

CALASS 2013. Les maladies chroniques, un enjeu pour les systèmes de santé, un enjeu de société

Mitos e Realidades no Cuidado do Paciente Crônico

Joan Barrubés

Rennes,

ANTARES
consulting 



**Epidemiologia:
incidência e
prevalência**

**Há uma grande
proliferação de
propostas sobre
tudo em IT**

**Razões para pensar
em atenção integral ao
Paciente Crônico**

Custo da atenção

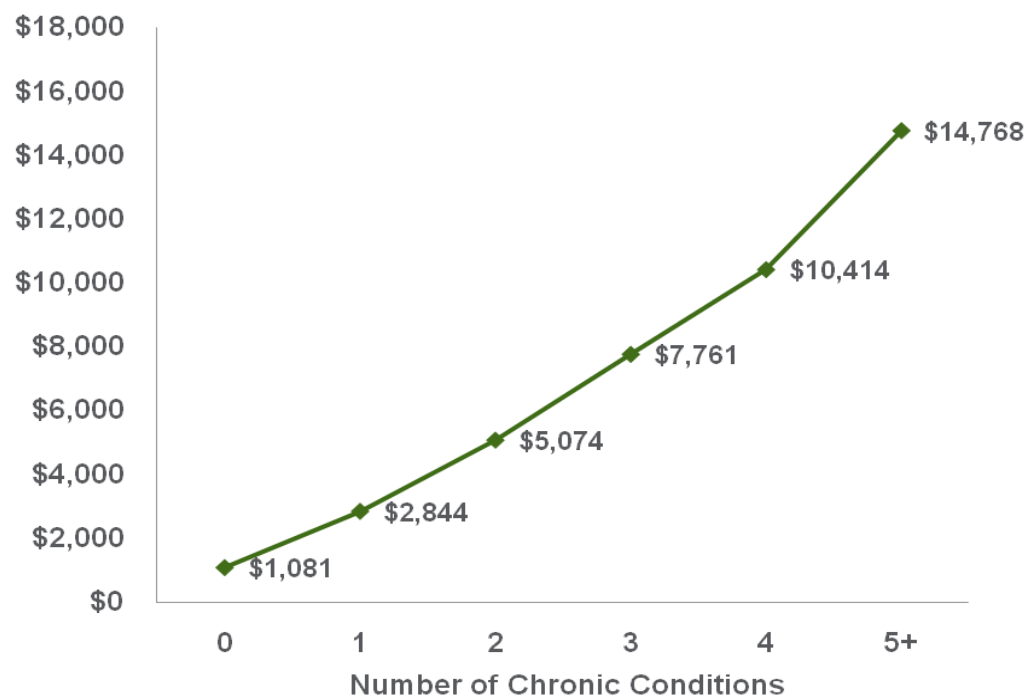
**Crise do modelo
assistencial**

Custos: O Cuidado com a Saúde aumenta o valor em função da condição do número de crônicos

Comparação de indivíduos sem a condição de crônico:

- Os gastos são quase **3 vezes** maior para alguém em uma condição crônica
- Os gastos são **7 vezes** maior para alguém com três condições crônicas
- Os gastos são **15 vezes** maior para alguém com cinco ou mais doenças crônicas

Média per capita com despesas em Saúde

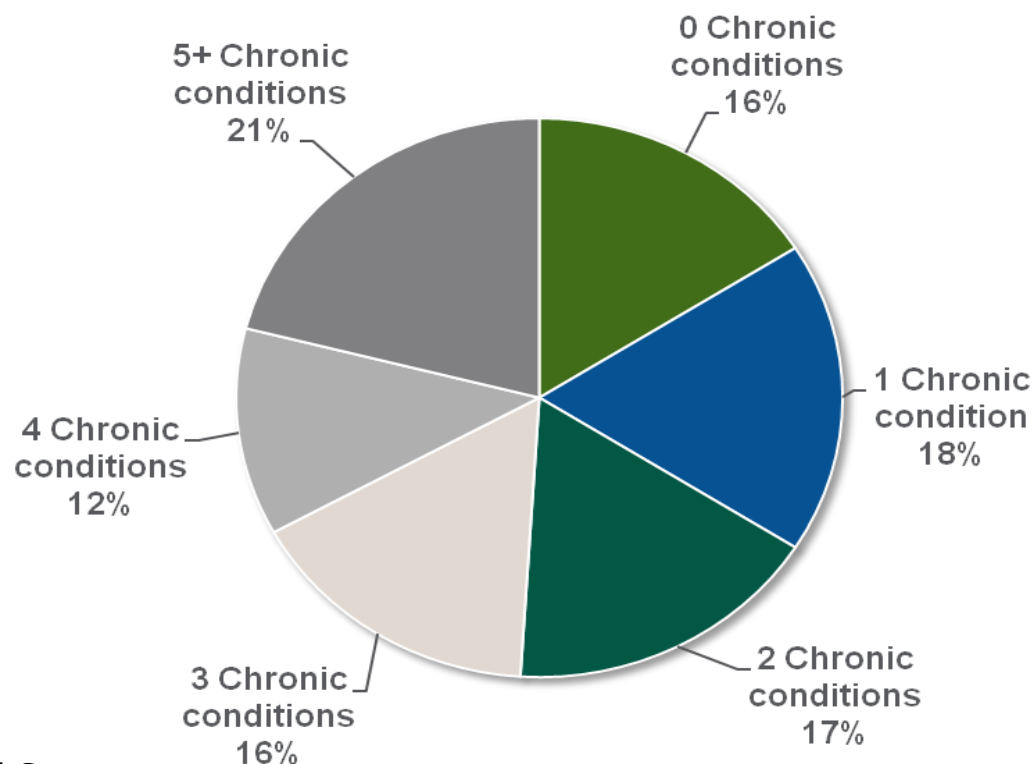


Source: Medical Expenditure Panel Survey

Custos: mais de 60% dos gastos de saúde são de pessoas com múltiplas condições crônicas

