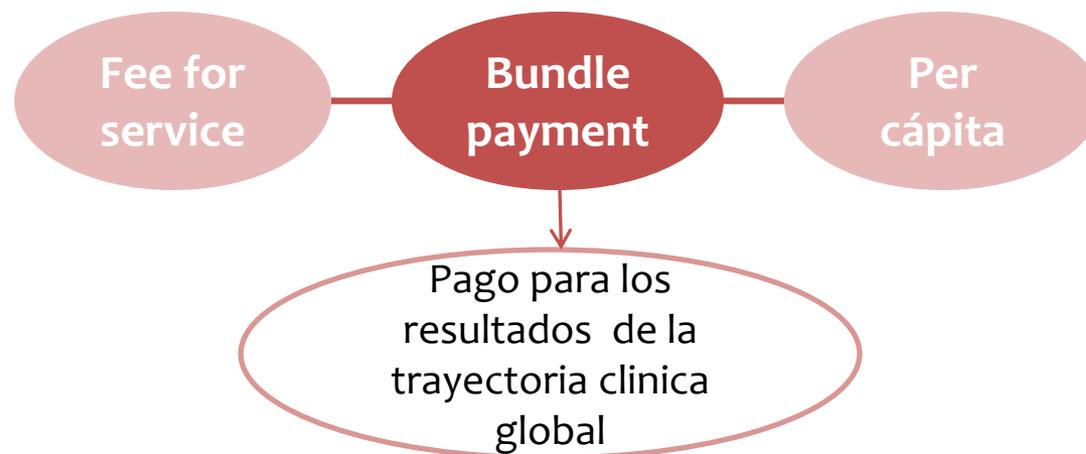
The strategic agenda for moving to a high-value health care delivery system has six components. They are interdependent and mutually reinforcing. Progress will be greatest if multiple components are advanced together.



Compra de servicios- Bundle payment

“Bundle payment” (USA). Affordable care act. 2010

Reembolso “en base a los costes previstos para episodios de cuidados claramente definidos”



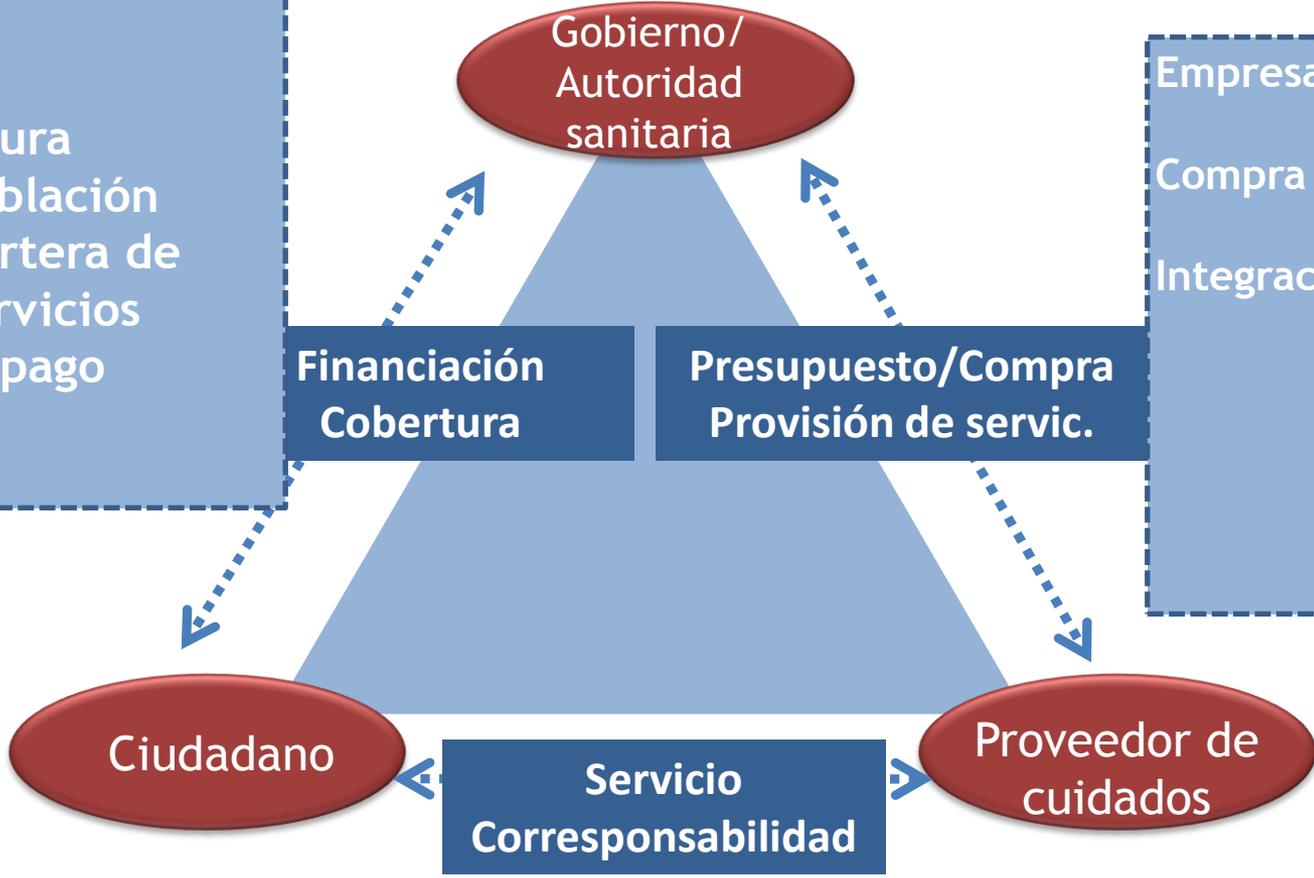
Reformas estructurales y barreras

MACRO

- ✓ Cobertura
 - Población
 - Cartera de servicios
 - Copago

MESO

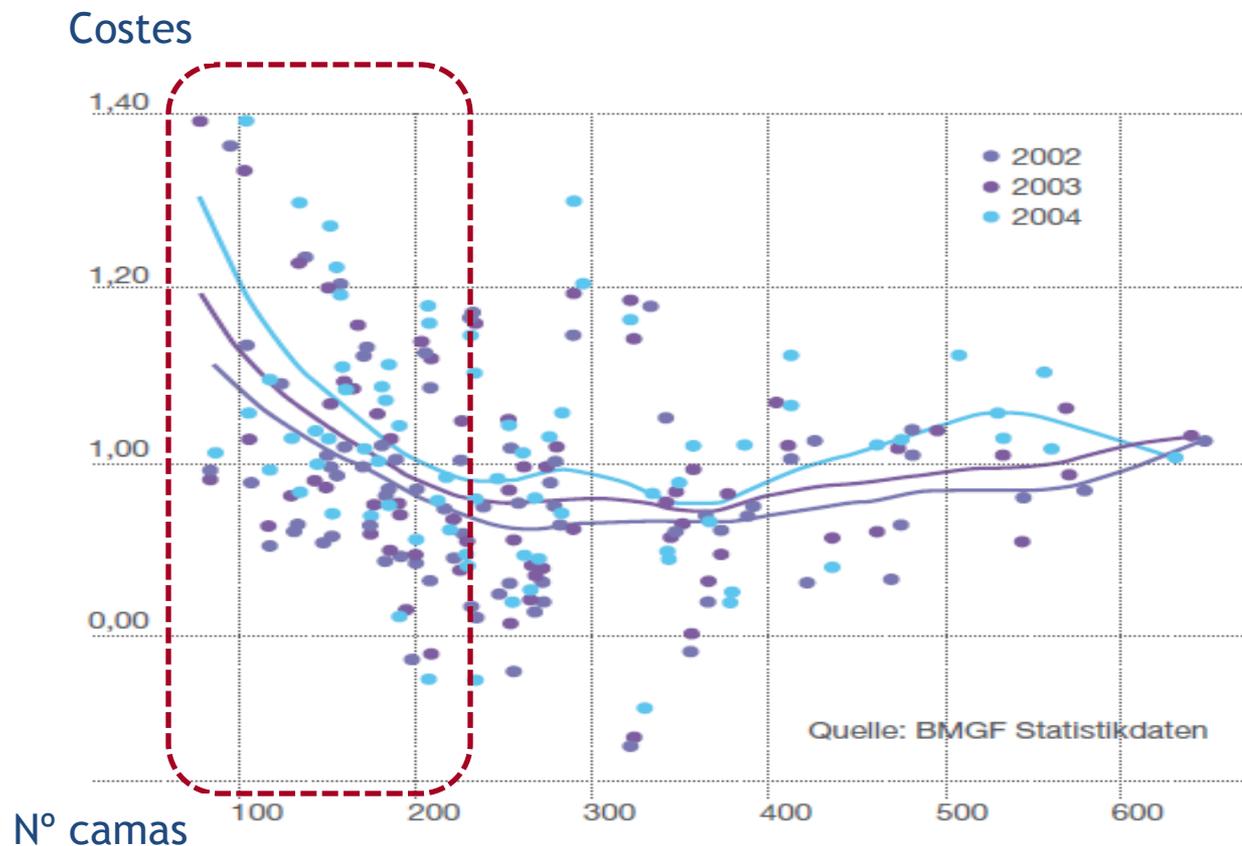
- Empresarización
- Compra de servicios
- Integración proveedores



Integración horizontal

Aumento del coste medio al disminuir el tamaño de hospital

Relación entre coste medio y tamaño de los hospitales en varios países europeos



Integración organizacional: fusiones de hospitales universitarios en otros países

Suecia, 2004: Fusión de dos hospitales universitarios de Estocolmo para crear el Karolinska University Hospital

Creación de uno de los hospitales universitarios más grandes de Europa

Mantenimiento de dos sedes (Solna y Huddinge)

Razones para la fusión:

- ✓ Ahorro de costes
- ✓ Excelencia en la investigación (2.100 investigadores; 3.200 artículos en revistas científicas/año)

 **KAROLINSKA**
University Hospital



Table 2: Key figures of university hospitals

	KH (2003)	HUH (2003)	KUH (2004)
Turnover (€M)	560	455	1030
Staff	8362	6565	15 393
Beds	1045	1089	1700
Visits	845 018	611 962	1400 000
Discharges	59 998	46 787	104 361
<i>Year established</i>	<i>1940</i>	<i>1972</i>	<i>2004</i>

Integración organizacional: fusiones de hospitales universitarios en otros países

UK: Fusión de dos hospitales en Londres para crear el Guy's & St Thomas

Dos de los hospitales universitarios más antiguos y conocidos de Londres, parte del NHS, en las proximidades de Lambeth and Southwark

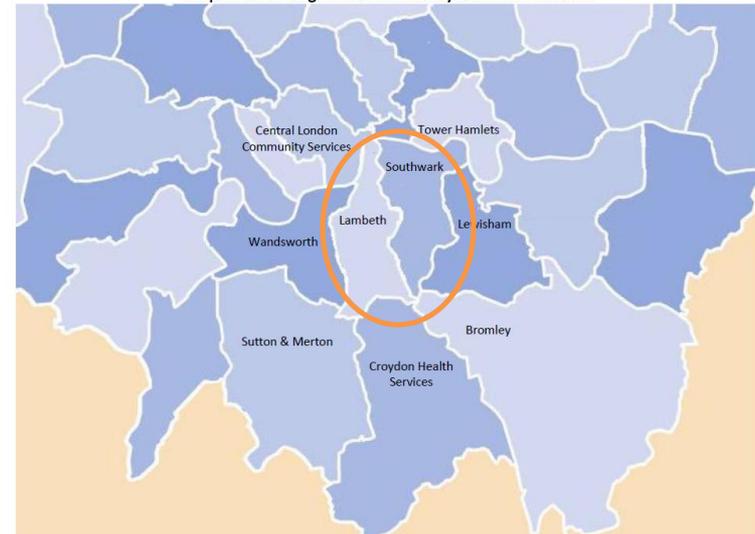
Hospitales separados y rivales antes de la fusión

Tras fusión:

- ✓ 900.000 contactos con pacientes/año
- ✓ Ingresos de 930 millones £ (2009/10)



FIGURE 1
Map of other large NHS Community Services Providers



1172

1725

1993

2005

2008

St. Thomas
Hospital

Guy's
Hospital

Fusión de los dos
hospitales: Guy's
& St. Thomas
Foundation Trust

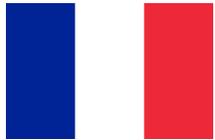
El hospital recibió el
máximo de tres estrellas por
el cuarto año consecutivo
en el esquema de evaluación
del rendimiento nacional
para el NHS

El hospital fue
calificado como
"excelente" por la
calidad de servicios y
por la gestión
financiera por la CQC

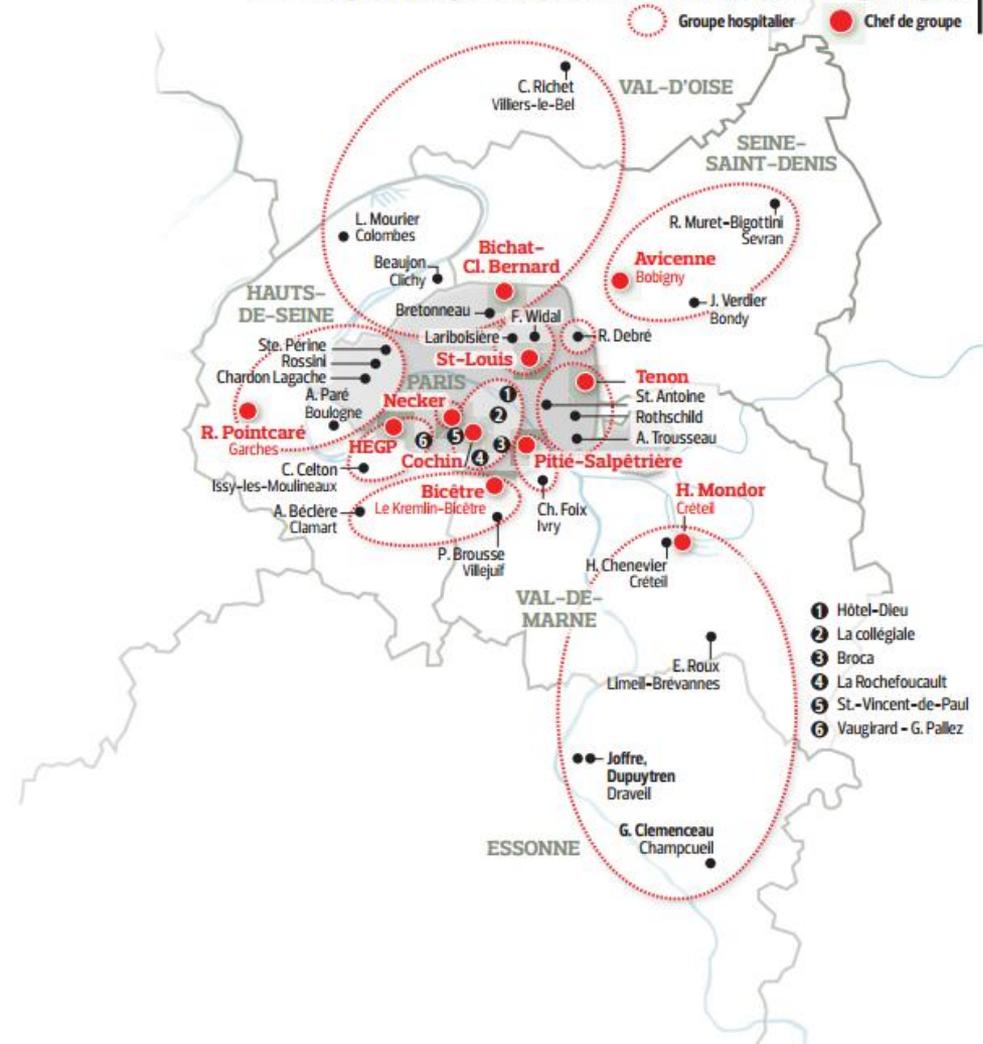


Integración organizacional

Francia: Concentración de los hospitales de Paris.
37 hospitales que pasan a 12 grupos



37 hôpitaux qui doivent être réunis en **12** groupes



Integración vertical

Ejemplos de integración vertical

Nacional. Áreas integradas



Cataluña: OSIs



Corporació de Salut
del Maresme i la Selva



CONSORCI SANITARI
DEL MARESME

Valencia



ribera salud grupo

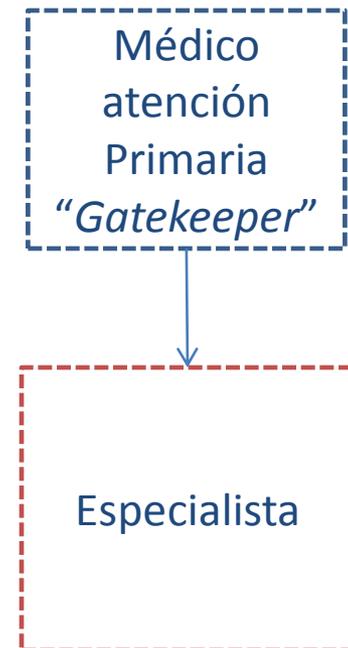
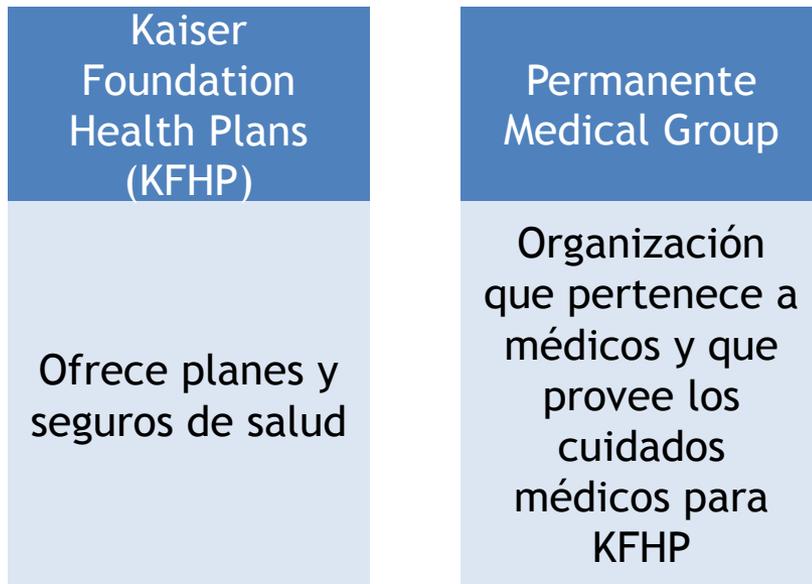
El Modelo Alzira
un modelo de salud



Experiencias: modelos con un nivel mayor de integración



- Consorcio de gestión integrada. Proveedor de 8 regiones de EEUU. “HMO” (*Health Management Organization*)
- Integrado por dos tipos de organizaciones:



Experiencias: modelos con alto nivel de integración



Prácticas:

1. Integración real entre niveles
2. Atención de pacientes en el nivel más coste-efectivo (Minimizar el tiempo que los pacientes pasan en hospitales de coste elevado)
3. Sistemas de Información sofisticados y eficientes
4. Médicos asalariados (para evitar procedimientos innecesarios)

Algunos resultados:

- Énfasis en prevención y programas para crónicos
- Menor N° de ingresos hospitalarios: 1/3 camas que usan en el NHS*
- Menor Estancia Media
- Tiempos de espera para ver un especialista en NHS: 6 veces más que en KP