- **15%** dos gastos são de **50%** da população que não tem condições crônicas .
- **18%** dos gastos são para **22%** da população que tem apenas uma condição crônica.
- **17%** dos gastos são para **12%** da população que tem 2 condições crônicas.
- **16%** dos gastos são para **7%** da população que tem 3 condições crônicas.
- **12%** dos gastos são para **4%** da população que tem 4 condições crônicas.
- **21%** dos gastos são para **5%** da população que tem 5 ou mais condições crônicas.

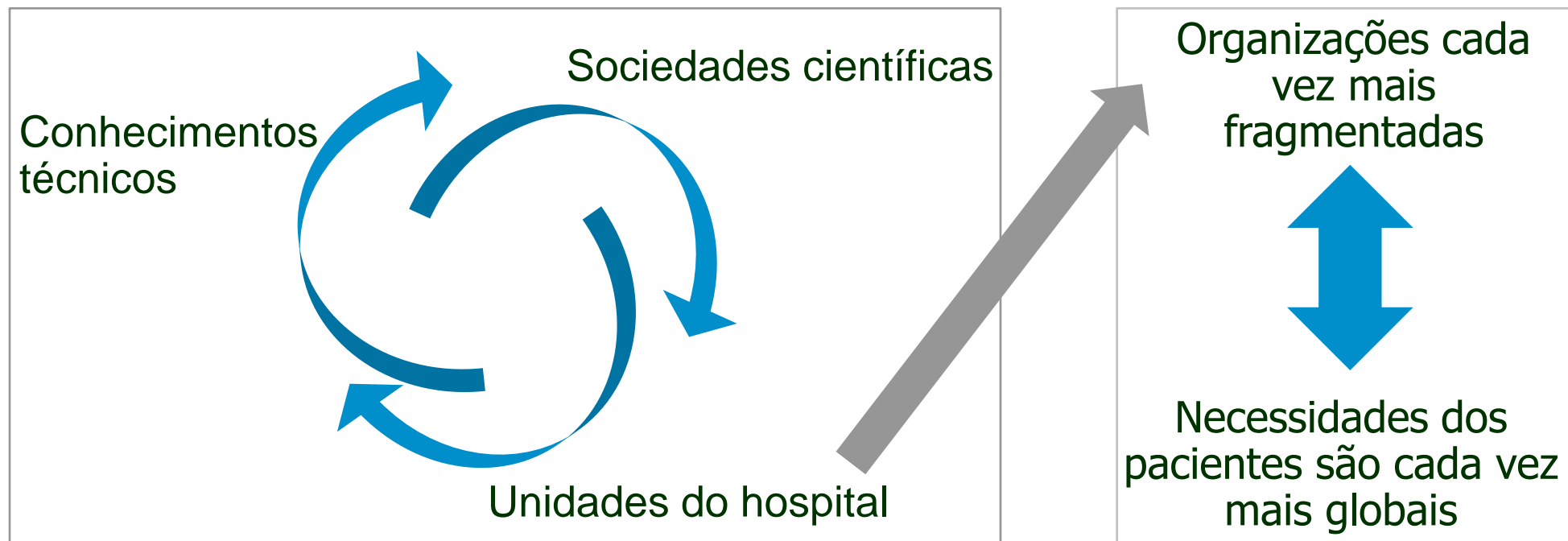
Porcentagem total dos gastos em Saúde pelo número de condições crônicas



Source: Medical Expenditure Panel Survey

Modelo assistencial

O atual modelo de hospital favorece o desenvolvimento do conhecimento e da especialização oferecida:



**Epidemiologia:
incidência e
prevalência**

**Há uma grande
proliferação de
propostas sobre
tudo em IT**

**Razões para pensar
em atenção integral ao
Paciente Crônico**

Custo da atenção

**Crise do modelo
assistencial**

**Está na moda, mas há uma confusão conceitual e
operacional !**

7 Mitos, 7 Realidades

Mito

1

Realidade

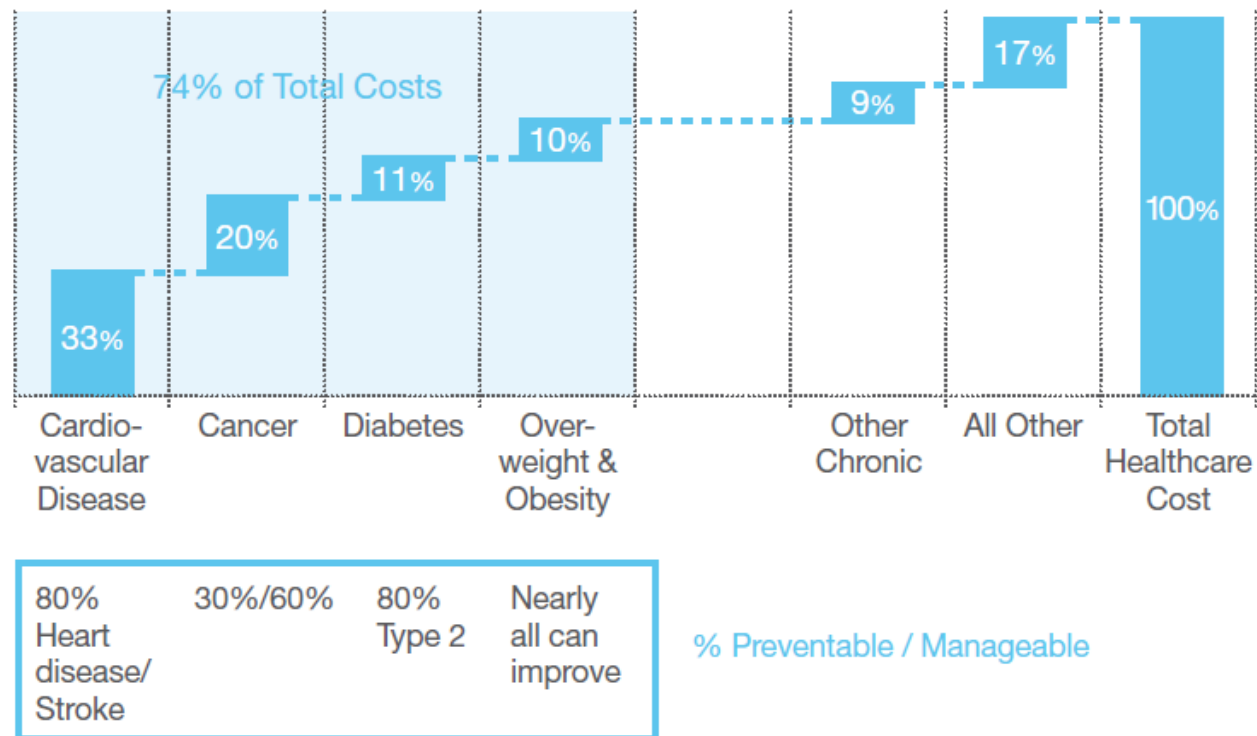
Qualquer patologia crônica é ideal para um sistema de gestão de crônicos

A seleção das patologias prioritárias devem responder a critérios de um potencial impacto

De alto impacto econômico, epidemiológico e com fatores de risco e de progressão modificáveis

Contribuição das enfermidades crônicas no custo do sistema de saúde

Four Chronic Conditions Compromise 74% of Costs
Cost Distribution by Disease State



Fuente: U.S. Senate Republican Policy Committee. Federal constraints on healthy behavior and wellness programs: the missing link in health care reform, april 21, 2009.

7 Mitos, 7 Realidades

Mito

2

A cronicidade é um novo problema que necessita de mais e de diferentes recursos de saúde

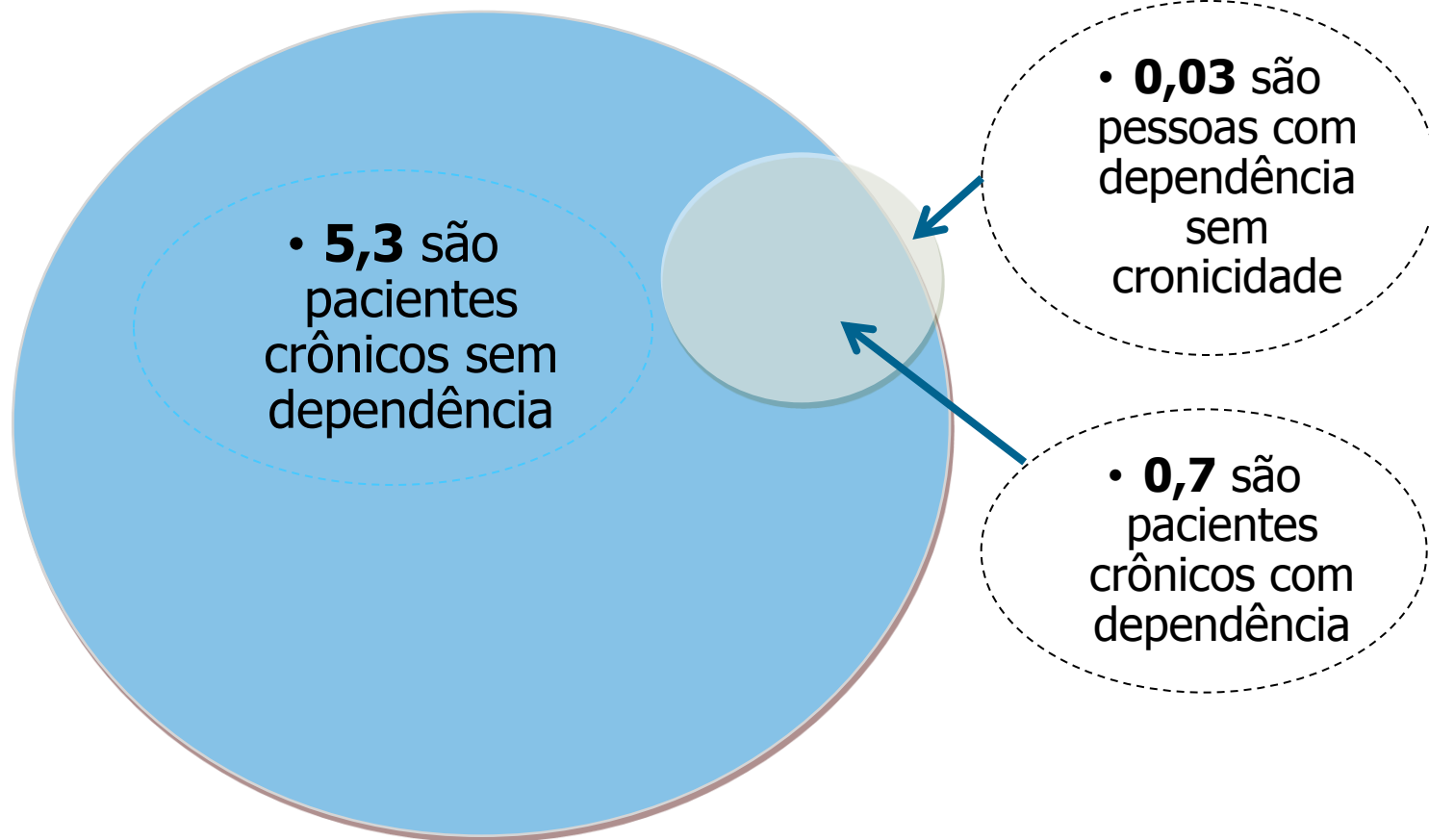
Realidade

Existe uma importante relação entre a cronicidade e dependência, que requer uma atuação conjunta