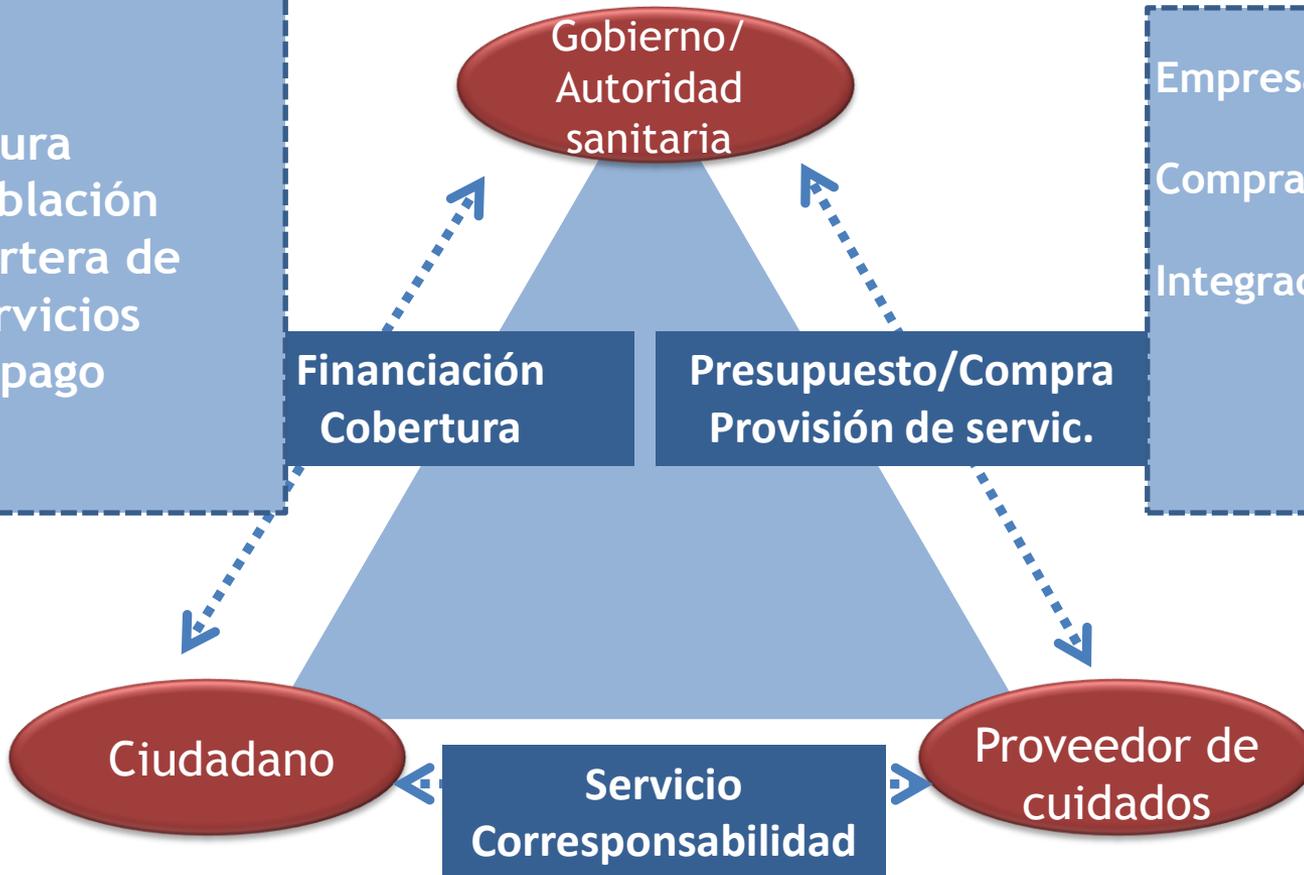
Reformas estructurales y barreras

MACRO

- ✓ Cobertura
 - Población
 - Cartera de servicios
 - Copago

MESO

- Empresarialización
- Compra de servicios
- Integración proveedores



Reformas estructurales y barreras

MACRO

MESO

- ✓ Cobertura
 - Población
 - Cartera de servicios
 - Copago

Financiación
Cobertura

Presupuesto/Compra
Provisión de servicios

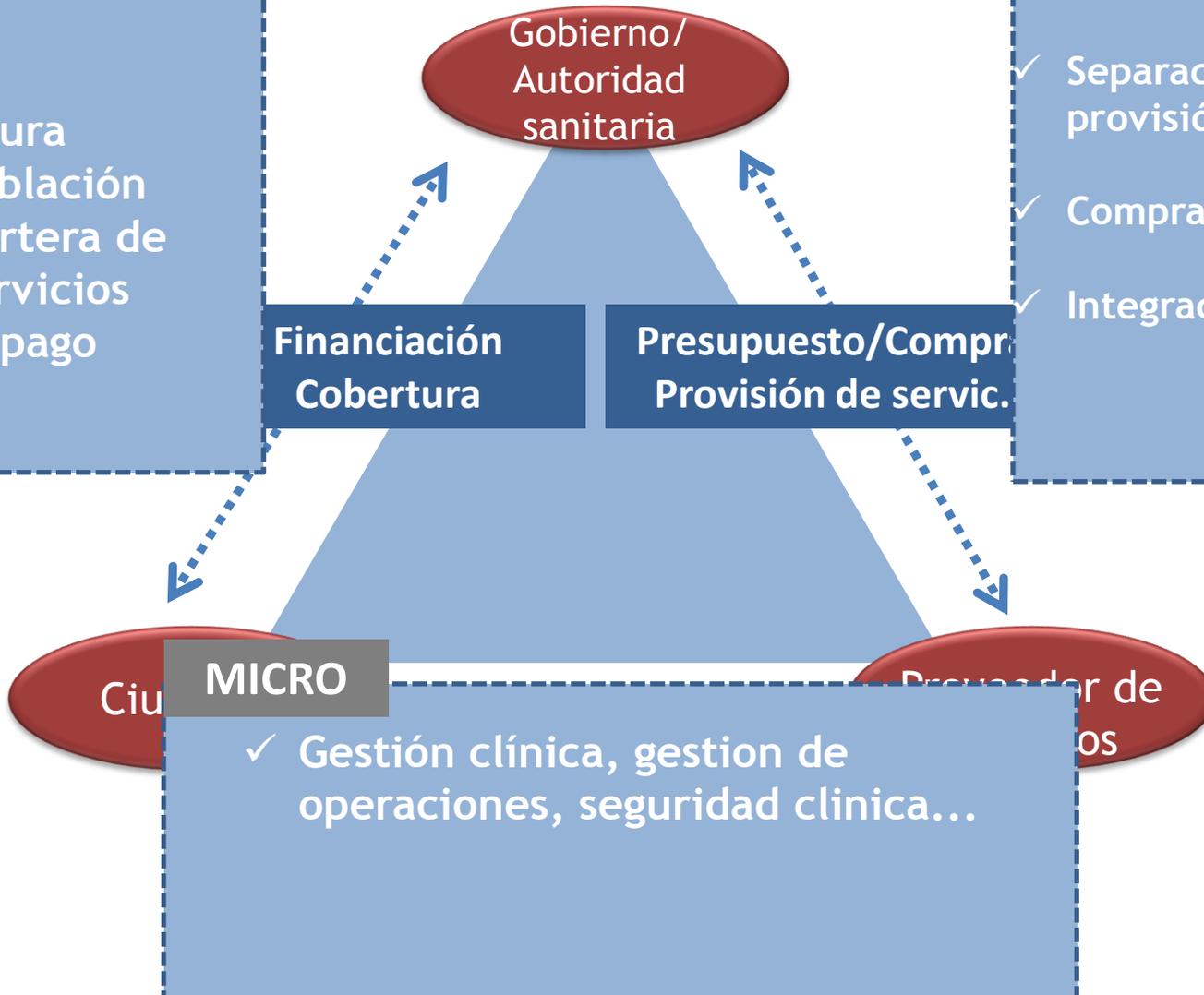
- ✓ Separación compra
provisión
- ✓ Compra de servicios
- ✓ Integración proveedores

Ciudadanos

MICRO

- ✓ Gestión clínica, gestión de operaciones, seguridad clínica...

Proveedores de servicios



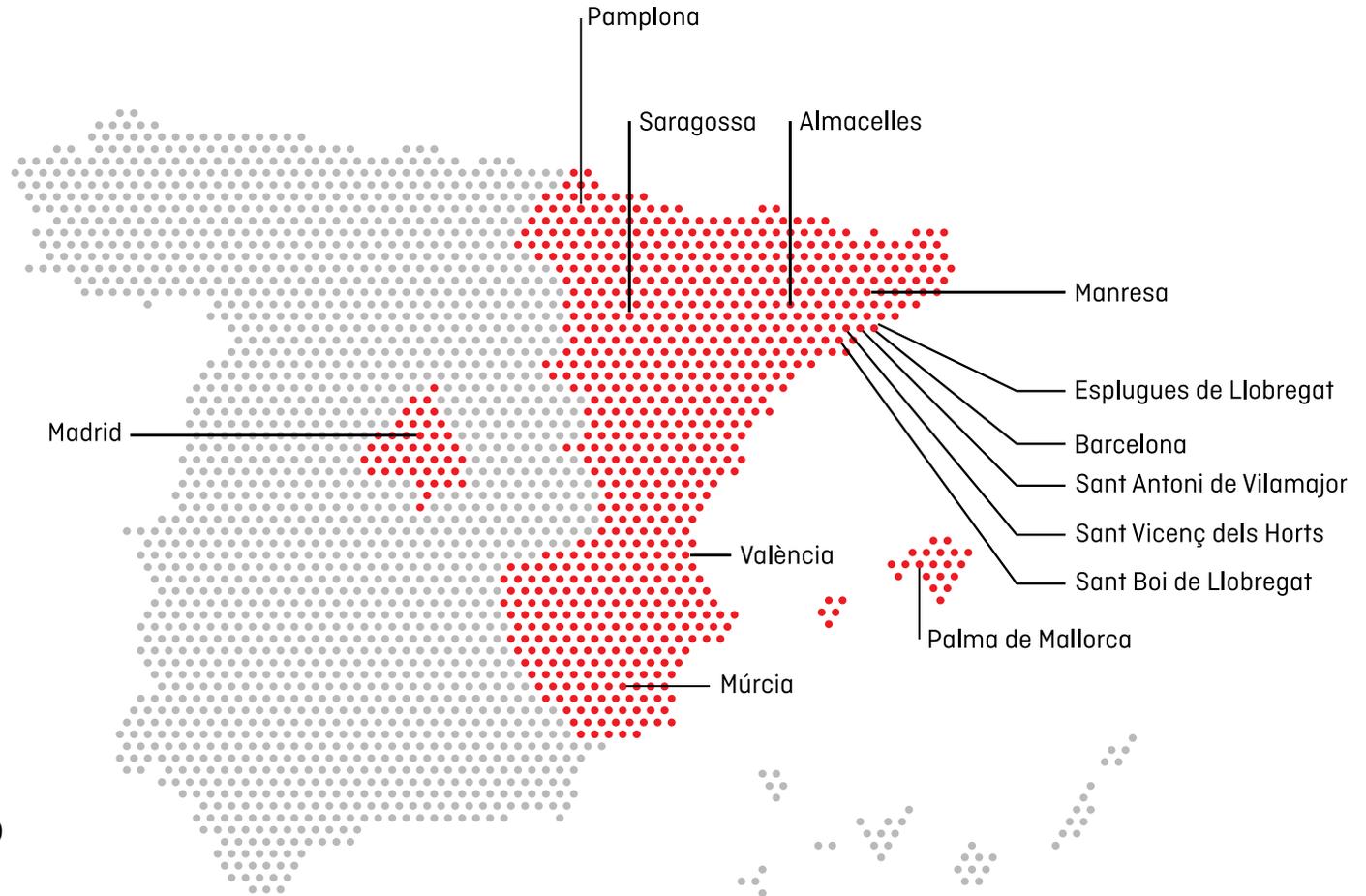


Presencia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios



5 continents
53 països
400 centres
925 germans
45.000 professionals
8.000 voluntaris

Presencia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios



Província d'Aragó

19 centres

77 germans

5.394 col·laboradors

1.338 voluntaris

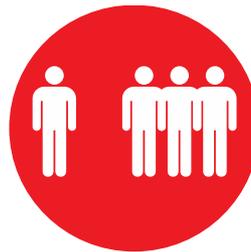
Àmbits de actuació en Catalunya



Infància
Hospital Materno-Infantil
Esplugues



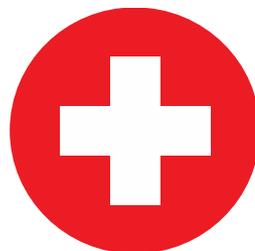
Gent gran, Dependència
Fundació Sociosanitària Esplugues
Fundació d'Atenció a la Dependència



Exclusió social
Serveis Socials
Barcelona



Salut Mental i Discapacitat,
Parc Sanitari. Salut mental
Sant Joan de Déu Lleida
Centre Assistencial Almacelles
Fundació Germà Tomàs Canet
CET El Pla
CET IntecServeis



Hospital General
Parc Sanitari Sant Boi



Coneixement
Campus Docent
Fundació de recerca

Parametros principales

Actividad 2015



25.465

Altas

239.248

CEX

120.836

Urgencias

14.362

Intervenciones quirúrgicas

3.356

Partos

Recursos 2015



1.694

Plantilla equivalente

320

Camas disponibles

3.356

Quirofanos

Datos económicos



148.8 M€

Presupuesto

5.9 M€

Inversiones

Evolución del hospital

1867



**Hospital de
Beneficencia**

1973



**Hospital
Pediátrico
General**

Concierto
Seguridad
Social

2004



**Hospital
Terciario**

Programa
Pi.hoS

La població

El compromís amb la població i la promoció de la salut infantil



L'assistència

Alta especialització.

La investigació

Generació de nou coneixement com a element diferenciador



La docència

Millorar la capacitat professional i el prestigi de la organització



L'hospitalitat

Construir el model d'atenció a partir dels valors



L'organització

La gestió basada en el compromís dels professionals amb la missió

La sostenibilitat i els serveis de suport

Modernització de infraestructures i millora del finançament

Programa

Pla d'Innovació

- **Increment de la especialització i de la complexitat**
- **Impuls a la recerca i la docència**
- **Millora de la concertació i diversificació d'ingressos**
- **Millora de les infraestructures**
- **Els valors com eix central de la organització**

Evolución del hospital

1867



**Hospital de
Beneficencia**

1973



**Hospital
Pediátrico
General**

Concierto
Seguridad
Social

2004



**Hospital
Terciario**

Programa
Pi.hoS

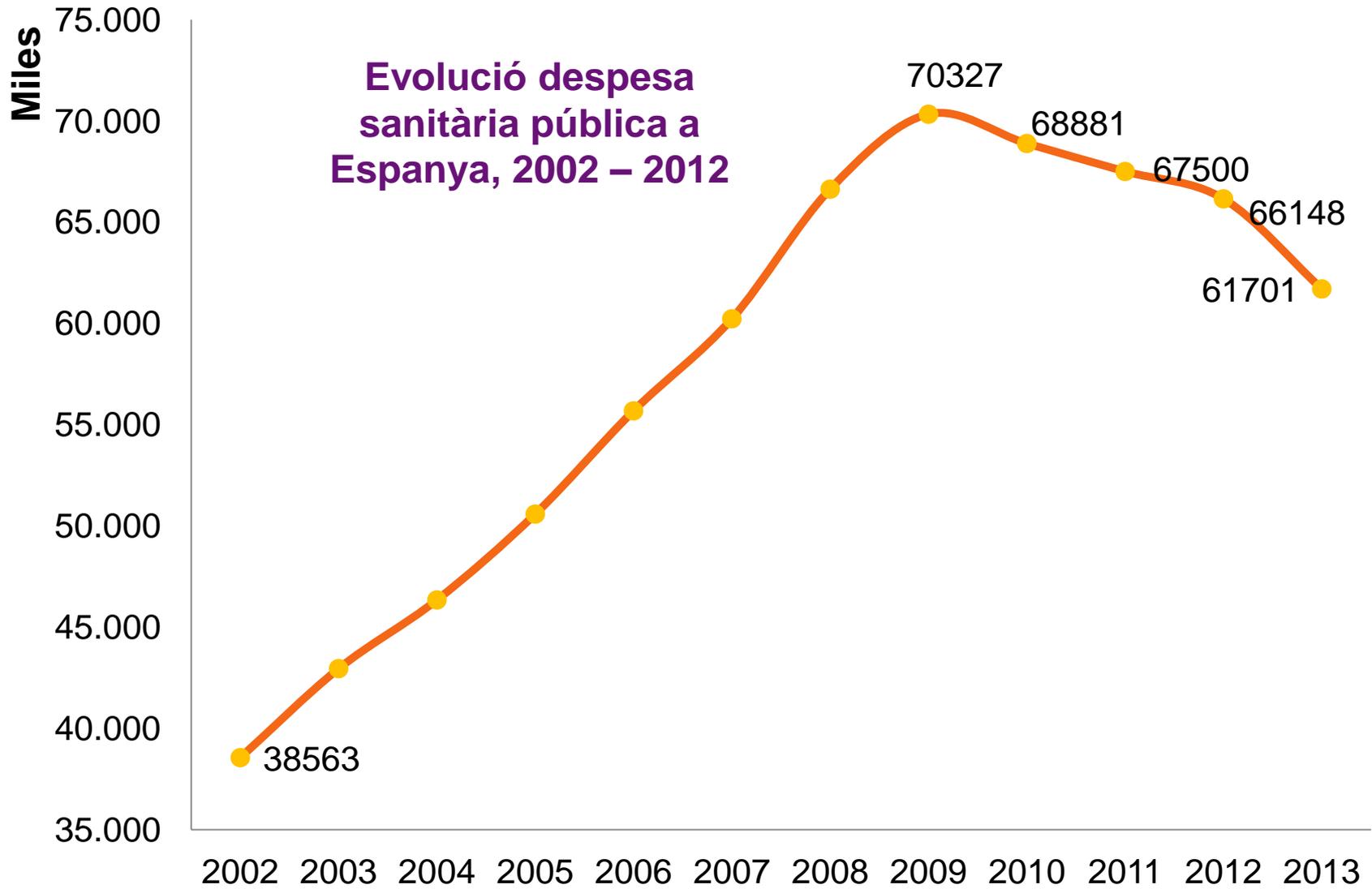
Crisis



Cambio en el entorno

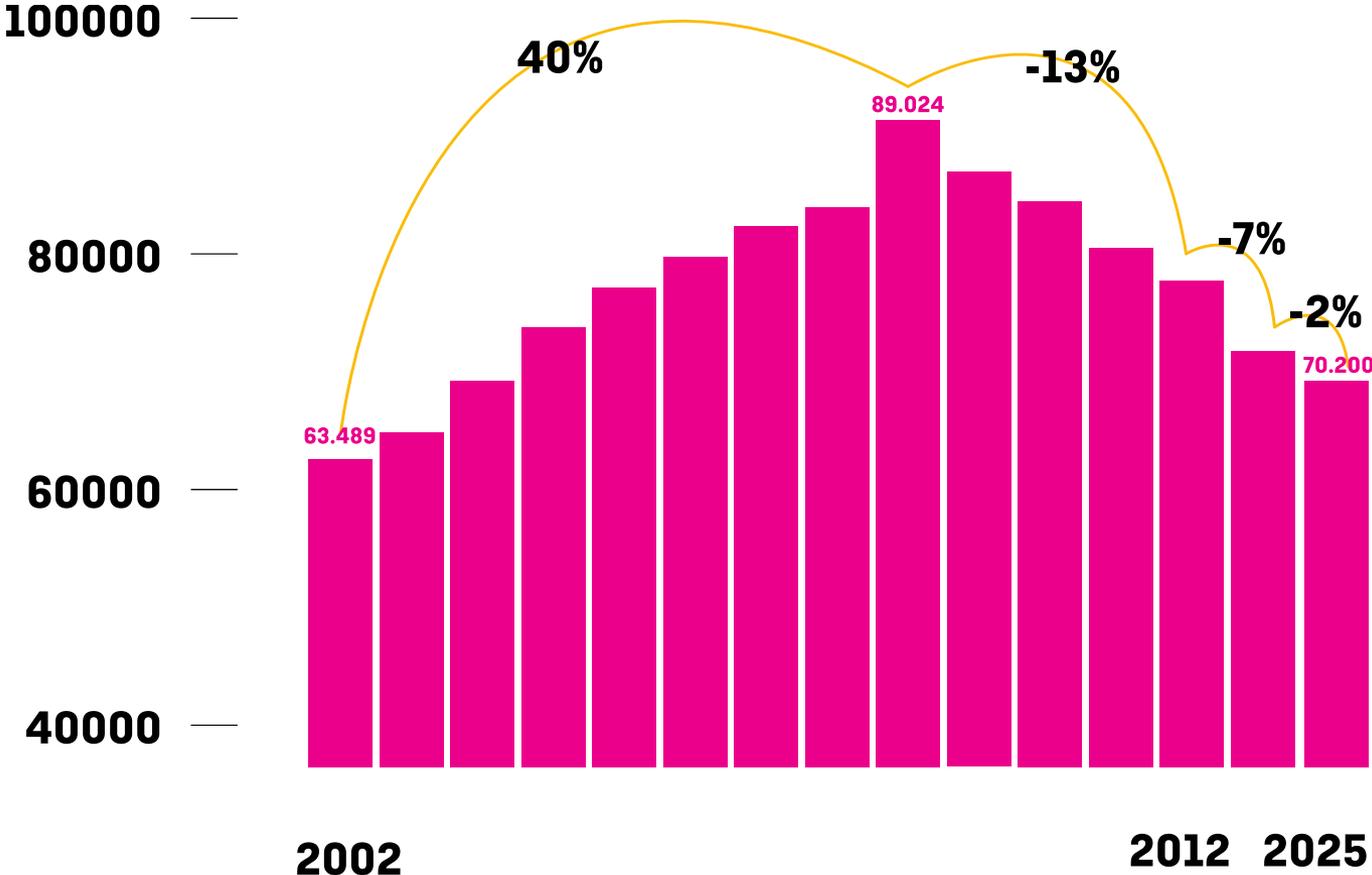


Disminució del pressupost sanitari



Disminución de nacimientos en Cataluña

Nacimientos en Cataluña

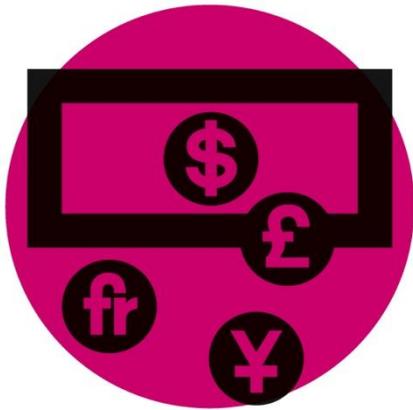


A photograph of a modern, multi-story building with a curved facade and a rooftop garden. The building has a light-colored, metallic-looking exterior with horizontal slats. The rooftop garden features several large, colorful planters in shades of orange and green. In the foreground, a paved walkway leads to the building's entrance, where two people are walking. The background shows a cityscape under a clear blue sky. A large white circle is overlaid on the right side of the image, containing the text '↓15% ingresos públicos' in bold black font.

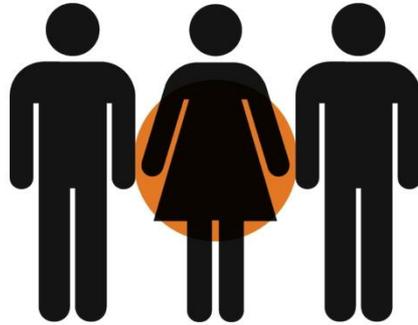
**↓15%
ingresos
públicos**

Medidas de ajuste

Salarios
-12,5%



Profesionales
-5%



Camas
-10%





Adaptación

Evolución del hospital

1867



Hospital de Beneficencia

1973



Hospital Pediátrico General

Concierto Seguridad Social

2004

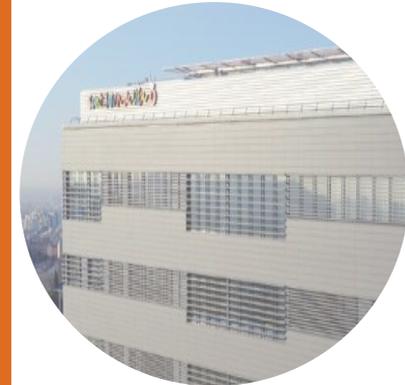


Hospital Terciario

Programa **Pi.hoS**

Crisis

2012



Hospital de Referencia Internacional

10 elementos determinantes

10 elementos determinantes



Referencia

Priorización



Corazón



Neurocirugía



Oncohematología



**Cirugía ortopédica
y traumatología**



**Medicina fetal-
neonatología**



**Enfermedades
raras**

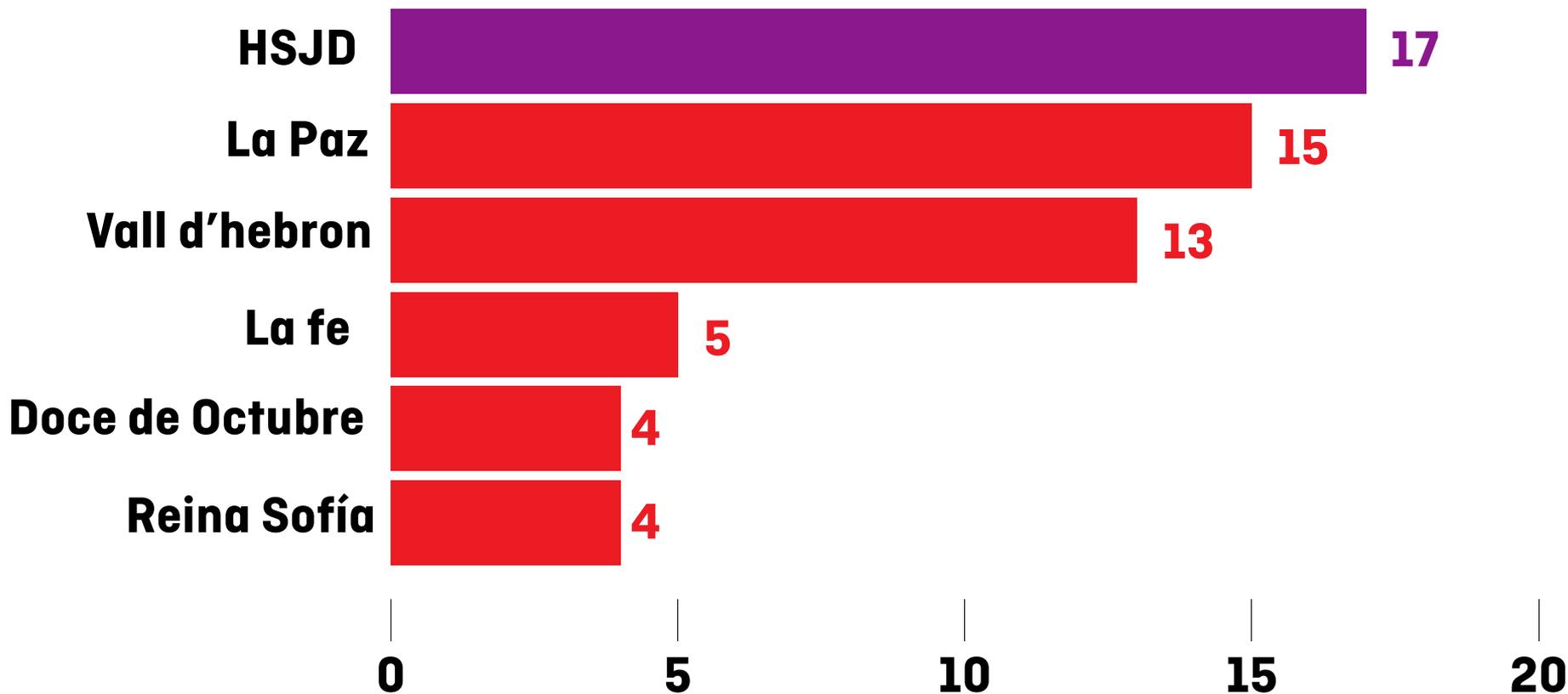
Unidades clínicas de excelencia

Enfermedades Neuromusculares	Cardiopatías congénitas	Plexo braquial	Cirugía fetal	Hemangiomas	Arritmias infantiles
Autismo	Neuroblastoma	Trastornos del sueño	Síndrome de Rett	X frágil	Diabetes
Enfermedades digestivas inflamatorias	Mucopolisacari-dosis	Osteogénesis imperfecta	Sordera congénita	Inmunodeficiencias primarias	Fibrosis quística
Prader Willi	Artritis idiopática juvenil	Epidermiolisis bullosa	UFAM	Trastornos del movimiento	Retino blastoma
Plagiocefalia	Escoliosis	Unidad de ataxias	Enfermedades metabólicas	Trasplante renal	Cirugía epilepsia

Acreditaciones CSUR



Ranking de acreditaciones de referencia Ministerio de Sanidad,
procedimientos pediátricos, 2014



Inversión en tecnología



Inversión en tecnología



Incorporación de talento en áreas de referencia



Corazón



Neurocirugía



Oncohematología



Cirugía ortopédica
y traumatología



Medicina fetal-
neonatología



Enfermedades
raras



10 elementos determinantes

1

Referencia

2

E-Health

A

E-HEALTH

TELE-ASISTENCIA

- Visita *Online*
- Tele-consulta
- Tele-rehabilitación
- Tele-monitorización
- Segunda opinión

TELE-MEDICINA

- Servicios
- ReToc (RetCam)

B

Redes Sociales

facebook

YouTube

twitter

flickr



C

Portales temáticos



metabólica guía

guiadiabetes



D

Educación Virtual

E-LEARNING



Webcasting 

PEDIATRIC OBSTETRIC
ADVANCED
SIMULATION
Saint-Joseph de Dieu

Portal de
Innovación



Docencia: e-learning

A- A A+     41 Select Language Español

 **AulaPediatria** 

[Inicio](#) [Oferta formativa](#) [Sobre AulaPediatria](#) [Contacto](#) [¿Te ayudamos?](#)

Programa Codi Sèpsia Greu a Catalunya

[Inscripción](#)



Te ayudamos a encontrar el curso que + te interesa

Buscar

Perfil

Categoría

[Buscar](#)

Cursos recomendados

Curso de Reanimación Neonatal por Simulación Virtual 2015



[inscribirse](#) [+ info](#)

WEBCASTING 2nd International Pediatric and neonatal NIV meeting



[inscribirse](#) [+ info](#)

Curso de simulación avanzada en Emergencias Obstétricas



[inscribirse](#) [+ info](#)

Campus Virtual

Correo

Contraseña

[Entrar](#)

[¿Has olvidado la contraseña? Cambiar contraseña](#)

Mejorar el acceso

Portal del Pacient

Sant Joan de Déu
HOSPITAL MATERNOINFANTIL - UNIVERSITAT DE BARCELONA

CAT ES

La teva informació clínica des de casa

Un servei digital creat per afavorir la comunicació a distància entre professionals i pacients amb història clínica oberta i activa a l'hospital.

- Consulta d'informes clínics
Sense esperes ni desplaçaments
- Comunicació amb els professionals sanitaris
De forma segura
- Informació de salut
Recomanada pels teus professionals

Accedeix al teu portal

Usuari

Contrasenya

Entrar [Has oblidat la contrasenya?](#)

Com sol·licitar usuari i contrasenya d'accés per primera vegada?

[Com arribar](#) | [Contacte](#) | [Noves consultes i urgències](#)
© Hospital Sant Joan de Déu Barcelona | [Fundació J2CAT](#)

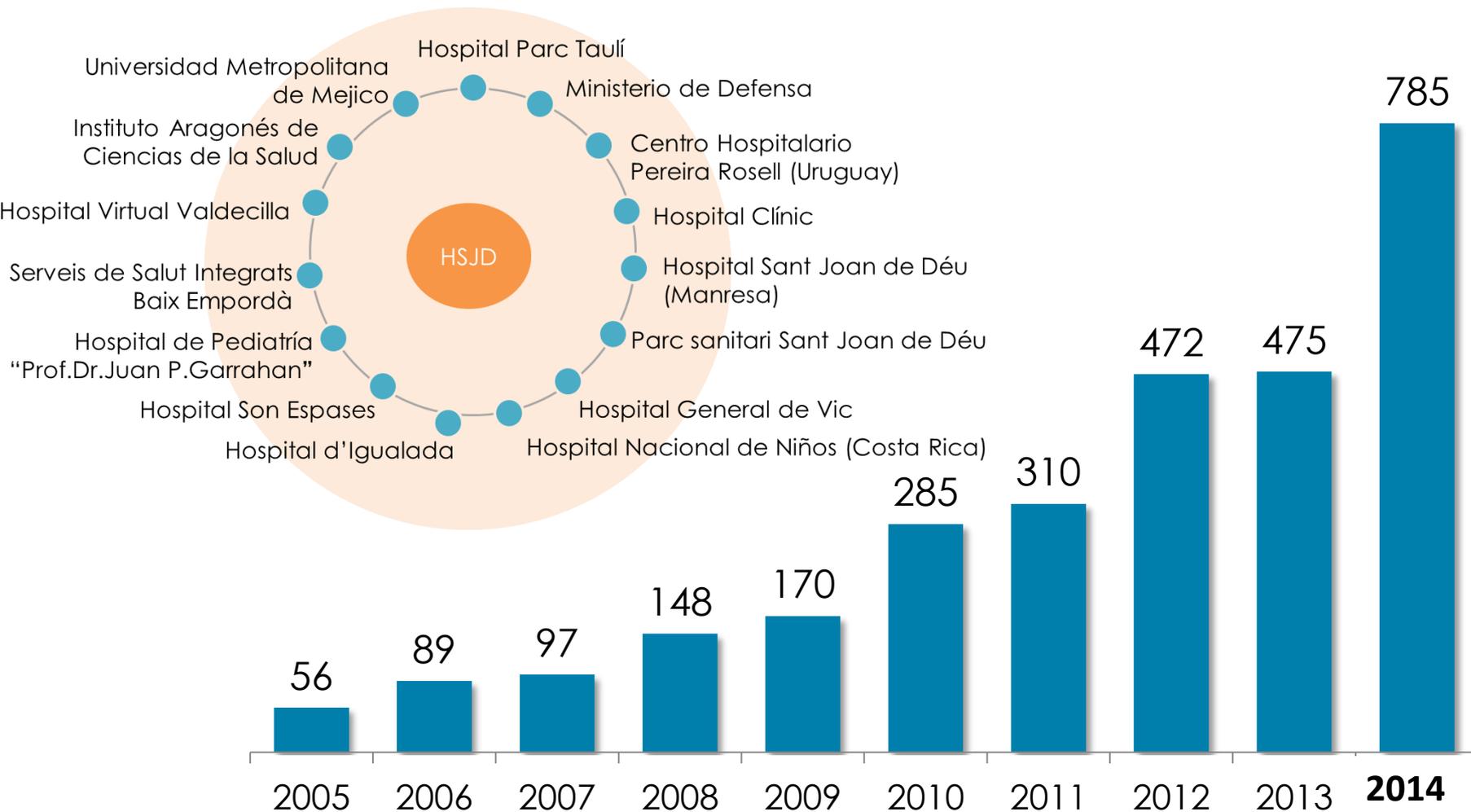
Necessites ajuda?

- Guia d'usuari
- Condicions d'ús i preguntes freqüents
- Telèfon de suport tècnic
932 850 809
De dilluns a divendres de 9 a 14h i de 16 a 19h
- Envia la teva incidència


Núm. Ref.: 722-876200-2009-134



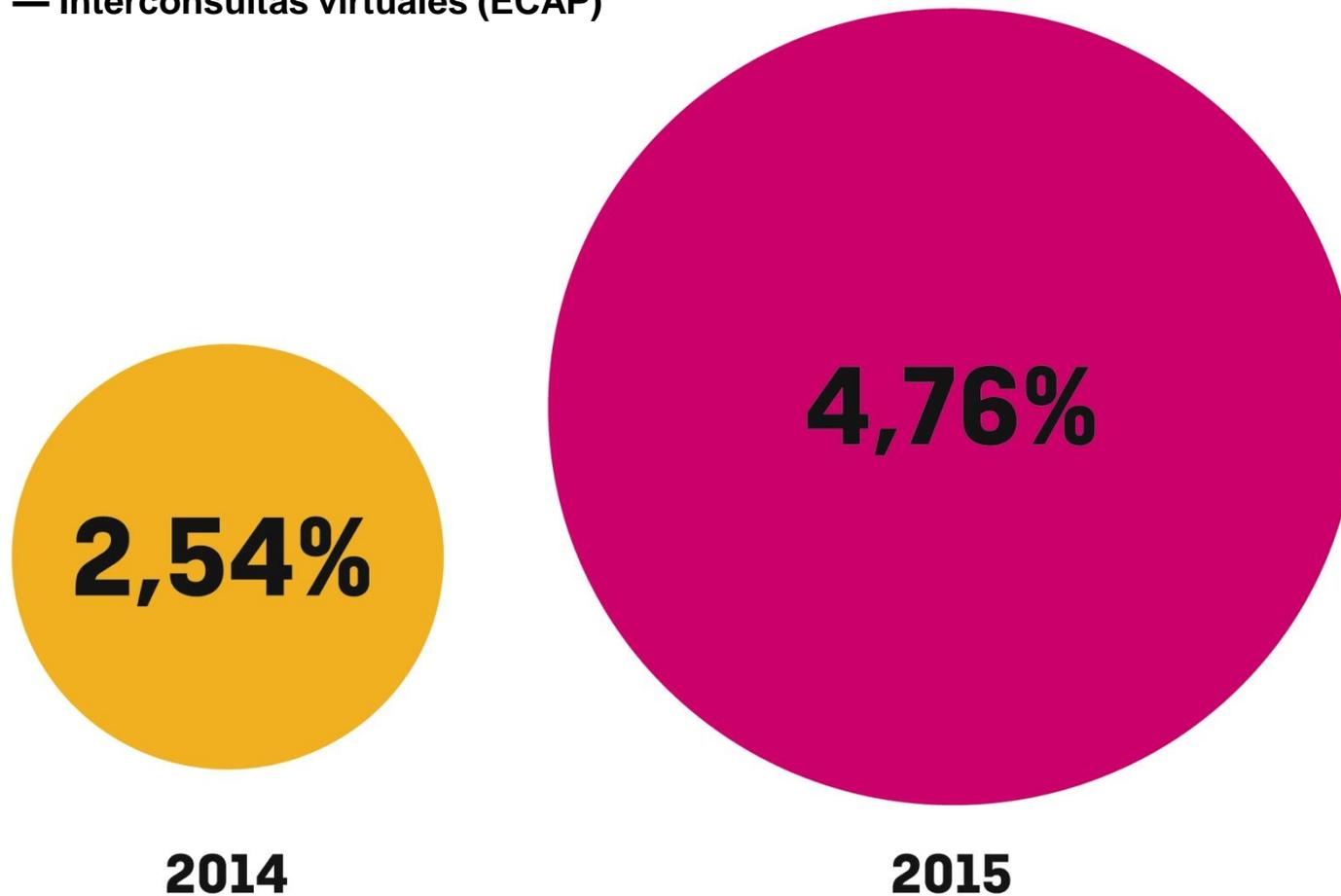
Telemedicina



Tipología de actividad no presencial en CCEE



- Atenciones del portal del paciente
- Visitas telefónicas programadas
- Atención no programada
- Interconsultas virtuales (ECAP)