De cada 10 adultos, 5 tem alguma enfermidade crônica, 1 também apresenta dependência

De cada 10 pessoas:

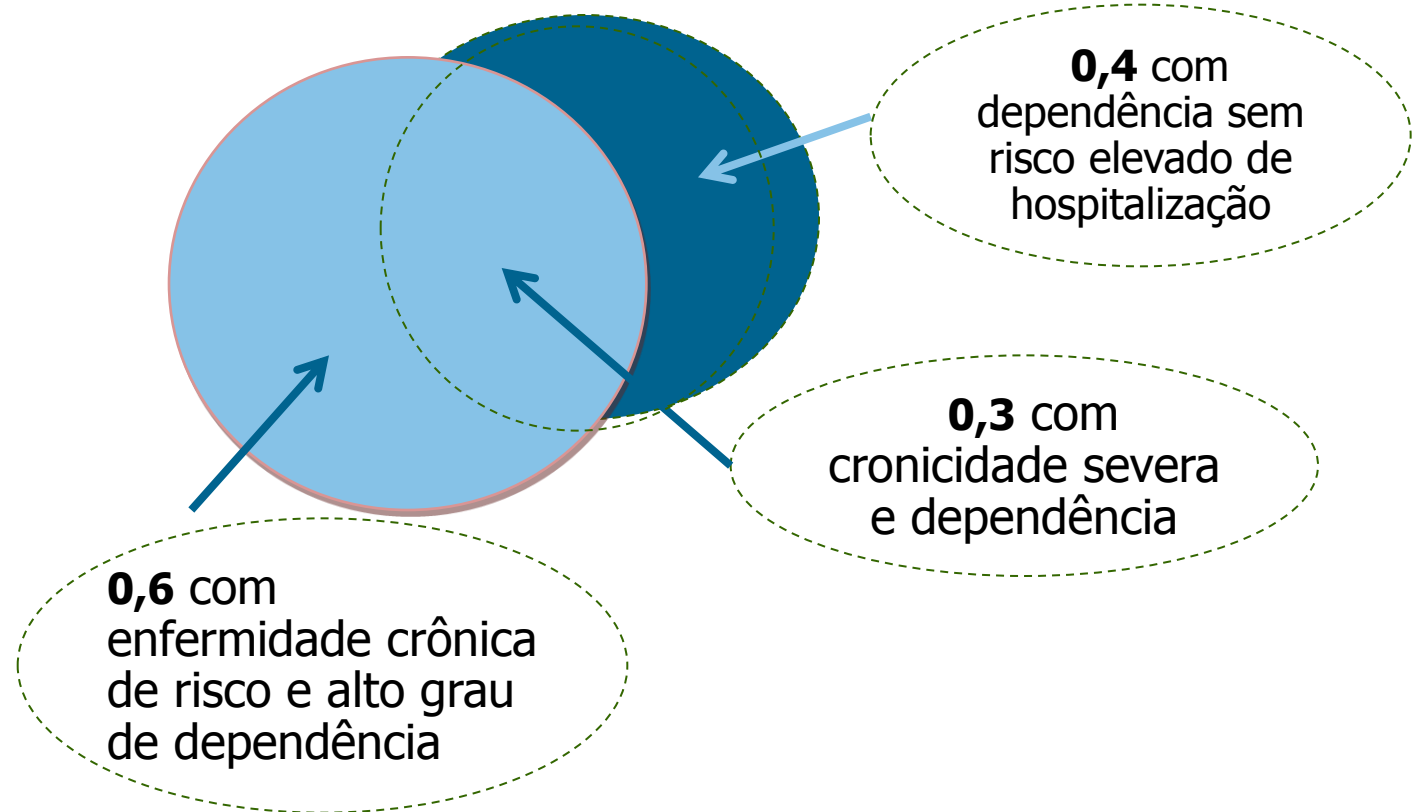
- **4,7** pessoas não tem enfermidade crônica nem dependência



15% da população são pacientes crônicos com risco ou pacientes dependentes

De cada 10 pessoas:

- **8,7** pessoas não tem dependência e nem cronicidade severa com risco de hospitalização



7 Mitos, 7 Realidades

Mito

O Disease

Management é um sistema inventado no EEUU que organiza o acompanhamento clínico, embora com impacto limitado nos resultados clínicos e custos

3

Realidade

O Disease

Management é um sistema de gestão clínica utilizado em todo o mundo e com impacto direto e sustentado em custos e resultados

A finalidade de qualquer modelo assistencial de crônicos deve ser o de melhorar os resultados em saúde