% de visitas no presencial

Más de 1.500.000 visitas/año entre las webs del hospital



Actividad presencial



Actividad virtual



Más de 1.500.000 visitas/año entre las webs del hospital



Actividad presencial



Actividad virtual

862
visitas ambulatorias

309
urgencias

50
ingresos

63
intervenciones

10
partos

1.264
contactos presenciales
diarios

1.201
visitas web Sant Joan de Déu

2.315
visitas a web Faros

3.057
web Guía Metabólica

118.846
visitas a Facebook

77.337
visitas a Twitter

202.756
contactos virtuales
diarios

**Multiplica
el alcance
por más
de 100**

10 elementos determinantes

1

Referencia

2

E-Health

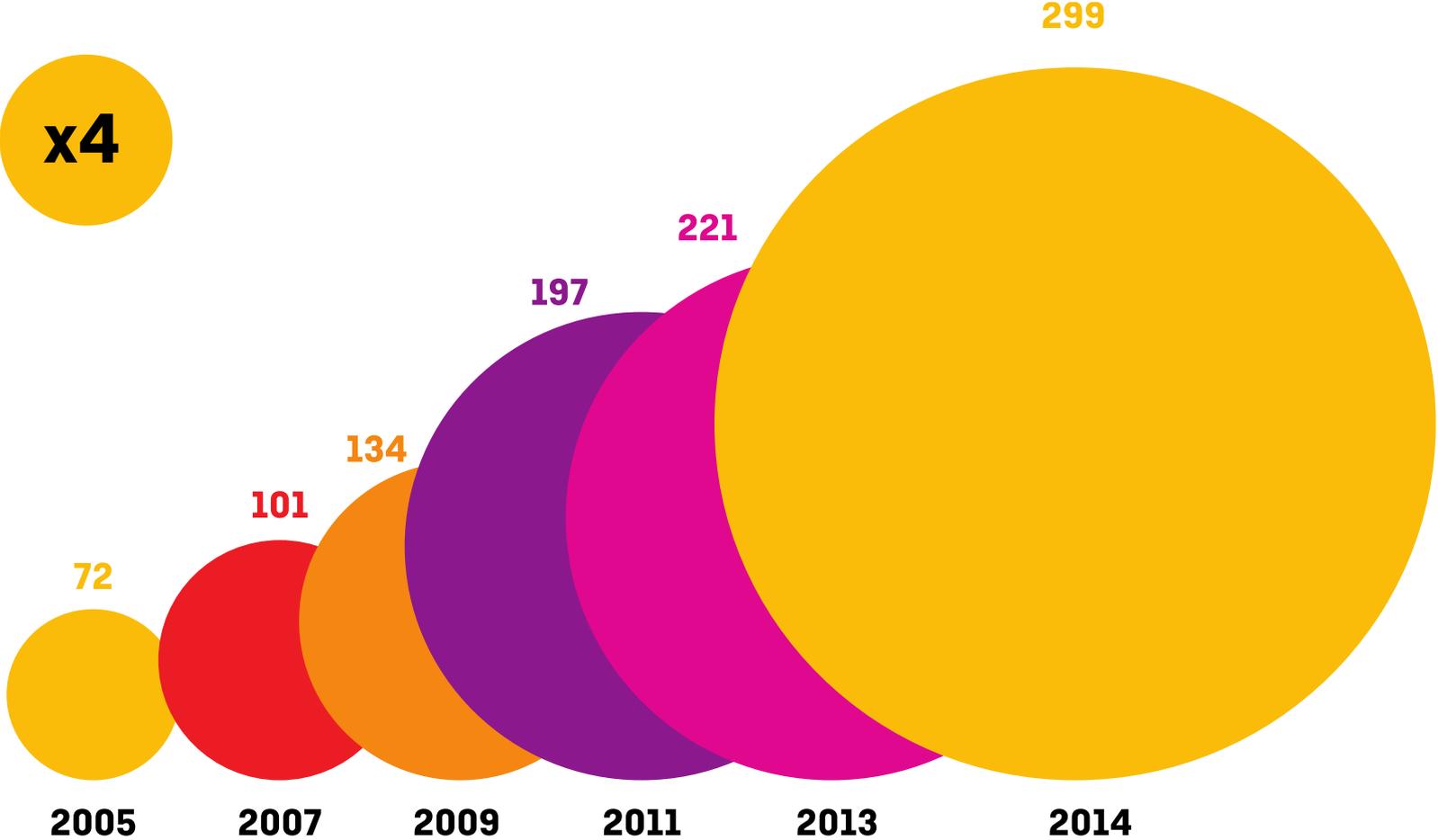
3

Investigación
e innovación

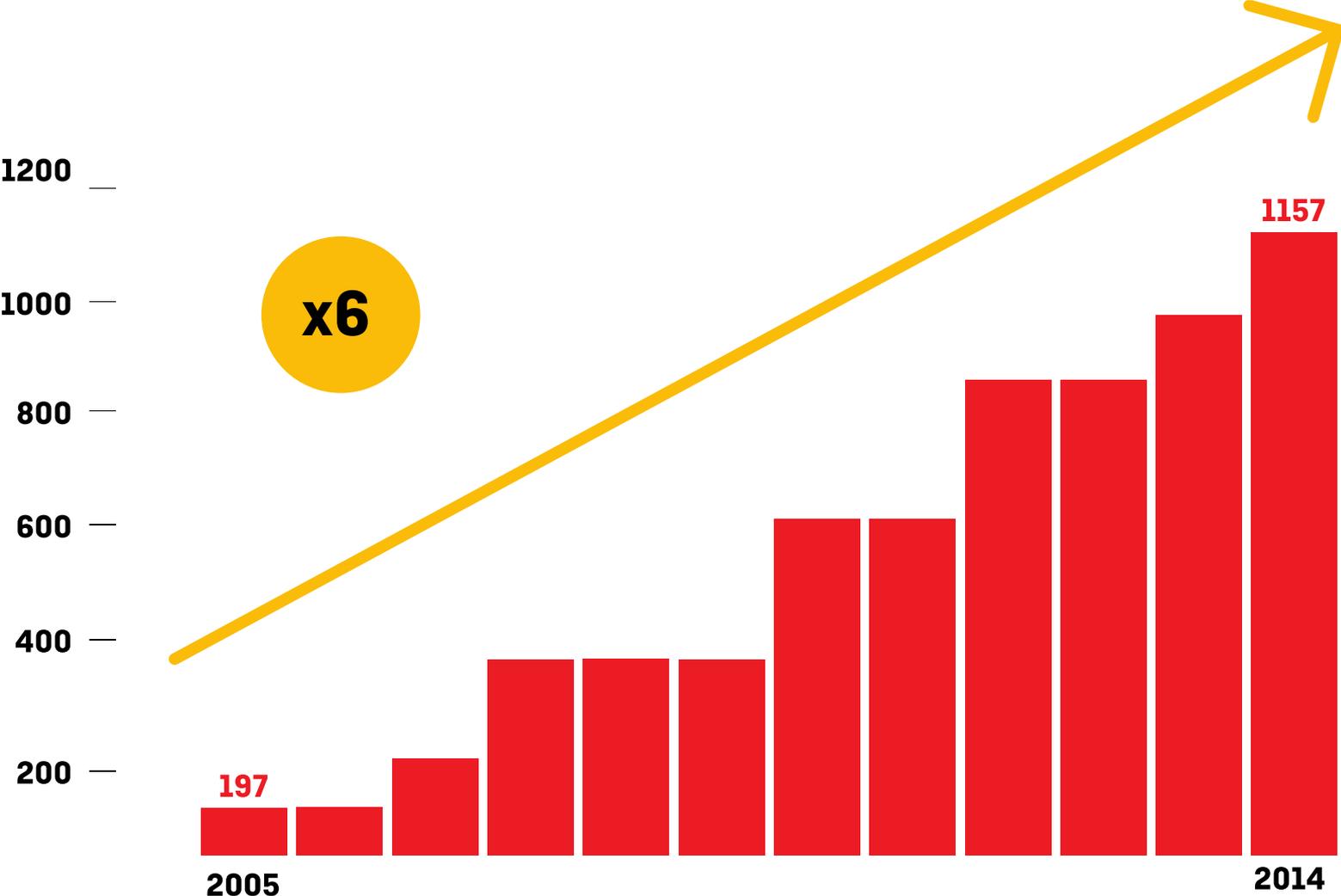
Fundació Sant Joan de Déu



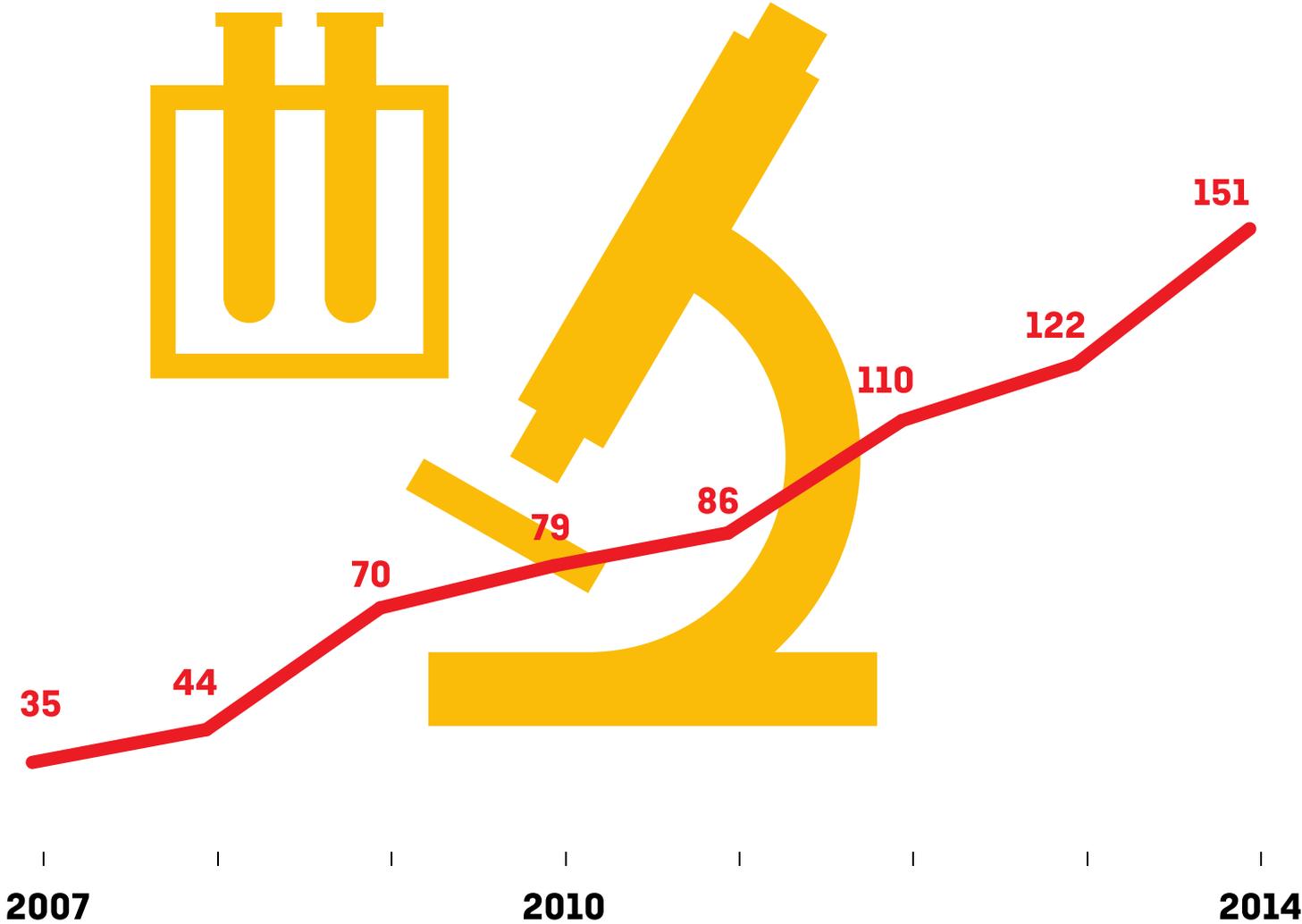
Artículos con FI



Factor de impacto

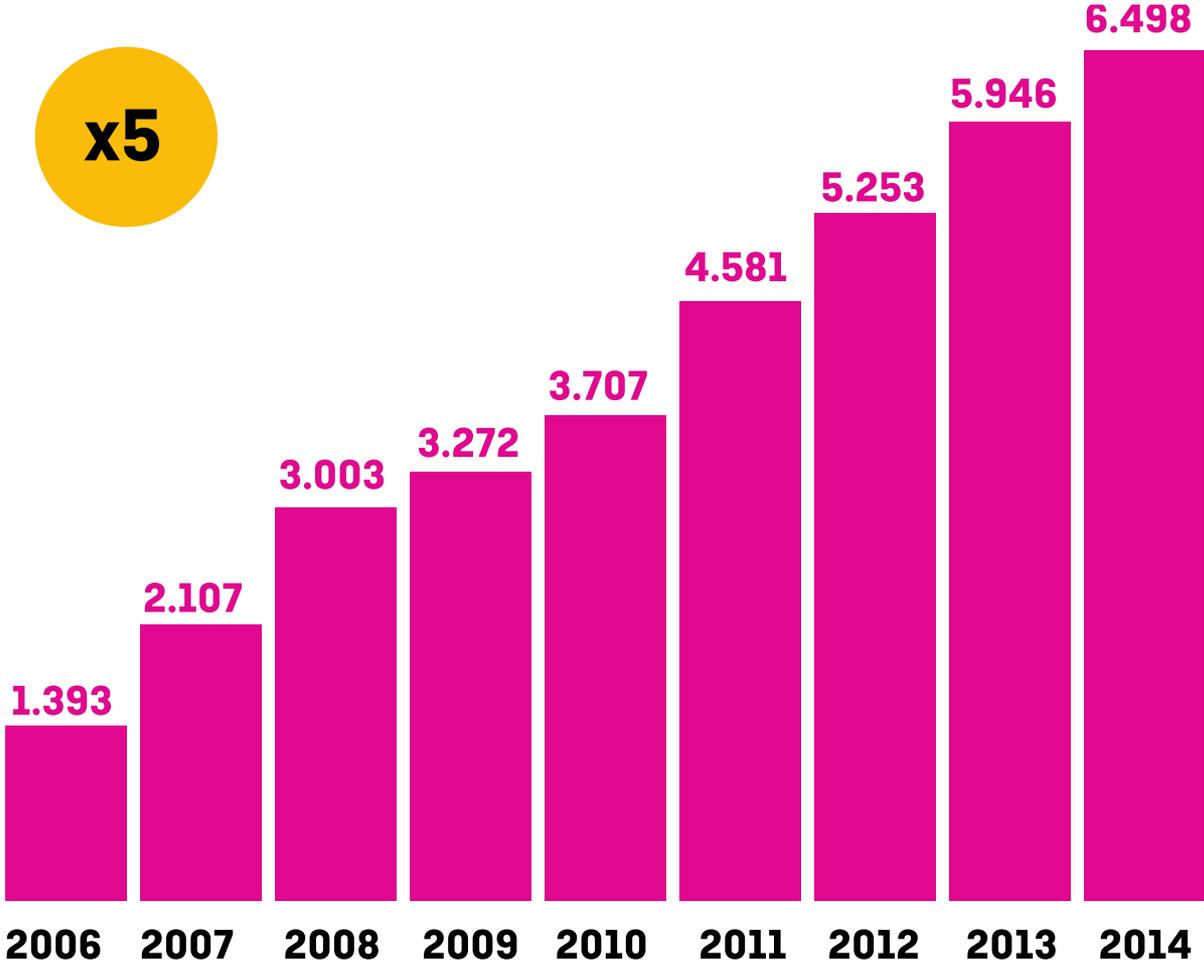


Ensayos clínicos (estudios)



Fondos de investigación

En miles de euros





Objetivo de la innovación en el hospital

1

**Innovación
Interna**

**Dar soporte
al innovador
del hospital**

Gazelab: diagnóstico del estrabismo

Ocular Motility DIGitizer



- Patentes :
 - Europa
 - EEUU
 - China
 - Brasil



- Creación de una Spin-off:



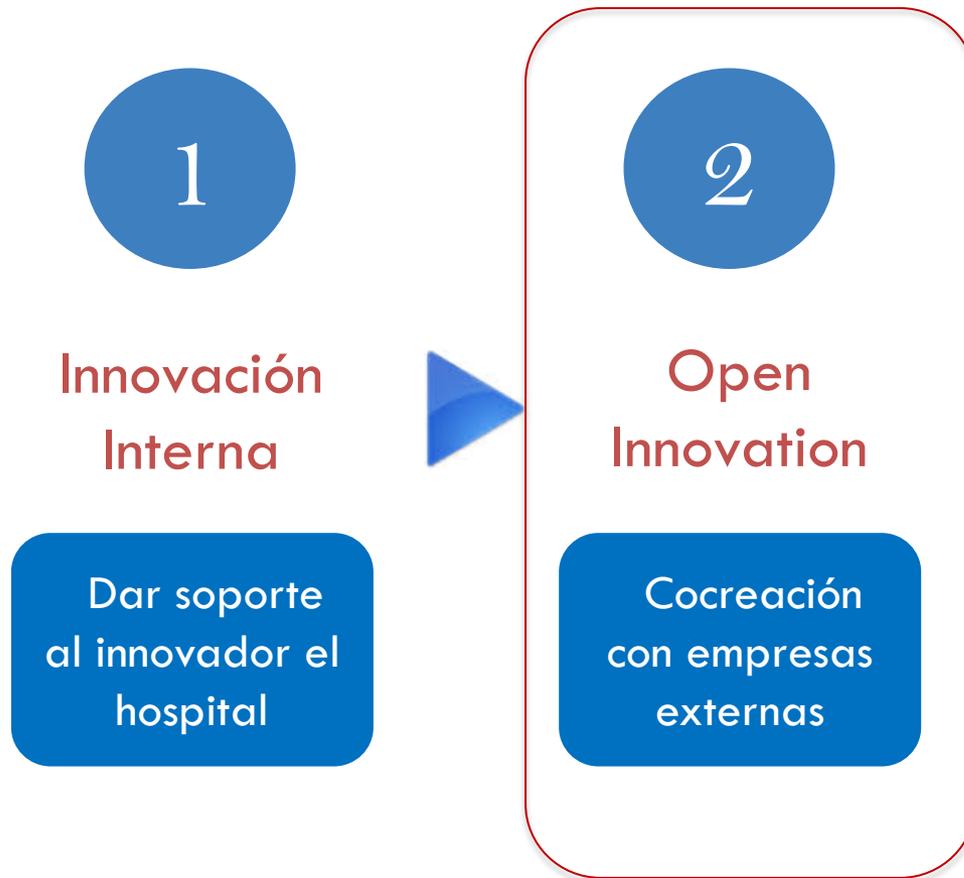
<http://www.bcninnova.com/>



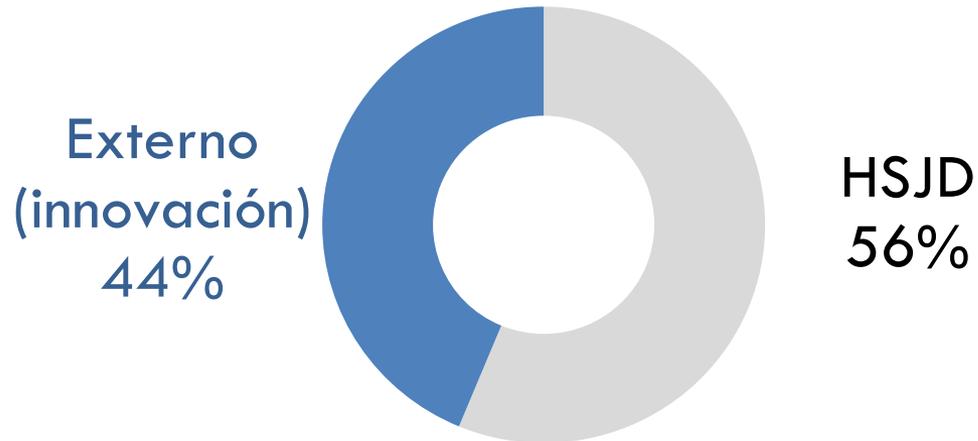
PalJoc



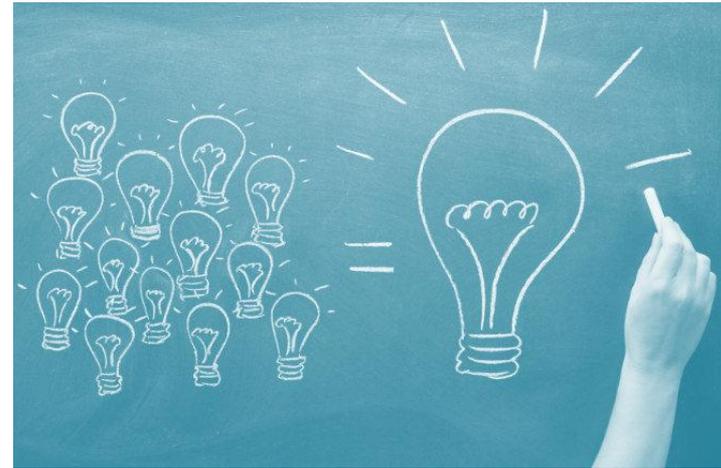
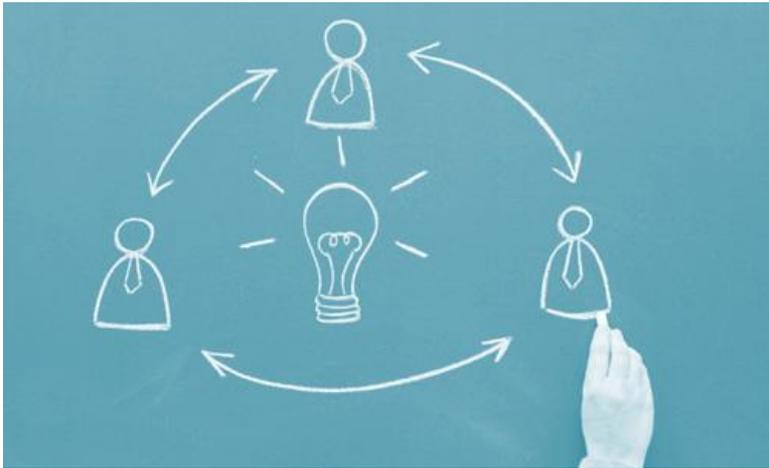
Objetivo de la innovación en el hospital



¿De donde vienen las ideas?



Open Innovation



«Si quieres llegar rápido, camina solo.
Si quieres llegar lejos camina en grupo»

Proverbio africano

foodLinker



¿cómo funciona?

Se introduce la información deseada escaneando el código de barras del producto con la cámara del móvil, utilizando el teclado o mencionando el nombre de dicho producto.



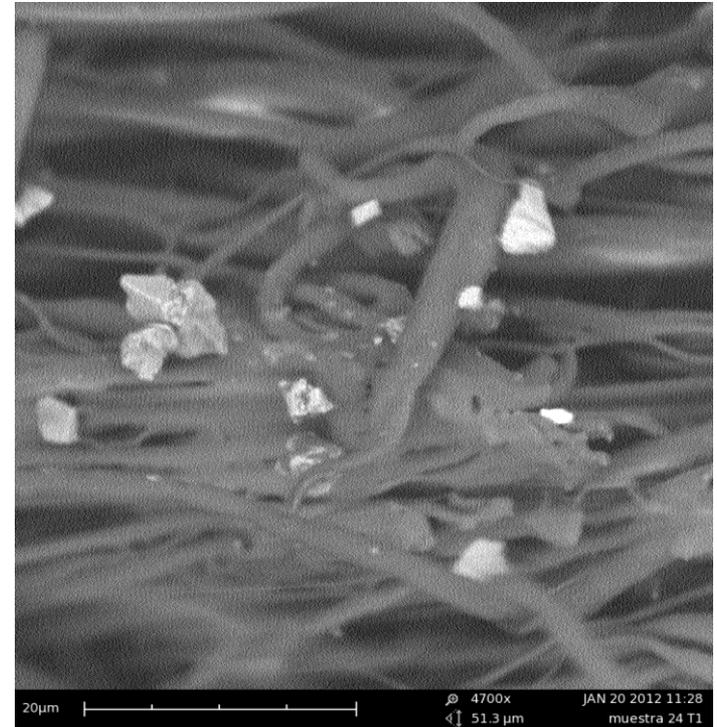
Se procesan los datos de forma automática.



Aparece el resultado en la pantalla del móvil*.



Nanofibres



Proyecto CEBIOTEX: Membranas de nanofibras no tejidas como sistemas de liberación de fármacos

Sant Joan
de Déu

CROMOSOMA

Planeta
Junior



PANRICO

APLI

grupo
edebé



caprabo
amb EROSKI

Miquelrius



Abacus
Cooperativa



TECNITOYS



ESSENTIAL
MINDS
El valor de los estímulos

invenio
learn.by.doing

baobab
PLANET



unicef
uneix-te per la infància

Castellnou
EDICIONS

paraBebes
.com

LWK
Internacional s.a.

HOT
shots

a
aricat

3

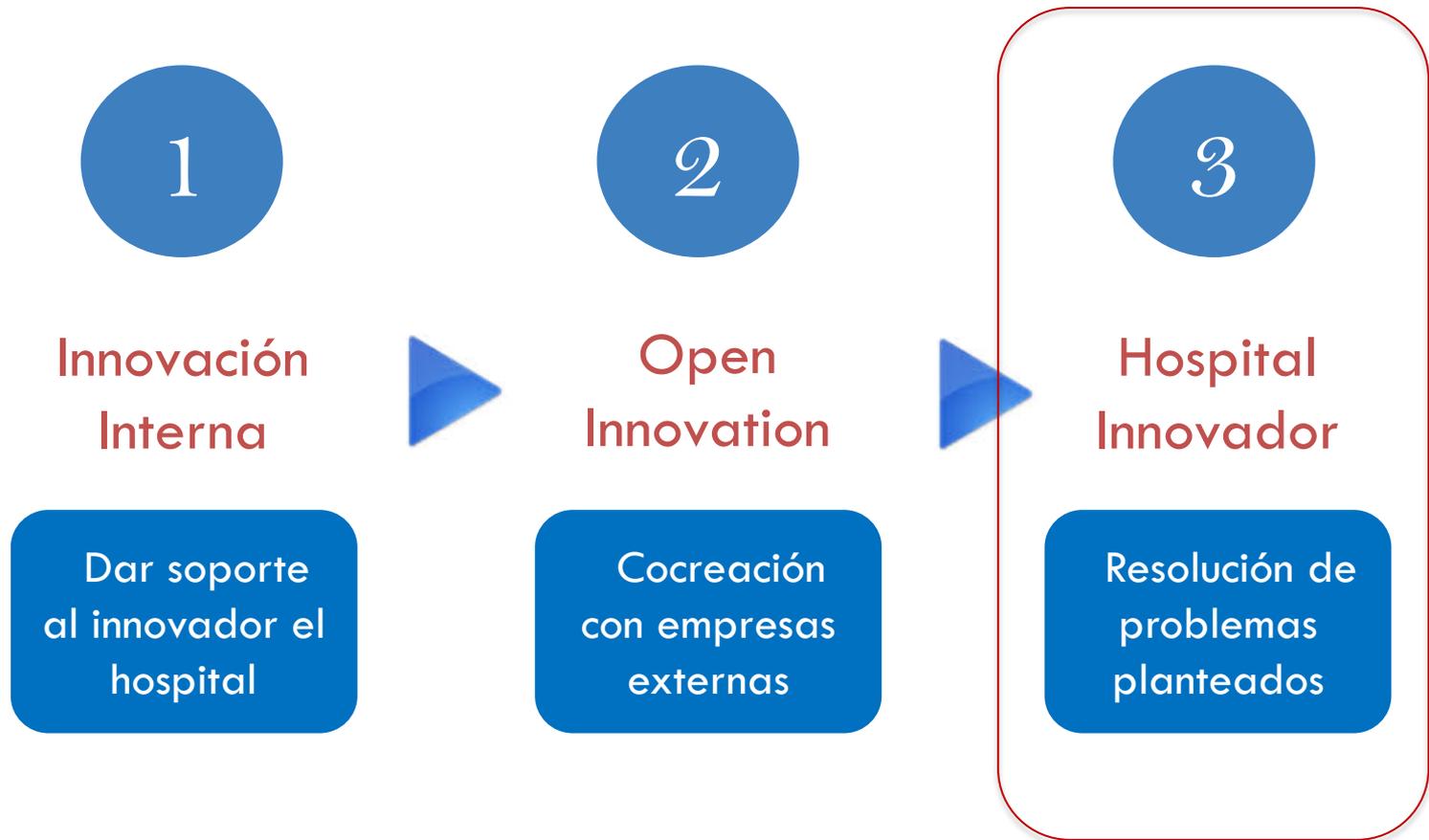


KID'S CLUSTER

LA INFÀNCIA, LA NOSTRA RAÓ DE SER

Más de 50 socios

Objetivo de la innovación en el hospital



De un hospital que innova a un hospital innovador”



THE IMPLICATIONS

Innovation leaders can create a sustainable competitive advantage **not through the superiority of a particular invention but by creating an organization that can learn from mistakes faster, more efficiently, and more consistently than competitors do.**

Resultados en innovación



3

start-ups

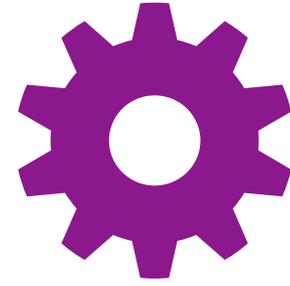


18

**patentes
concedidas**

14

**patentes
solicitadas**



34

**proyectos
en activo**

10 elementos determinantes

1

Referencia

2

E-Health

3

Investigación
e innovación

4

Docencia

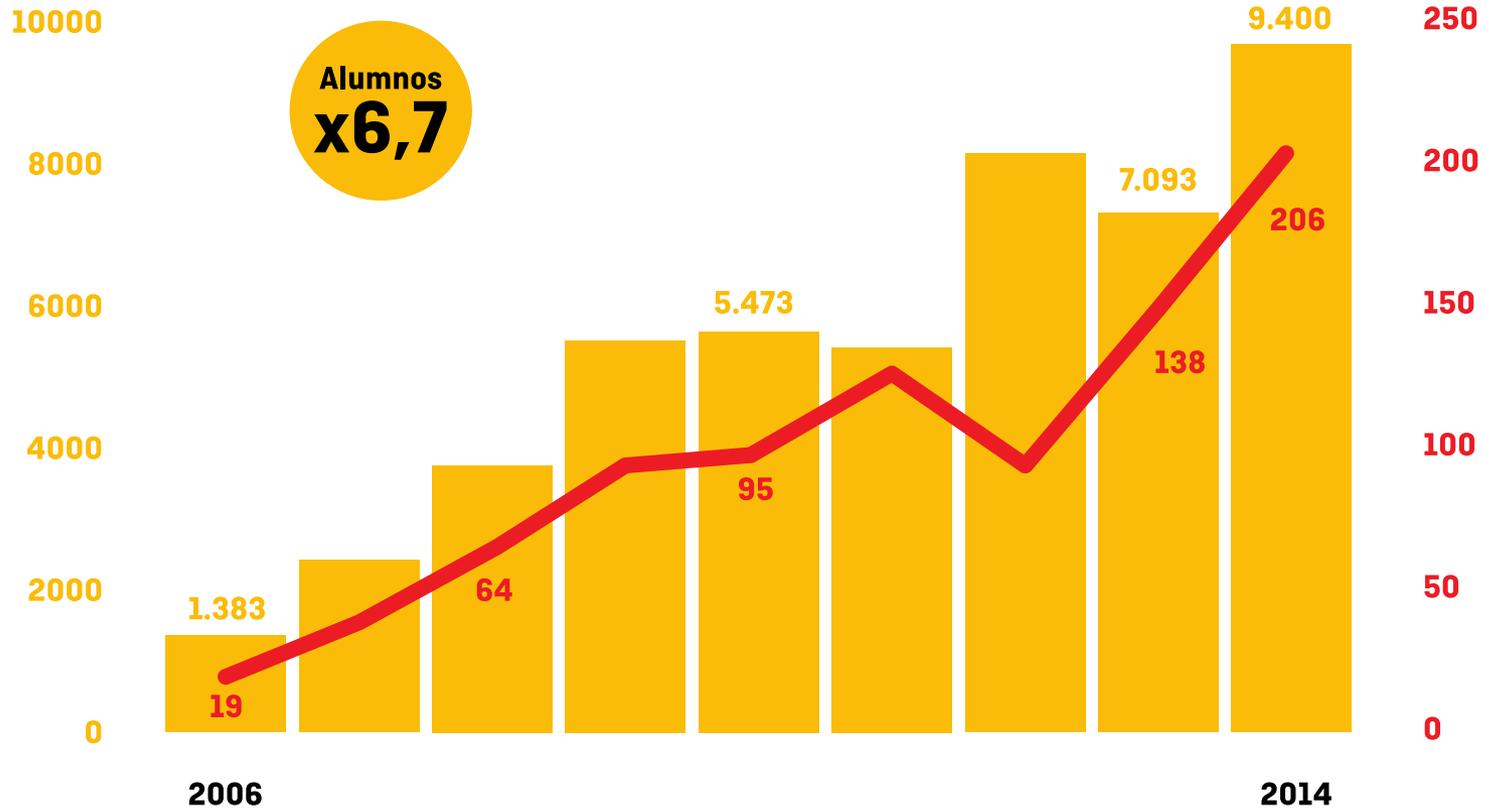
Actividad docente



Alumnos

Alumnos

Cursos



Profesionales en estancias formativas

2014

1.655

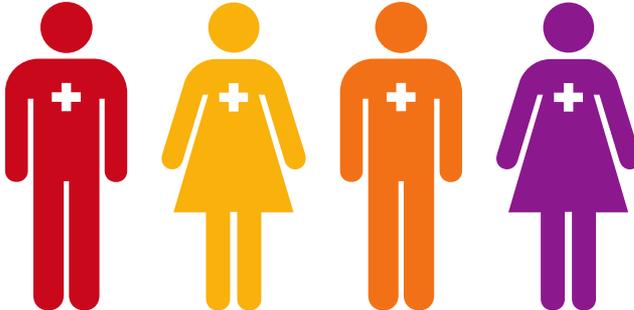
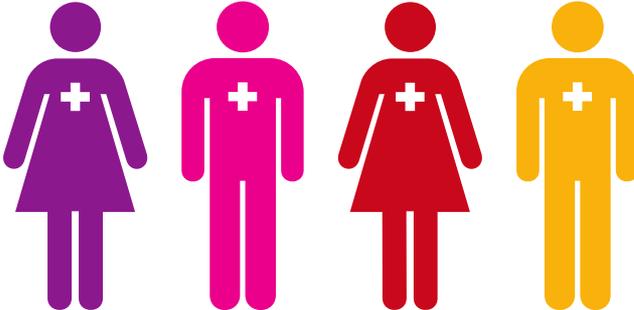
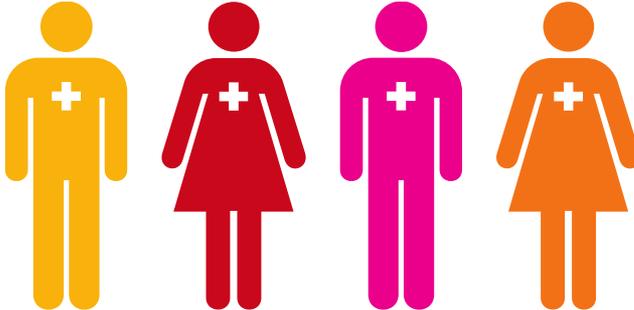
Posgrados

Residentes

Másters

Grados

Ciclos formativos



595
residentes
de fuera del
hospital

Incorporación de simulación avanzada



Acuerdo con



Boston Children's Hospital
Simulator Program

Docencia: e-learning

Inicio

Oferta formativa

Sobre AulaPediatria

Contacto

¿Te ayudamos?

Te ayudamos a encontrar
el curso que
+ te interesa



**Programa
Codi Sèpsia Greu
a Catalunya**

[Inscripción](#)



Cursos recomendados

Curso de Reanimación Neonatal por Simulación Virtual 2015



inscribirse



+ info

WEBCASTING 2nd International Pediatric and neonatal NIV meeting



inscribirse



+ info

Curso de simulación avanzada en Emergencias Obstétricas



inscribirse



+ info

Campus Virtual

Correo

Contraseña

Entrar

¿Has olvidado la contraseña?
Cambiar contraseña

10 elementos determinantes

1

Referencia

2

E-Health

3

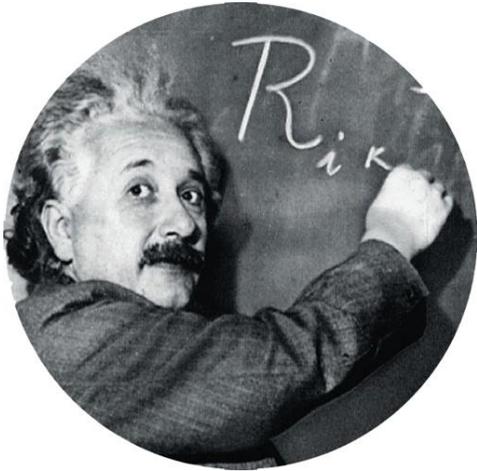
Investigación
e innovación

4

Docencia

5

Calidad
y seguridad



$$E = mc^2$$

• **Excelencia**

• **Método**
Gestión de operaciones

Conocimiento

Cliente

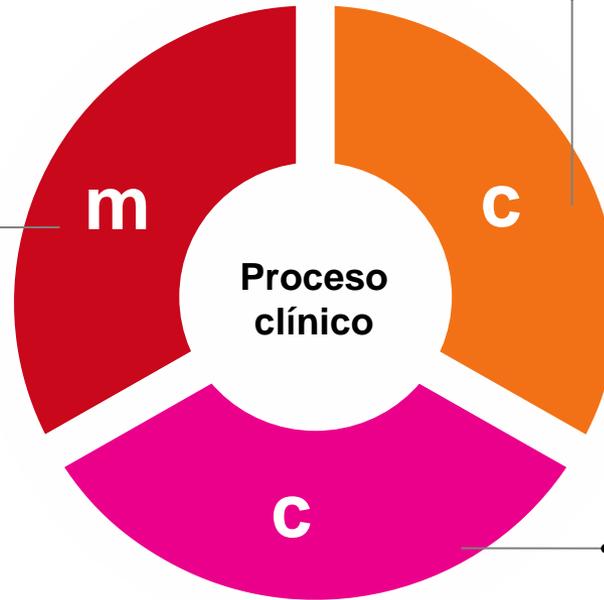
Experiencia de Paciente



$$E=mc^2$$

Método de gestión de operaciones / Lean

- Gestión de procesos y flujos (Consulta externa, quirófano, seguridad clínica)
- Indicadores de eficiencia (esperas, EM)



Conocimiento MBE / Estandarización

- Guías de práctica clínica
- Indicadores de resultados clínicos, mortalidad complicaciones, etc.

Cliente Experiencia del paciente

- Focus groups con pacientes, etc.
- Indicadores de resultados PROMs

Creación Área Seguridad del Paciente

Check list



Lavado de manos



Identificación de pacientes



Otras iniciativas



10 elementos determinantes

1

Referencia

2

E-Health

3

**Investigación
e innovación**

4

Docencia

5

**Calidad
y seguridad**

6

Alianzas

Alianzas

Hospital Clinic i Provincial de Barcelona



Hospital de la Santa Creu i Sant Pau



Hospital Universitari Bellvitge



Hospital Universitari Vall d'Hebron



- BCNatal
- Cirurgia de la epilèpsia
- Transplante renal
- Unida arítmias
- Enfermedades raras

- Immunodeficiències primàries
- TPH

- Cirurgia plexo braquial
- Cirurgia Òrbita

- Unidad Hepatologia compleja

10 elementos determinantes

1

Referencia

2

E-Health

3

Investigación
e innovación

4

Docencia

5

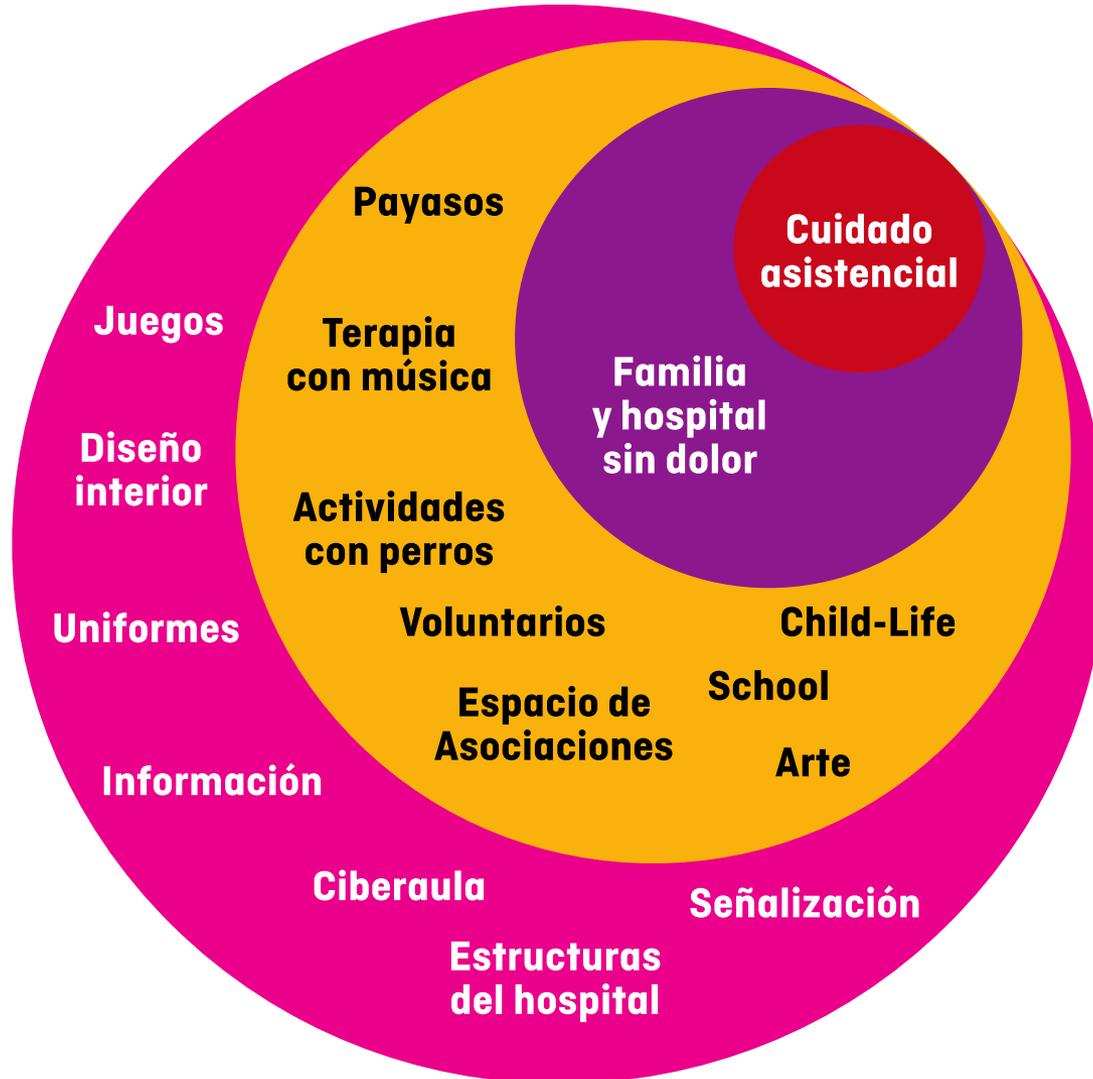
Calidad
y seguridad

6

Gestión de
operaciones

7

Humanización
y valores



Hospital Amic

Profesionales de soporte



10 elementos determinantes

1

Referencia

2

E-Health

3

Investigación
e innovación

4

Docencia

5

Calidad
y seguridad

6

Alianzas

7

Humanización
y valores

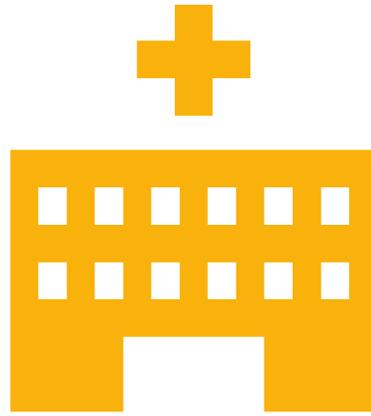
8

Infraestructuras

Plan de reformas



Plan de reformas



1

Ambulatorización

2

**Tecnologías
médicas
complejas**

3

**Recursos
para familias**

1

Ambulatorización

CCEE

Urgencias

Hospital de día

Hospital
en casa

Arco Iris
UCA / UCE



2

Tecnologías médicas complejas

Diagnóstico

Intervención

Cuidados intensivos

TAC / RMN

Hemodinámica

Quirófanos

Neonatos

Plataforma genómica

TPH

Plataformas terapias avanzadas

UCIP



3

Recursos para familias

Capacitación

Espai
Asociacions

Familias



10 elementos determinantes

1

Referencia

2

E-Health

3

Investigación
e innovación

4

Docencia

5

Calidad
y seguridad

6

Alianzas

7

Humanización
y valores

8

Infraestructuras

9

Compromiso
profesionales

Personas Excelencia profesional



10 elementos determinantes

1

Referencia

2

E-Health

3

Investigación
e innovación

4

Docencia

5

Calidad
y seguridad

6

Gestión de
operaciones

7

Humanización
y valores

8

Infraestructuras

9

Compromiso
profesionales

10

Departamento
Internacional /
Márketing

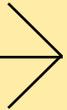
Creación Departamento Medicina Internacional