Variável de análises	Estudos	Resultados
Variação na taxa de internação e reinternação	49	<ul style="list-style-type: none"> Em 39 diminuíram Em 7 sem mudanças e em 3 aumentaram
Estadia média	14	<ul style="list-style-type: none"> Em 13 diminuíram
Número de visitas a urgencias	18	<ul style="list-style-type: none"> Em 17 diminuíram
Melhoria na qualidade de vida com “escalas de avaliação” validadas	22	<ul style="list-style-type: none"> Aumentou em 17 estudos
Respeito ao tratamento	11	<ul style="list-style-type: none"> Aumentou em todos os estudos
Redução da variabilidade clínica	6	<ul style="list-style-type: none"> Diminuição em 5 estudos
Custos relacionados com a saúde	37	<ul style="list-style-type: none"> Diminuição em 32 estudos Aumento em 4 e nada em 1

7 Mitos, 7 Realidades

Mito

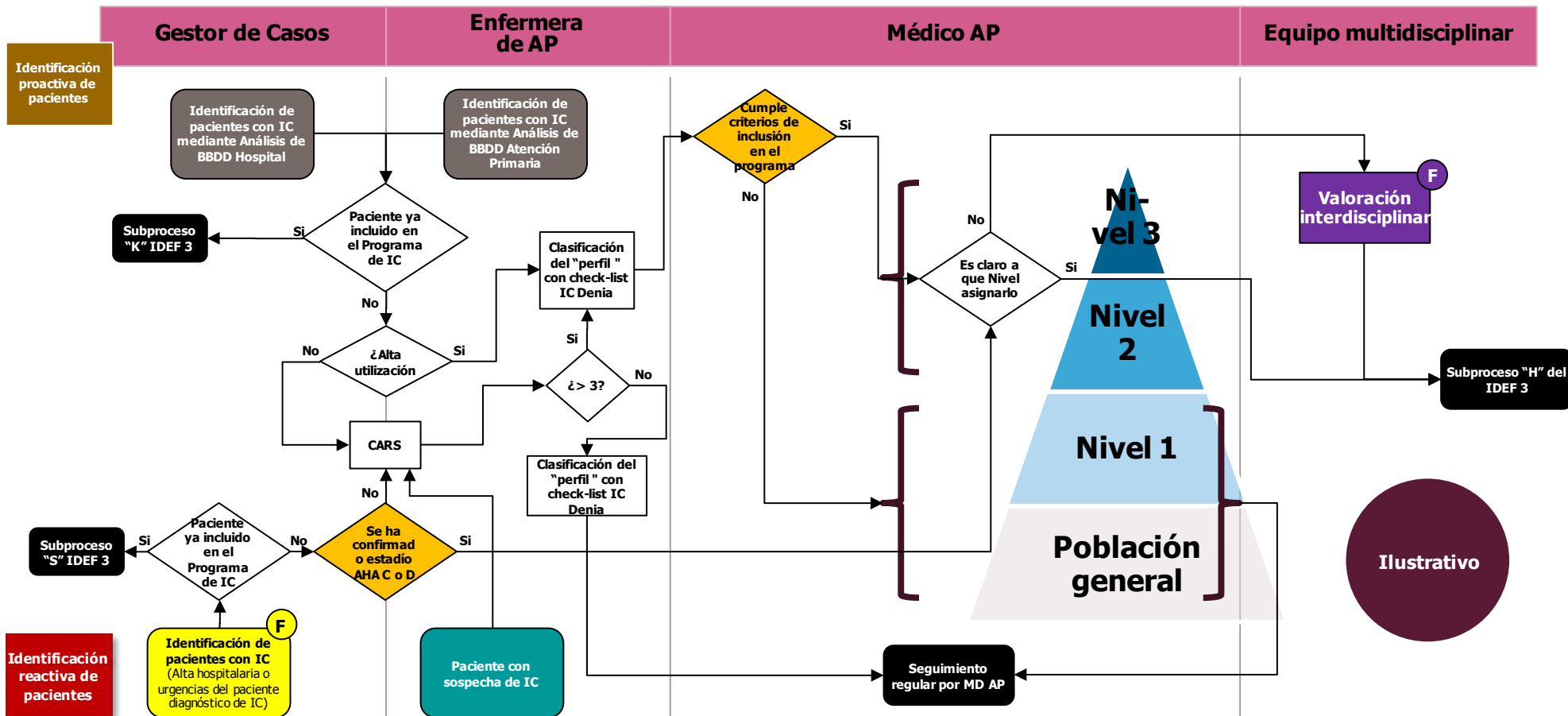
Estes programas devem ser geridos e liderados por um só agente desde a Atenção Primária com o apoio pontual de especialistas

4

Realidade

Estes programas devem ser multidisciplinares, e organizados a partir de processos clínico-assistênciais transversais

Um modelo de funcionamento baseado em um veículo de integração: a via clínica



7 Mitos, 7 Realidades

Mito

O instrumento de identificação de pacientes (*triagem*) é fundamental para o programa de gestão de crônicos, com a verificação da gravidade

5

Realidade

O instrumento de segmentação é importante para identificar os grupos de risco e o modelo de gestão de cuidados e eixo do programa

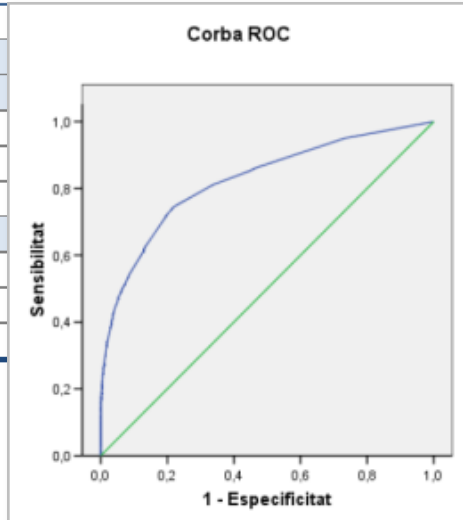
Permite detectar persones com risc de aguditzar a sua enfermidade

	OR (IC 95%)
Característiques sociodemogràfiques	
Sexe (home)	1,34 (1,24 - 1,45)
Edat	
45-64	2,12 (1,89 - 2,36)
>65	6,04 (5,44 - 6,7)
Morbiditat	
Diabetis insulínodendent	2,89 (1,98 - 4,23)
Diabetis no insulínodendent	1,42 (1,28 - 1,57)
Cardiopatia isquèmica	1,64 (1,44 - 1,87)
Insuficiència cardíaca	2,54 (2,13 - 3,03)
Emfisema	2,37 (1,54 - 3,63)
MPOC	1,76 (1,52 - 2,04)

$$\text{Probabilidad} = \frac{\text{OR}}{1 + \text{OR}}$$

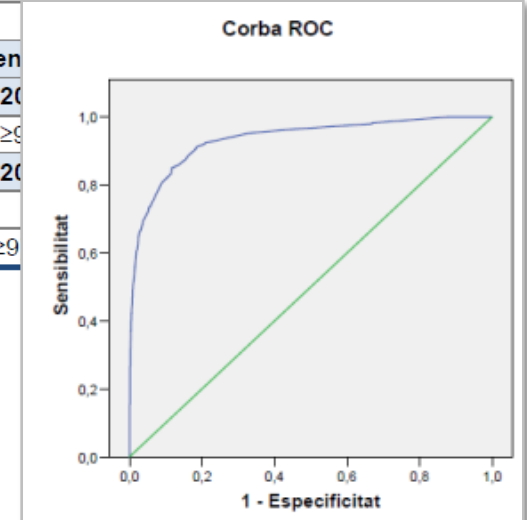
OR	Prob.
5	83,33%
10	90,91%
15	93,75%
20	95,24%
25	96,15%

Diagnòstics concurrents (≥5)
Dispensació ≥4 medicaments
Utilització de serveis/any 2006
Ingressos urgents (≥2)
Ingressos programats (≥2)
Dies d'estada acumulada (≥9)
Utilització de serveis/any 2007
Ingressos urgents (≥2)
Ingressos programats (≥2)
Dies d'estada acumulada (≥9)



	OR (IC 95%)
Característiques sociodemogràfiques	
Sexe (home)	1,41 (1,13 - 1,75)
Edat	
45-64	2,79 (1,73 - 4,51)
>65	19,14 (12,69 - 28,86)
Morbiditat	
Diabetis insulínodendent	5,7 (2,63 - 12,36)
Insuficiència cardíaca	4,23 (3,15 - 5,69)
Emfisema	4,39 (2,25 - 8,56)

MPOC
Dispensació ≥4 medicaments
Utilització de serveis/any 2006
Dies d'estada acumulada (≥9)
Utilització de serveis/any 2007
Ingressos urgents (≥2)
Dies d'estada acumulada (≥9)

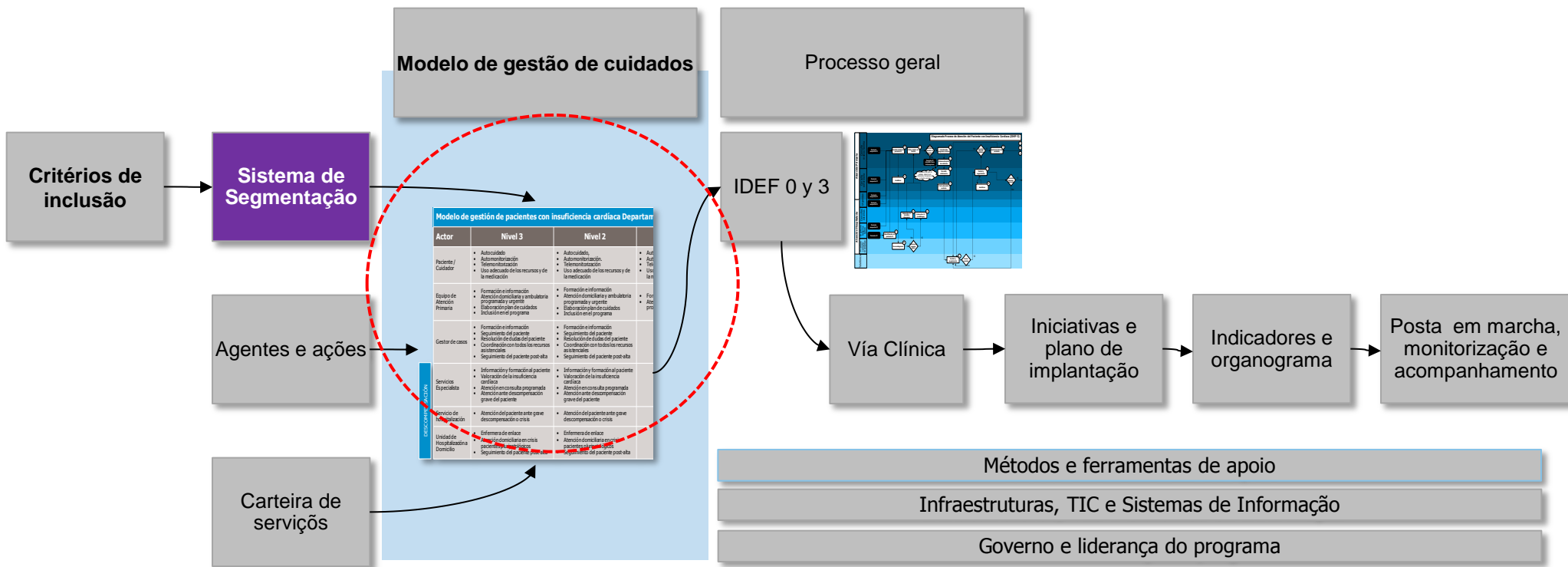


Desenvolupament d'un model predictiu d'ingressos i reingressos hospitalaris no programats a Catalunya