Actividad
privada

Departamento
Medicina
Internacional

2006

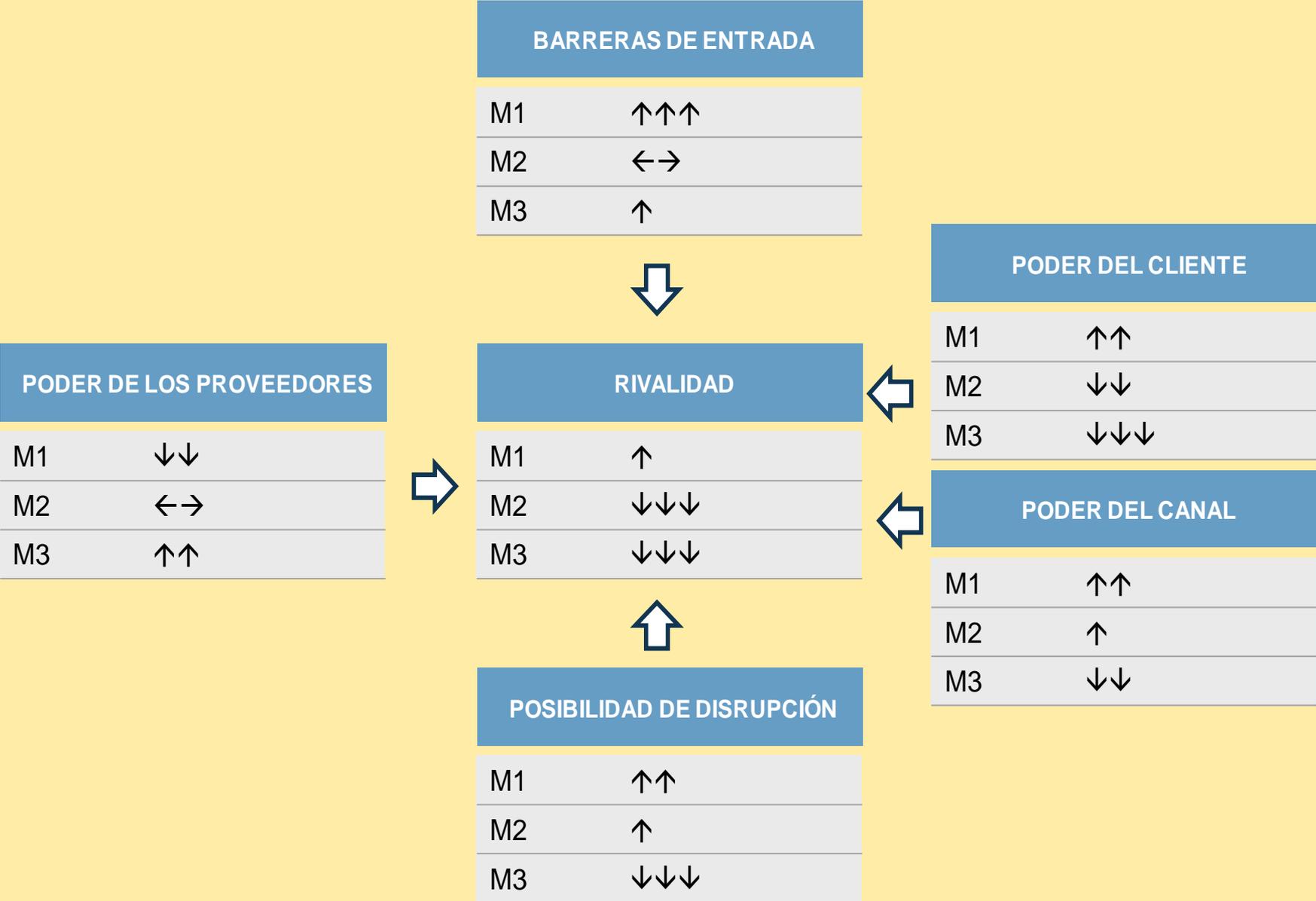
2012



Modelos de negocio (M1, M2, Y M3).

- **M1**: Prestaciones de alta complejidad, convalecencia larga, intensivo en capital. Oncología, trasplantes, cardiocirugía, neurocirugía.
- **M2** : Prestaciones sencillas. Tratamientos de fertilidad, cirugía de complejidad media: hernias, endoscopias...
- **M3**: Prestación con alto componente discrecionalidad: cirugía plástica, ortodoncia...

Modelo de las 5+1 fuerzas de Porter



Desarrollo Plan internacionalización

Estudio y evaluación del *marketing-mix*



Desarrollo Plan internacionalización



Selección de productos target

- Tratamientos de alta complejidad
- Tratamientos con alta demanda en el mercado

Oncología & hematología

Neuroblastoma
Retinoblastoma
Tumores musculo-esqueléticos
Leucemia y trasplante médula ósea

Ortopedia

Reconstrucción biológica de defectos óseos
Cirugía espinal (escoliosis)
Cirugía de la cadera (revascularización, ...)
Terapia celular (defectos condrales, PRGF)

Area del Corazón

Cateterismos terapéuticos neonatales
Cirugía cardiaca en malformaciones congénitas
Arritmias (ablaciones por radiofrecuencia)

Neurociencias

Enfermedades metabólicas (fenilcetonuria),
Epilepsia refractaria y cirugía de la epilepsia
Trastornos neuromusculares
Tumores cerebrales y malformaciones craneales

Oftalmología

Tumores intraoculares y orbitarios
Glaucoma congénito; catarata congénita
Enfermedades retina y cirugía vitreo-retiniana
Queratoplastia penetrante

Medicina Fetal

Cirugía fetal (Laser TTTS, hernia diafrag. congenita, obstrucciones vías respiratorias, espina bifida,...)
Cardiología fetal (cardiac valve defects)
Neurología fetal

Genética e Instituto de Enfermedades Raras (IPER)

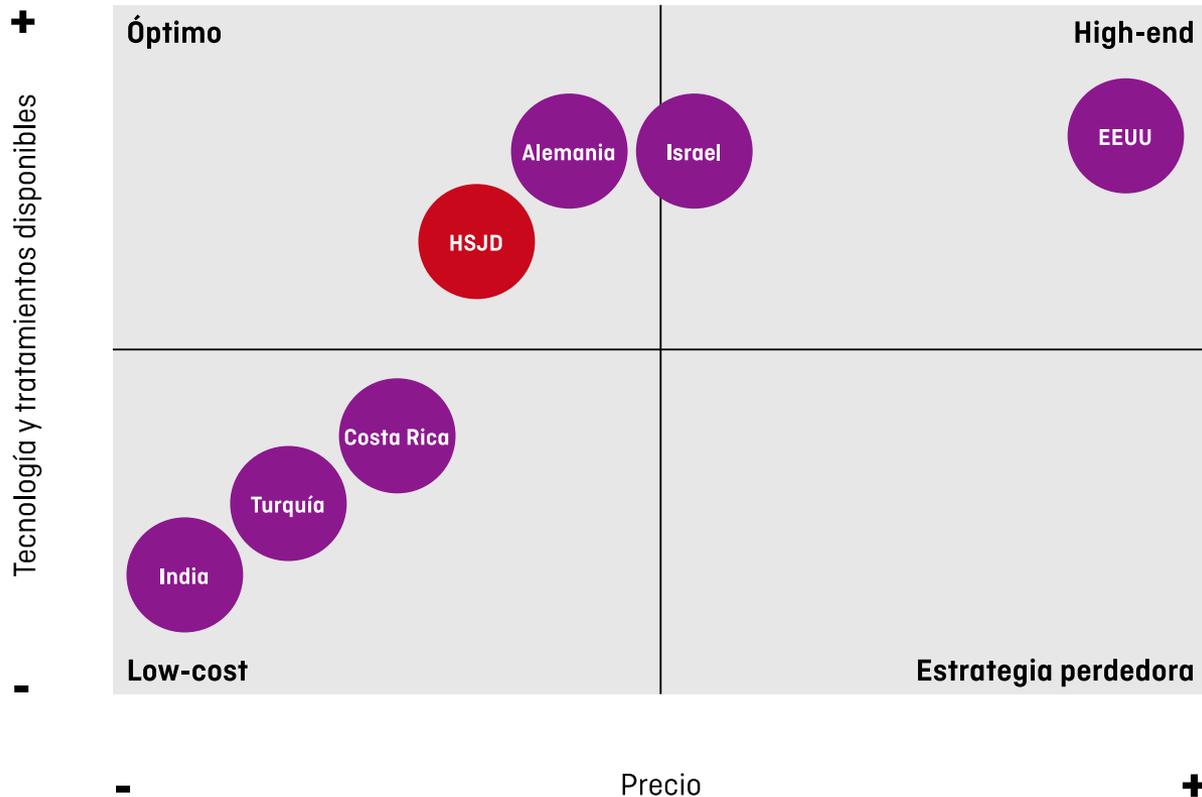
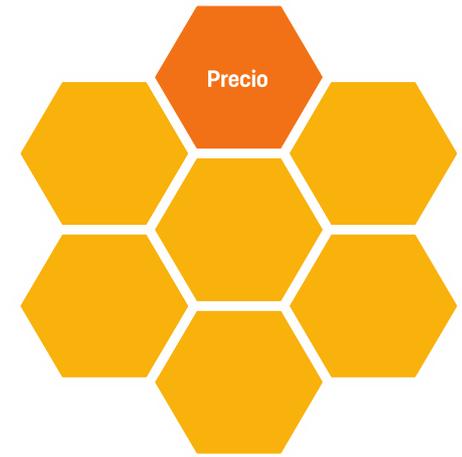
Otros procesos y procedimientos

Cirugía maxilofacial reconstructiva
Extrofia vesical e hipospadias en una única operación
Alergias alimentarias

Enfermedades reumáticas
Enfermedad Inflamatoria Intestinal y disfagia oromot
Diabetes y otros trastornos endocrinológicos

Desarrollo Plan internacionalización

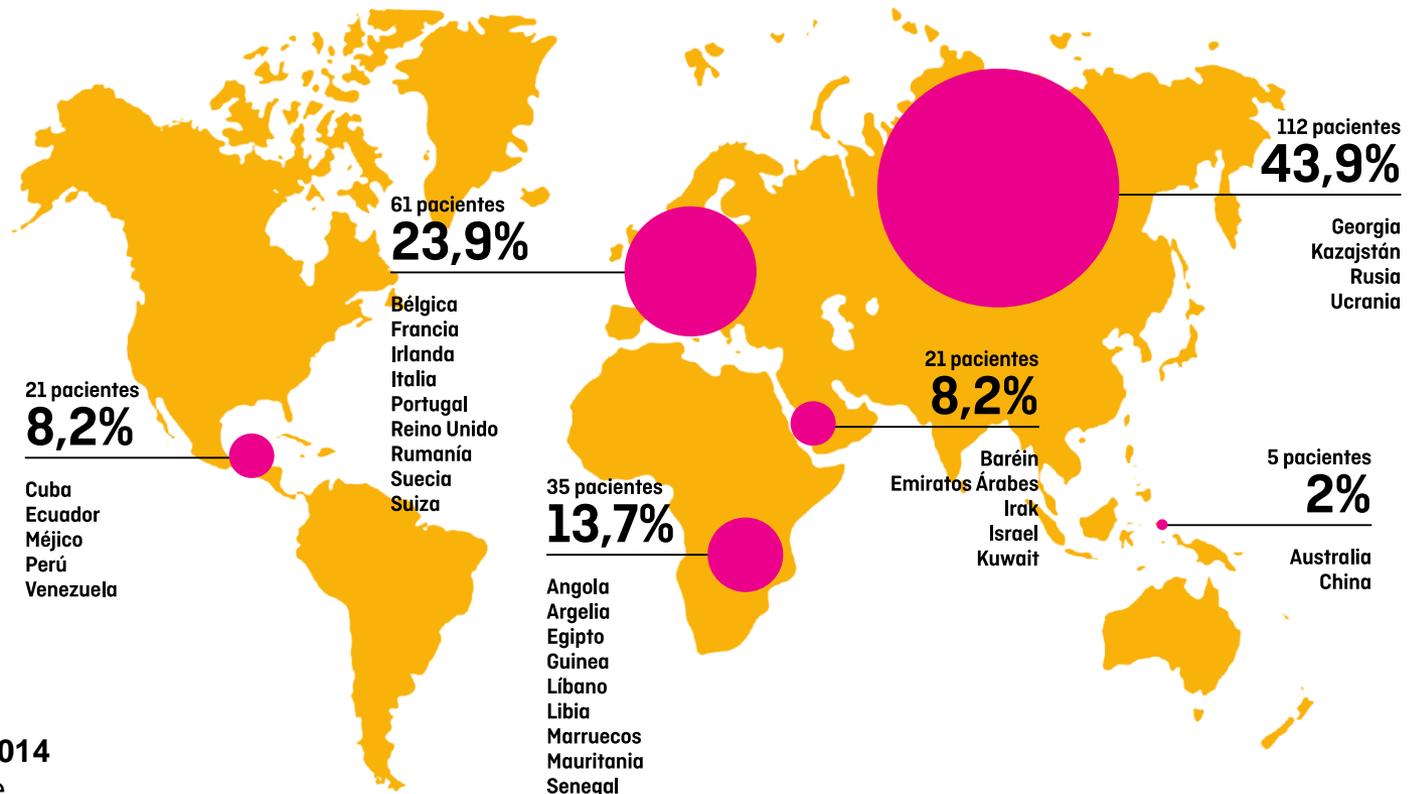
— 10-40% inferior sobre nuestros principales competidores (Israel, Alemania, Reino Unido)



Desarrollo Plan internacionalización

Mercado

- Conexión directa con Barcelona
- Clases medias-altas
- Poca disponibilidad de tratamientos en origen



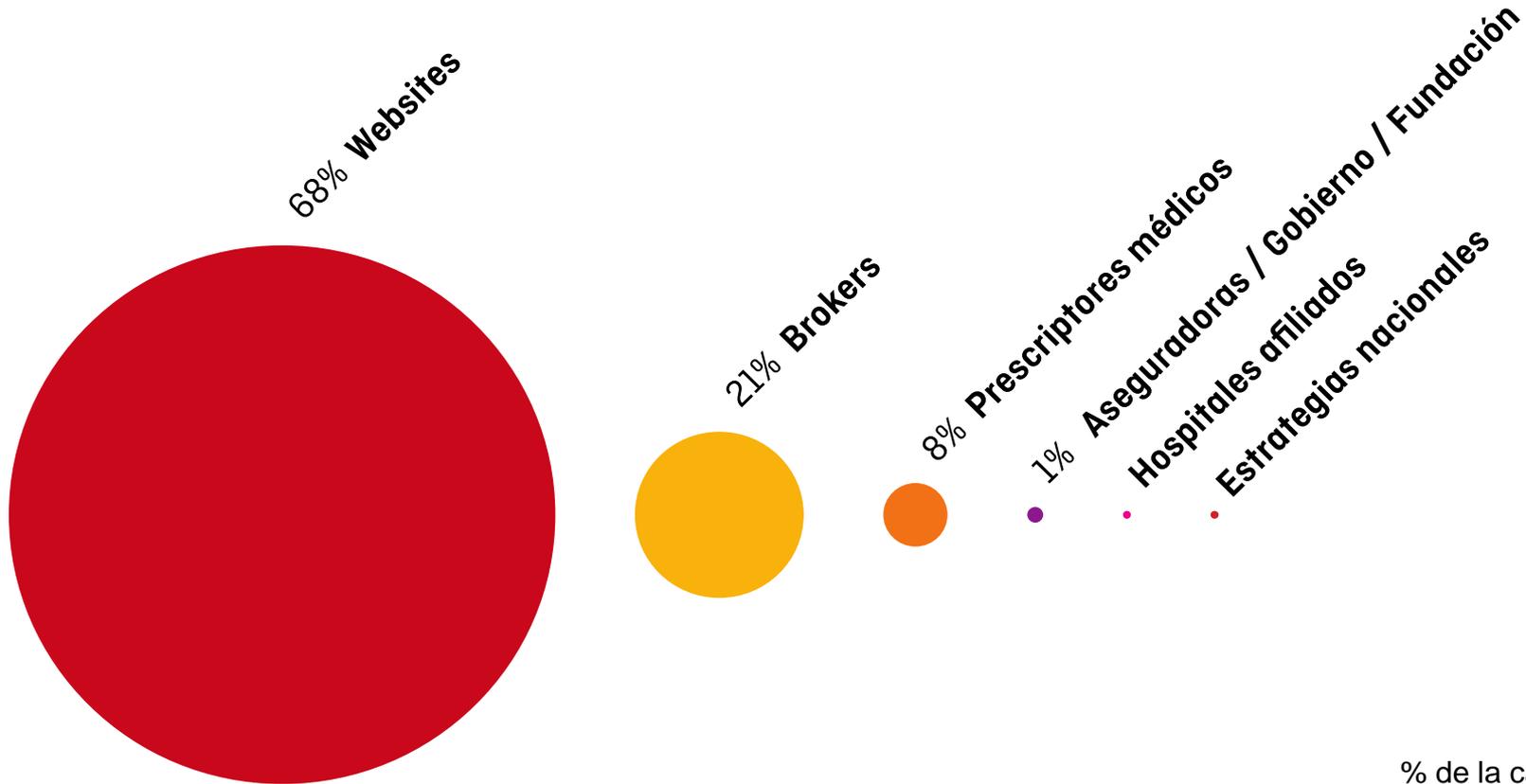
Pacientes internacionales 2014

Países con más de 1 paciente

Desarrollo Plan internacionalización

Canal

Principales de captación de pacientes

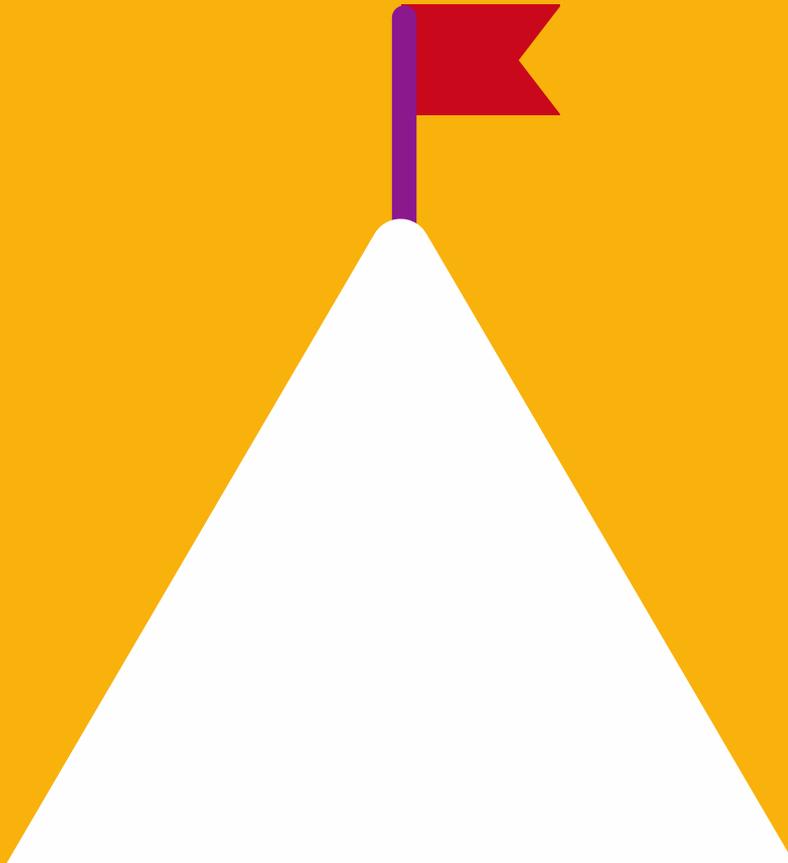


% de la captación actual

Desarrollo Plan internacionalización



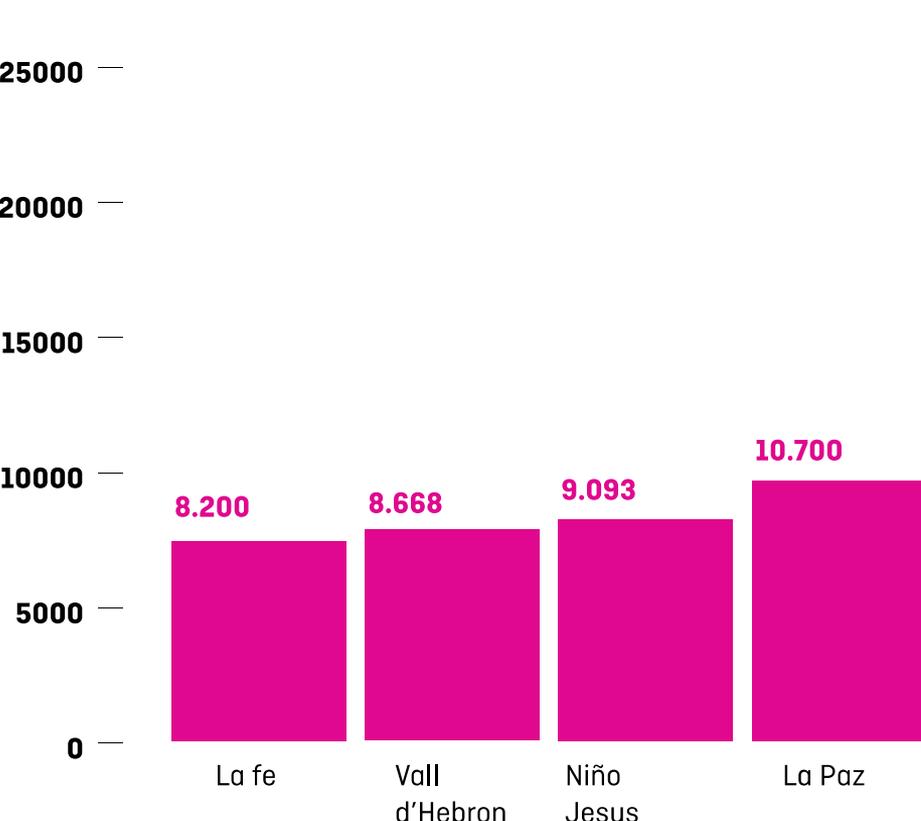
Resultados



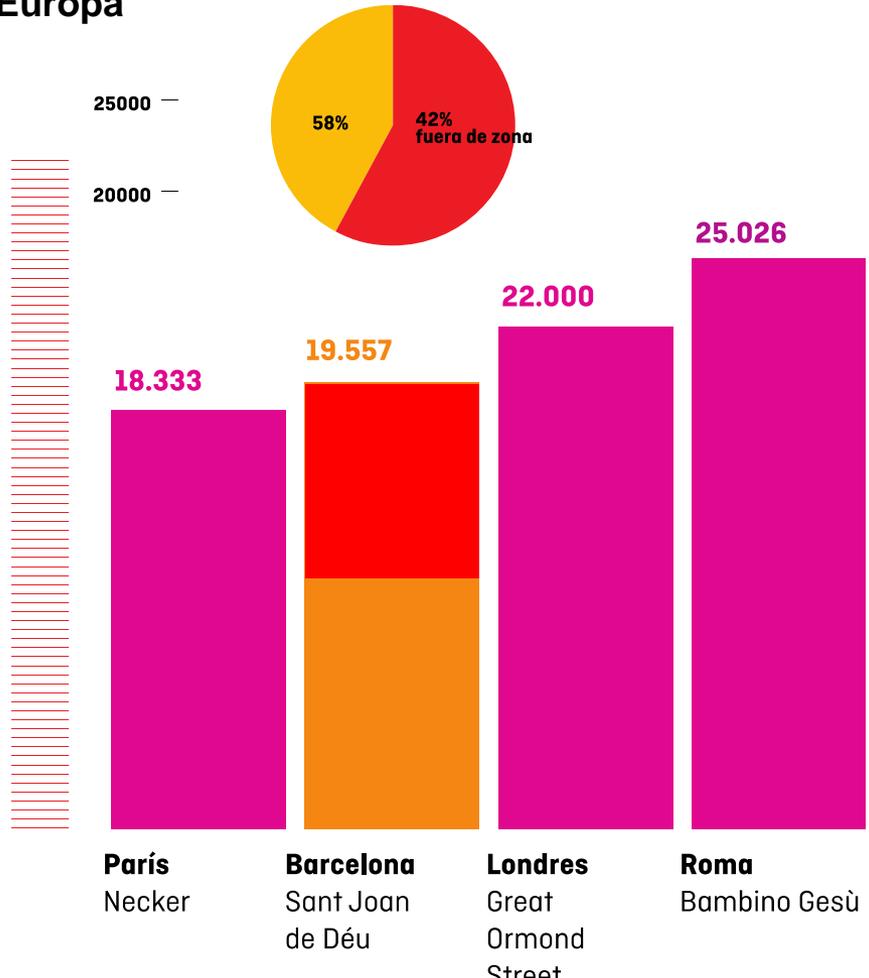
Actividad pediátrica en relación con otros centros españoles y europeos