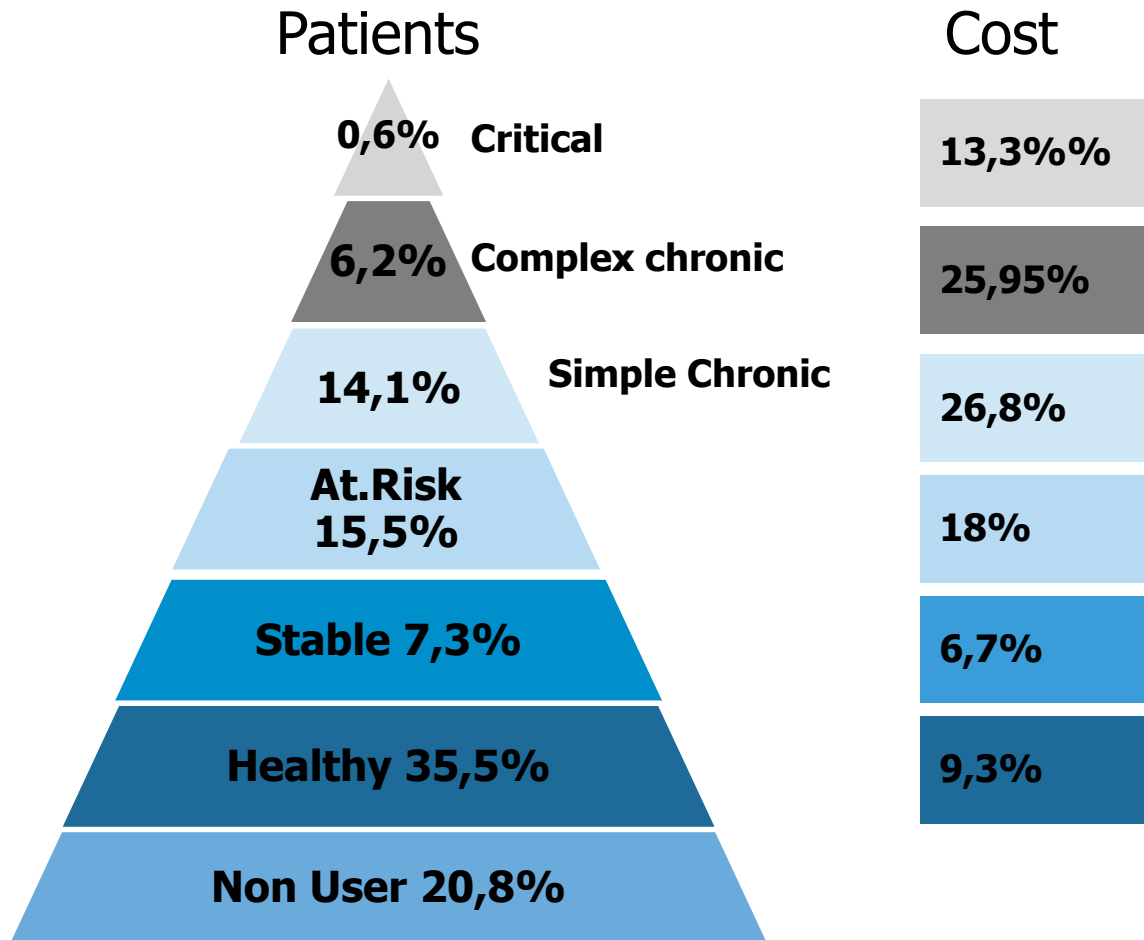
Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

O modelo de gestão de cuidados é o eixo do programa

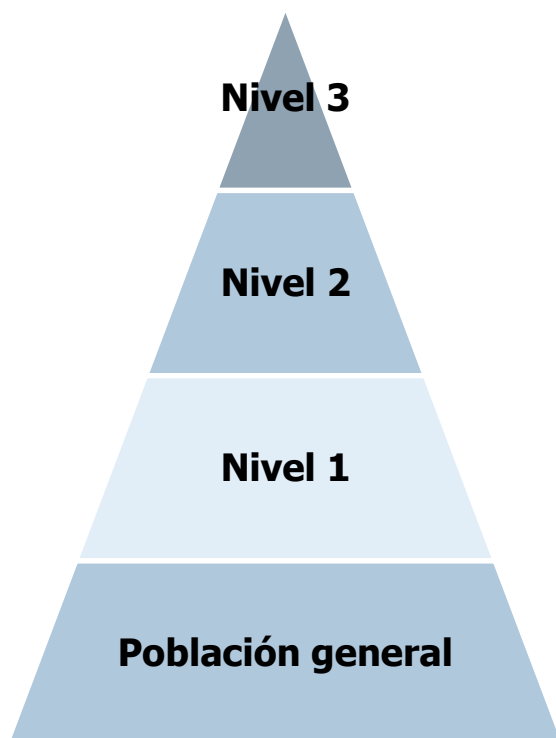


A pirâmide de Kaiser Permanente



Fuente: Rich Keller [Disease Management is Not Enough: Prioritizing Interventions Around Population Segments](#) on 11/27/2012 3:49 PM *Treo's Chief Medical Officer.* <https://www.treoservices.net/sites/blogs/richkeller/lists/posts/post.aspx?id=132>

um exemplo com Insuficiência Cardíaca Congestiva...