Altas pediátricas hospitalarias 2011

En España



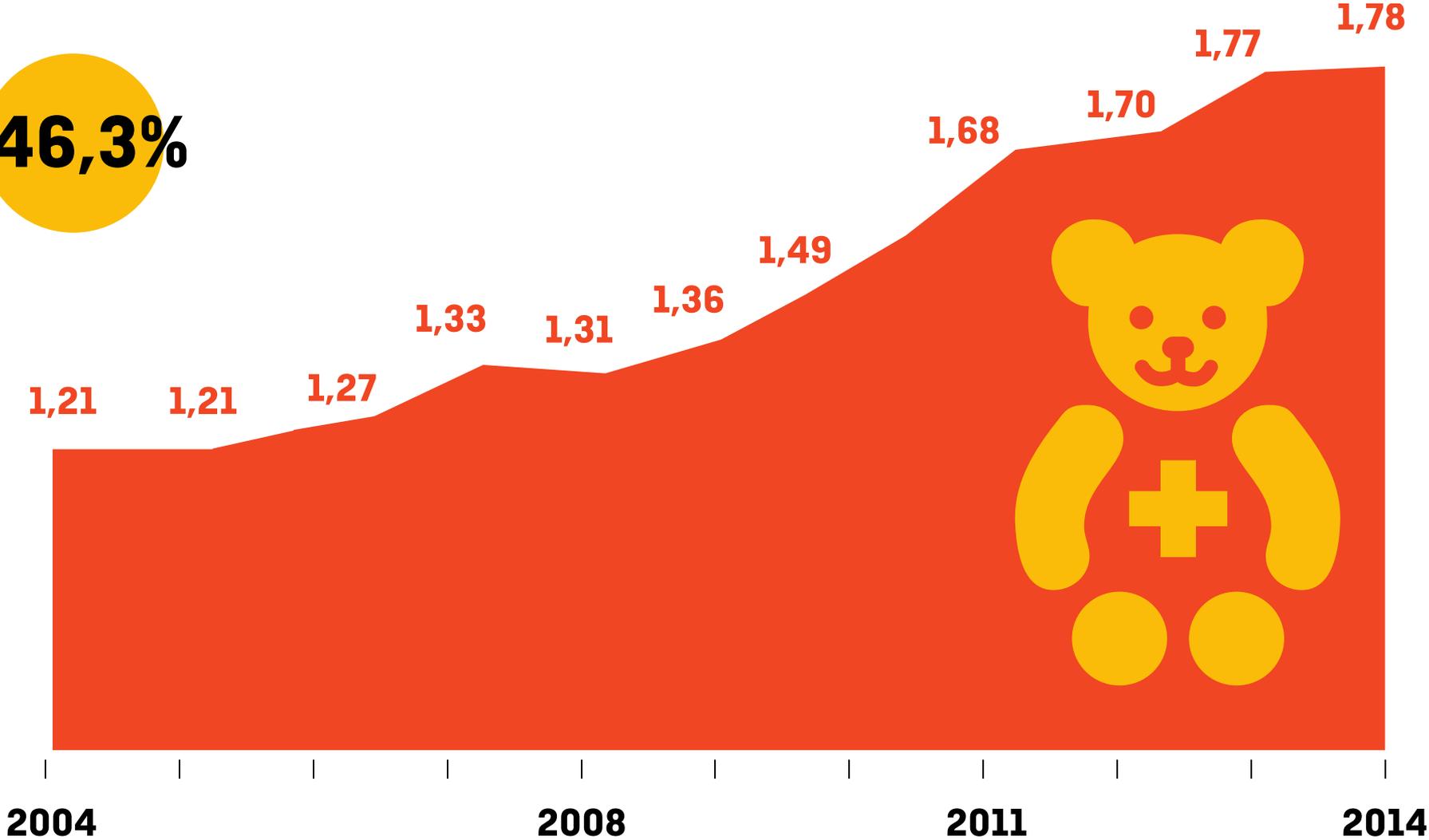
En Europa



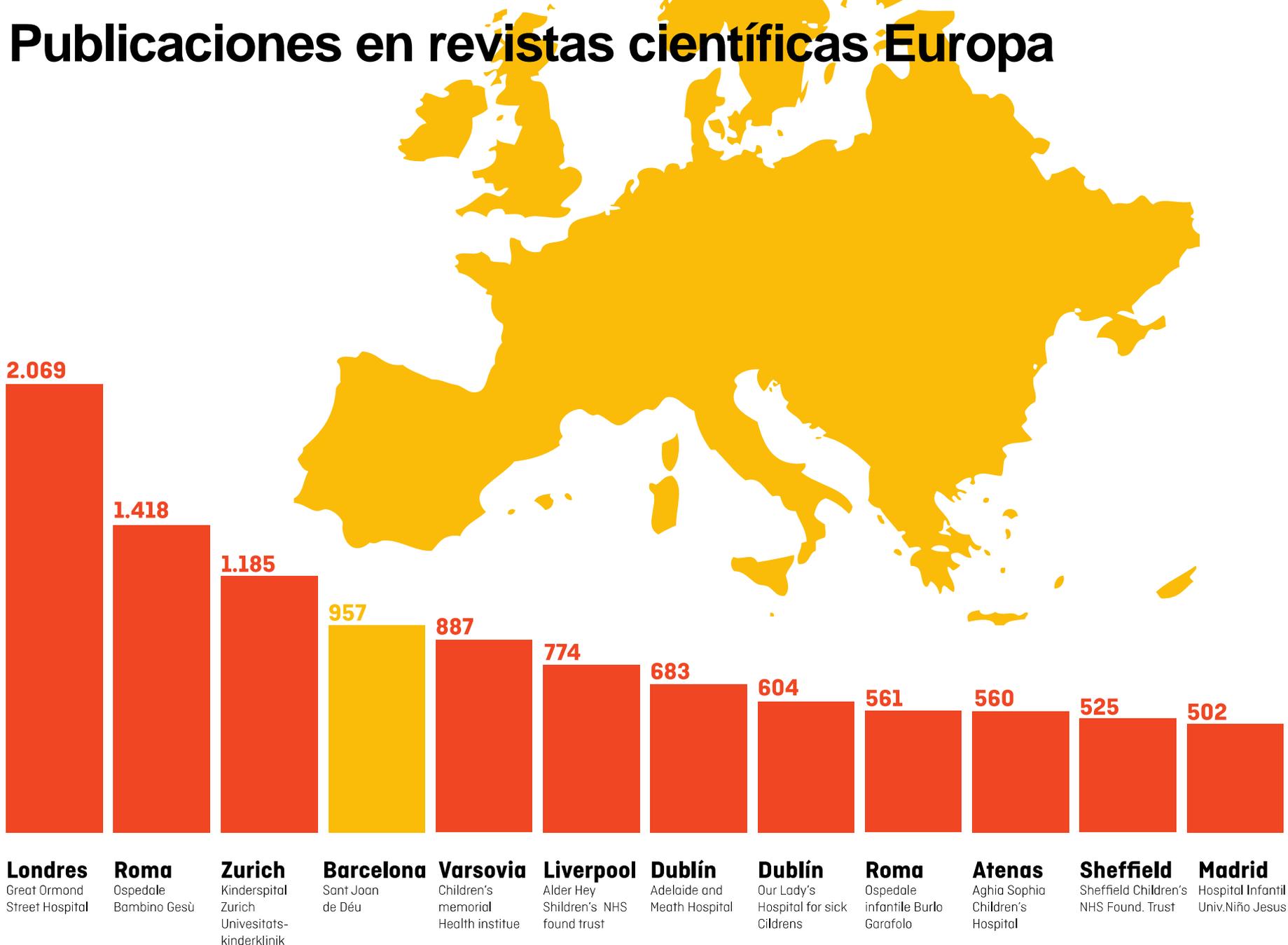
Incremento de la complejidad

Peso medio de las altas pediátricas

+46,3%



Publicaciones en revistas científicas Europa

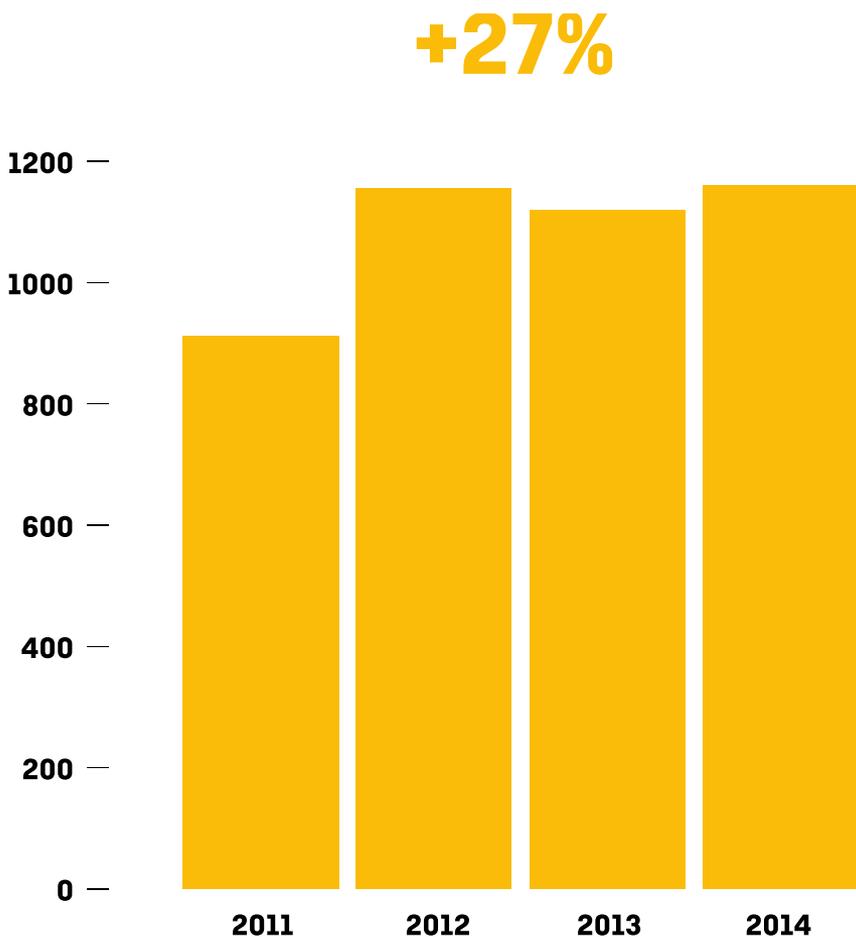


Top 20 IASIST

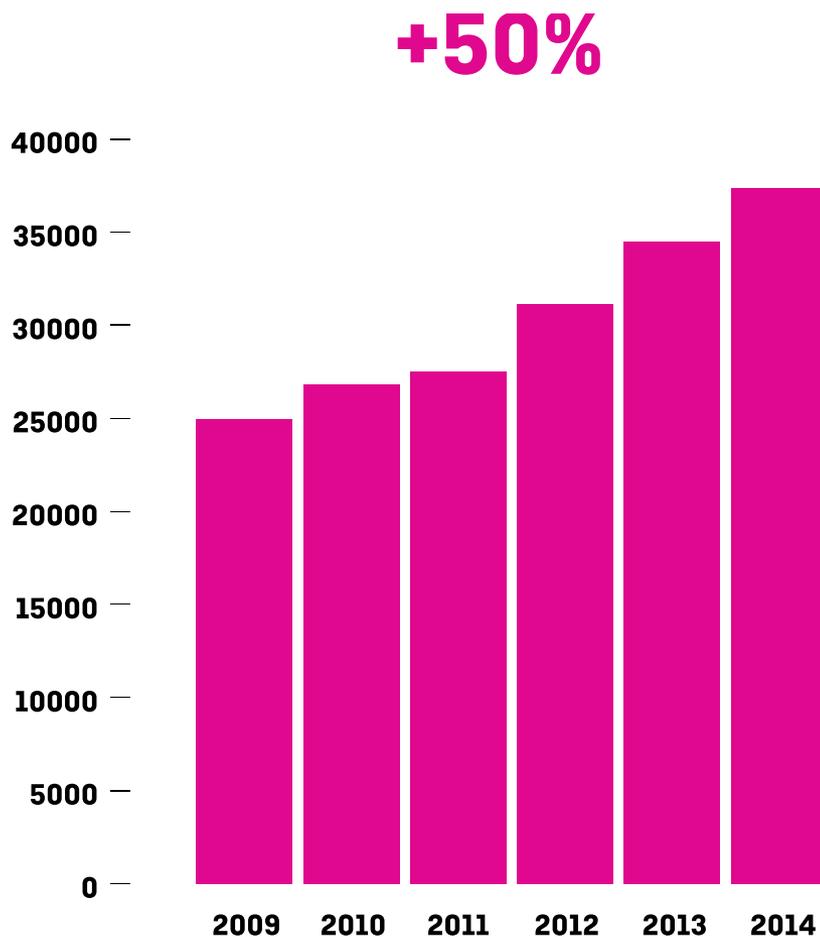


Actividad no catsalut

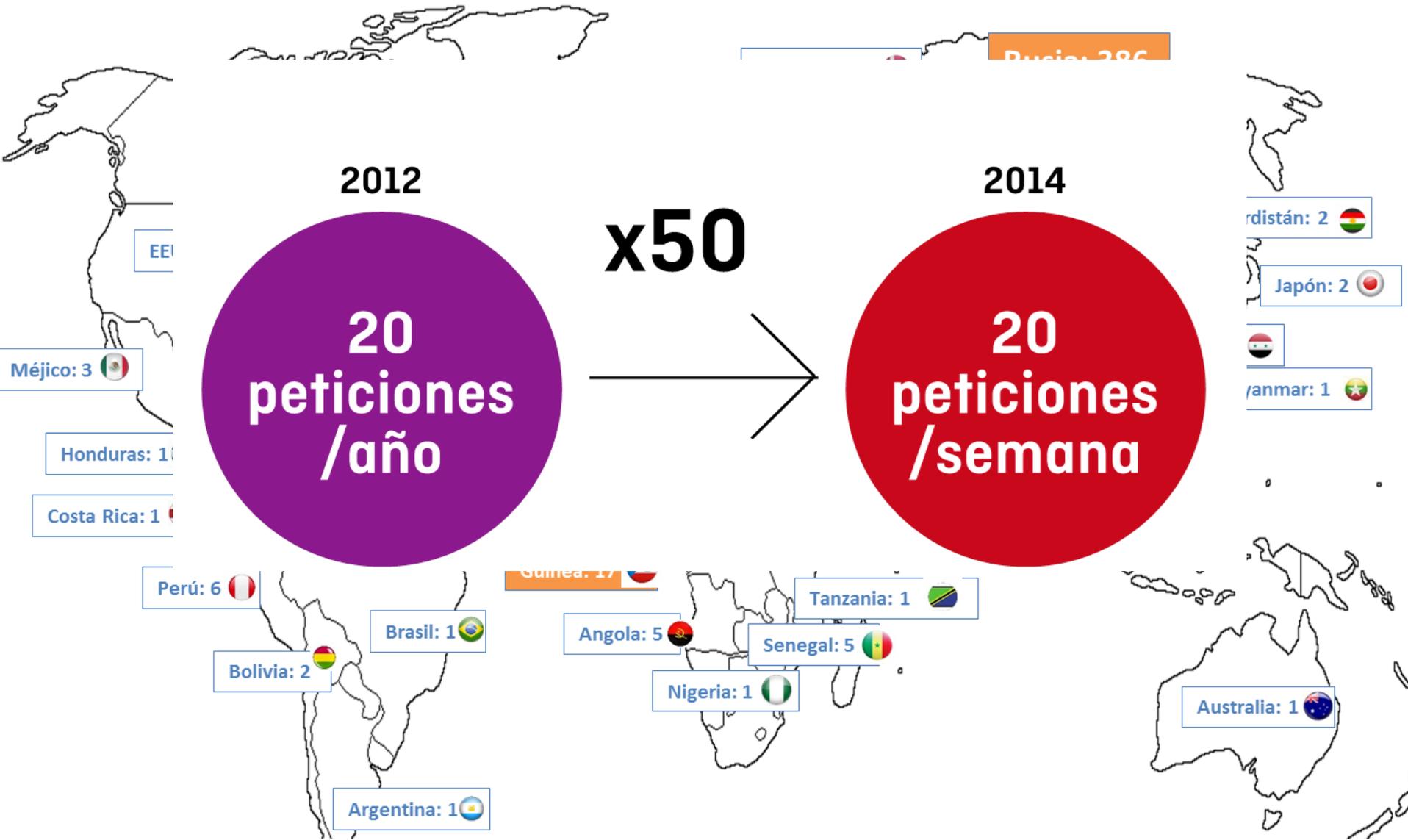
Altas no CatSalut



Consultas no CatSalut



Internacionalización Solicitudes 2014

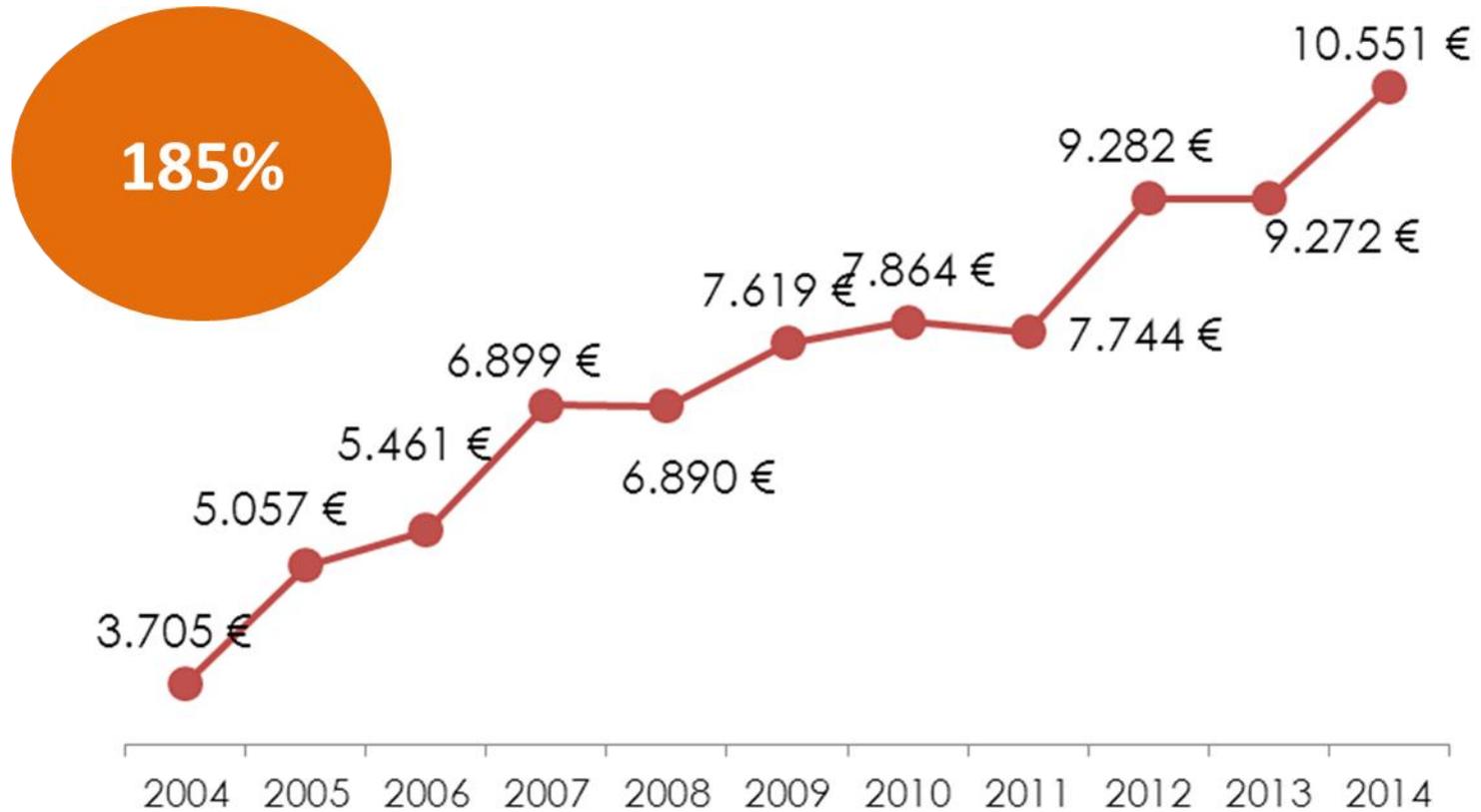


Detalle Actividad. Peticiones 30.ene - 5 febr

Num	Nom Pacie	Pais	Servei	Metge	Orientacion Diagnostica	Broker	Canal
1082	NADOLU B	GUINEA EQUATORIAL	CARDIOLOGIA	PRADA MARTINEZ FR	Buf cardíac. Nadó d'1 mes. C	MEDICAL ADVANTAGE	eMail
1084	SUAREZ CA	VENEÇUELA	NEUROLOGIA	NASCIMENTO OSORI	DISTROFIA MUSCULAR	FUNDACIO SIMON BOLIVAR	eMail
1086	Al Eabri Abd	UNIÓ DELS EMIRATS ÀF	OFTALMOLOGIA	SERRA CASTANERA A	GLAUCOMOA BILATERAL	AGREGADURIA MILITAR DELS	eMail
1087	ZOHIR ELM	ALGÈRIA	OTORRINOLARING	HAAG OLIVER HEINZ	Fem pressupost segons bare	Prise en Charge Espagne - Ma	eMail
1088	Anishchenk	RÚSSIA	OBSTETRICIA	ZZZ	CESAREA - ENVIADO PPTO20	GMO GROUP LTD	eMail
1089	Tcshanturia	TURQUIA	ONCOLOGIA	MORALES LA MADRID	glioma - enviado morales- re	PAATA RATIANI	eMail
1090	Abazova Sa	RÚSSIA	CIRURGIA	RODO SALAS JUAN	REAMPLANTACION DE URET	BARCELONA MEDICAL CONS	eMail
1091	LIVSHITS M	ESPANYA	OTORRINOLARING	HAAG OLIVER HEINZ	Adenoiditis - CONCERTADA I	PRIVATS IPSJD	Telefonic
1092	Gorelova P	RÚSSIA	OBSTETRICIA	GOMEZ ROIG MARIA	PARTO - VISITA INFORMATI	GMO GROUP LTD	eMail
1093	Kadyrova E	RÚSSIA	OFTALMOLOGIA	PRAT BARTOMEU JO	The retina is adjacent, vitreo	PRIVATS IPSJD	eMail
1094	PACIENTE I	COLÒMBIA	IMMUNOAL·LERG	PLAZA MARTIN ANA I	ALERGIA, LA MAMÁ SOLICIT	PRIVATS IPSJD	eMail
1095	KADRI Mer	ALGÈRIA	OBSTETRICIA		Enviat cas a Sonia i Dra. Gon	CNEA	Telefonic
1096	MONGELO	PAÏSOS BAIXOS	CIRURGIA CARDIA	CAFFARENA	Paciente operado por Dr.Caf	DR. CAFFARENA	eMail
1097	MENSA BO	GUINEA EQUATORIAL	GASTROENTEROL	MARTIN CARPI FRAN	TRANSTORN GASTRO. PRESS	PRIVATS IPSJD	eMail
1098	MOÑAO BO	GUINEA EQUATORIAL	OTORRINOLARING	HAAG OLIVER HEINZ	VALORACION FALTA DE AUD	PRIVATS IPSJD	eMail
1099	Alekhin Kiri	RÚSSIA	ONCOLOGIA	MORALES LA MADRID	anaplastic ependymoma - er	BARCELONA MEDICAL CONS	eMail
1100	Khiminets \	UCRAÏNA	NEUROCIRURGIA	GUILLEN QUESADA A	Spinal neurogenic bladder	BARCELONA MEDICAL CONS	eMail
1101	Dmitrieva I	RÚSSIA	NEUROCIRURGIA	GUILLEN QUESADA A	lipoma de la parte lumbosac	BARCELONA MEDICAL CONS	eMail
1102	Bessonova	RÚSSIA	CARDIOLOGIA	PRADA MARTINEZ FR	hipertrofia del ventrículo - e	BARCELONA MEDICAL CONS	eMail
1103	Kravets Rus	RÚSSIA	HEMATOLOGIA	CATALA TEMPRANO /	Secondary myelodysplastic s	GMO GROUP LTD	eMail
1104	MOULA NA	ALGÈRIA	OFTALMOLOGIA		Estrabismo. Sonia	CNEA	eMail
1105	DIOSADO M	GUINEA EQUATORIAL	CIRURGIA	TARRADO CASTELLAF	HIRCHSPRUNG-	PRIVATS IPSJD	Presencial
1106	CHIDERA C	NIGÈRIA	NEUROLOGIA		FALTA INFO- LA FAMILIA EN	PRIVATS IPSJD	Presencial
1107	AMINE BEN	ALGÈRIA	CIRURGIA	TARRADO CASTELLAF	ABLACION TOTAL PULMON	Prise en Charge Espagne - Ma	eMail
1109	AL OTEIBI E	KUWAIT	OTORRINOLARING	LOGOLOGIA	INFO PEDIDA A LA FAMILIA C	HEALTH TOURISM (LINO)	WEB
1110	ALLALI ZO	ALGÈRIA	OTORRINOLARING	HAAG OLIVER HEINZ	VALORACION HIPOACUSIA-I	Prise en Charge Espagne - Ma	eMail
1112	Vincze Lore	ROMANIA	NEUROLOGIA		PEDIDA INFO A LA FAMILIA	HEALTH TOURISM (LINO)	WEB
1114	BOUCHRA	ALGÈRIA	NEUROCIRURGIA	CANDELA CANTO, SA	CIRUGIA DE CRANEOSTENO	PRIVATS IPSJD	eMail
1115	Enjed Moh	SÍRIA	CIR.ORTOPEDIA-TRAUMA		pedida info a la familia- ima	PRIVATS IPSJD	WEB
1116	Enjed Abdu	SÍRIA	NEUROLOGIA	ZZZ	se pedio info a la familia. M	PRIVATS IPSJD	eMail
1117	TINZOULIN	QATAR	NEUROLOGIA	RAMIREZ CAMACHO /	CIRUGIA DE CRANEOTOMIA	PRIVATS IPSJD	Presencial
1119	Anne Blon	GUINEA	CIR.ORTOPEDIA-T	TARRADO CASTELLAF	ULCERA GASTRO-DUODENA	BARCELONA MEDICAL CONS	eMail
1120	Khasanova	RÚSSIA	HEMATOLOGIA	CATALA TEMPRANO /	Anemia aplásica idiopática -	MEDICAL CARE BARCELONA	eMail
1121	Bond Steffa	REGNE UNIT	CIRURGIA	GARCIA APARICIO LU	PDTE. INFORMES - 05.02.20	PRIVATS IPSJD	Telefonic

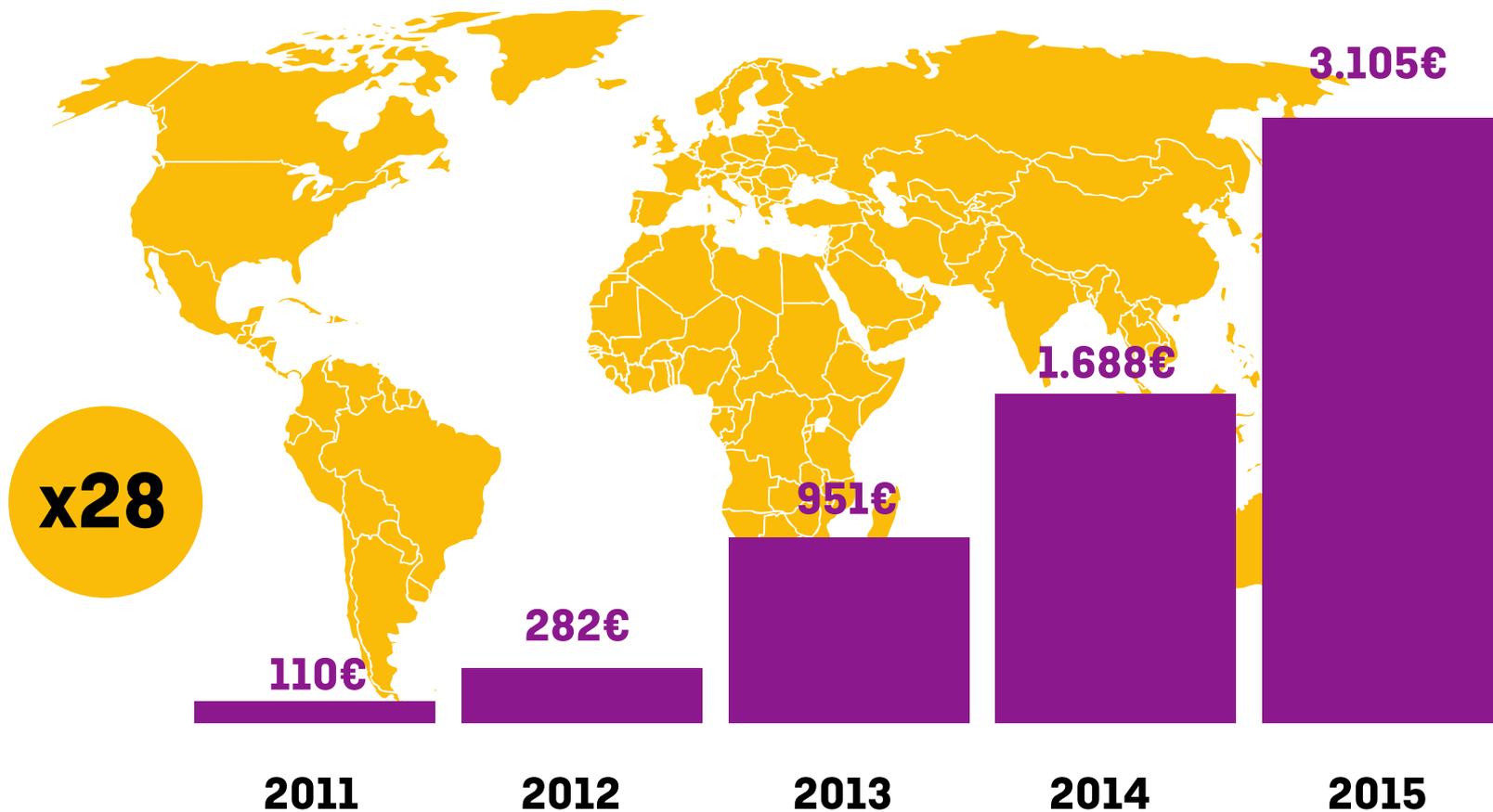
Diversificación de ingresos

Facturación no CatSalut



Diversificación de ingresos: internacionalización

Facturación internacional



- 1. El modelo actual. Resultados. Sostenibilidad**
- 2. Las Reformas estructurales**
- 3. Resumen**

Resumen

Retos

Sostenibilidad
economica

Fragmentación
y complejidad
de la asistencia

Pacientes
Expertos y
participativos

Reformas

Cobertura

Empresarialización
Compra de servicios
Integración proveedores

Implicación
profesionales

Gestion
clinica y de
operaciones

Experiencia
Paciente
E-health

Barreras

Lobbies
políticos, sindicatos,
profesionales

Reformas estructurales y barreras

MACRO

MESO

✓ Cobertura

- Población
- Cartera de servicios
- Copago

Financiación
Cobertura

Gobierno/
Autoridad
sanitaria

Presupuesto/Compras
Provisión de servicios

- ✓ Separación compra-provisión
- ✓ Compra de servicios
- ✓ Integración proveedores
- ✓ Implicación profesionales

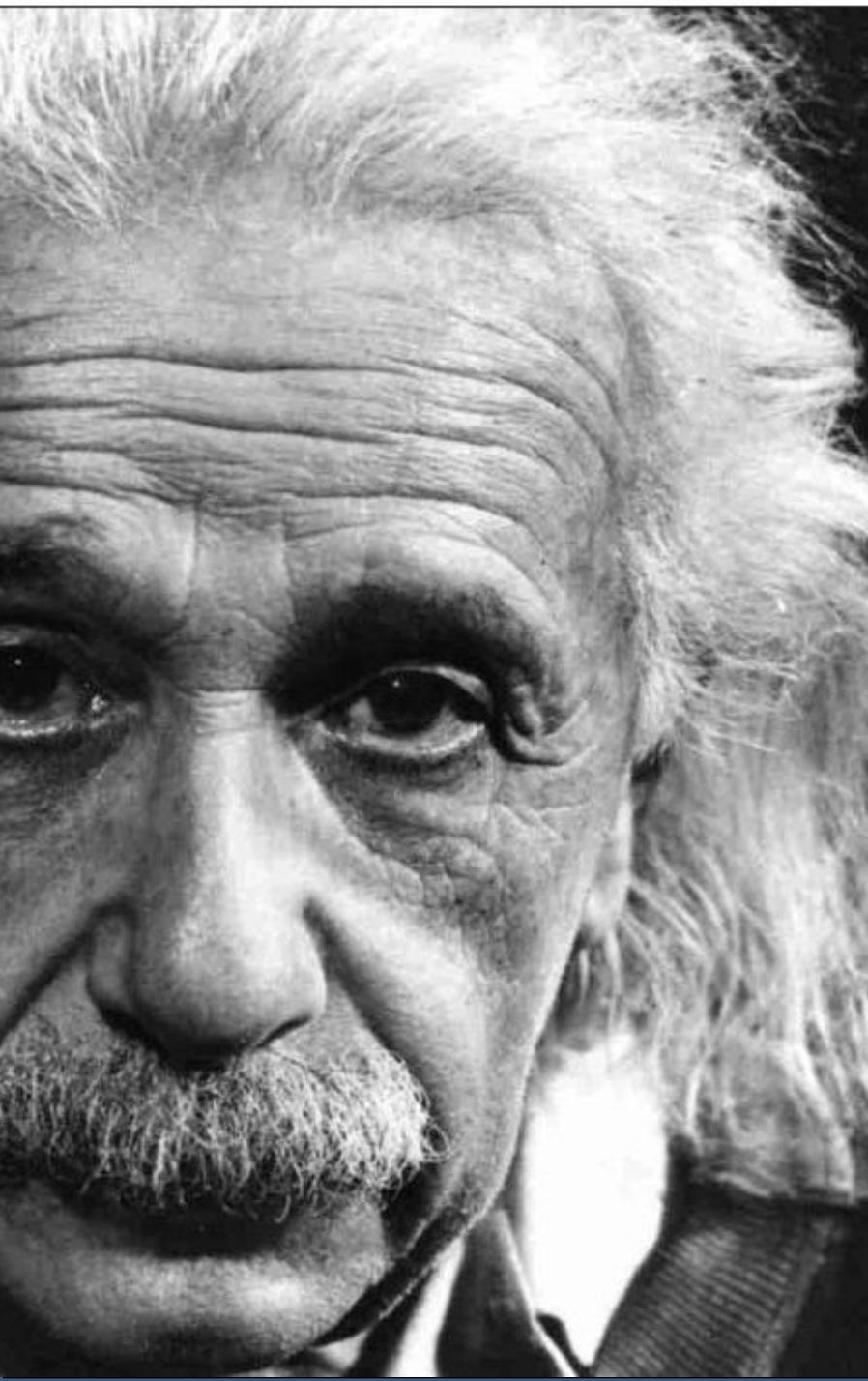
Ciudadanos

MICRO

- ✓ Gestión clínica, gestión de operaciones, seguridad clínica...
- ✓ Orientación al paciente
- ✓ E health

Proveedores de servicios

OS



La crisis es la mayor bendición que le puede pasar a las personas y a los países, porque la crisis conduce al progreso.

Es durante la crisis cuando nace la inventiva, los descubrimientos y las grandes estrategias.