Segmentación e identificación de pacientes con insuficiencia cardíaca				
Perfil de paciente crónico		Distribución de crónicos teórica	Estimación pacientes IC en xxxxxxx según prevalencia	Situación real: Datos 2010
Nivel 3: Enfermos crónicos de alta complejidad	Enf. crónica + comorbilidad + necesidades complejas + uso frec. hospital	5%	83	Pacientes con más de dos reingresos 10
Nivel 2: Enf. Crónicos de alto riesgo	Enf. crónica + 1 enf mal controlada + necesidades complejas + ALTO riesgo hospitalización	15%	250	Pacientes con sólo un o dos ingresos 411
Nivel 1: Enf. Crónicos de bajo riesgo	Enf. Crónica y/o necesidades complejas tratables en la comunidad (intervenciones tempranas)	70%-80%	1333	Pac. AP -Pac. Reingresos -Pac. un ingreso 740 (*)
Población general	Población general			
Total			1666	1161

Fuente: Pirámide de segmentación de pacientes de Kaiser Permanente. Datos de población por municipio. Instituto Nacional de Estadística, 2010. Prevalencias Insuficiencia Cardíaca, Ingresos hospitalarios, bases de datos del Departamento de Salud de xxxx. Análisis y representación realizada por Antares Consulting, S.A.

7 Mitos, 7 Realidades

Mito

As TI e TIC estão mudando o paradigma por seu impacto demonstrado na gestão de doentes

6

Realidade

As TI e TIC são a chave e farão o possível modelo assistencial integrado

7 Mitos, 7 Realidades

Mito

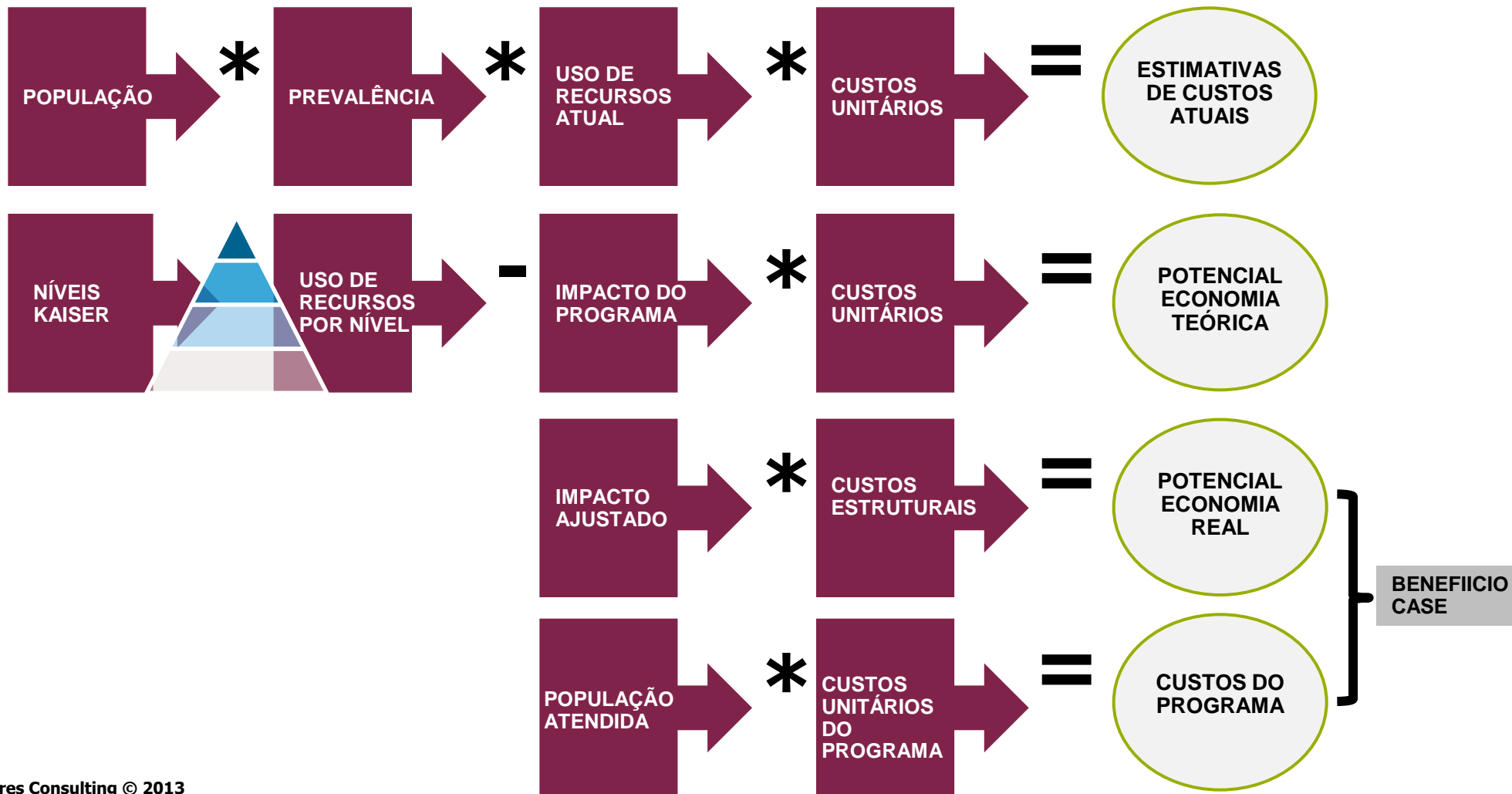
O programa produzirá por si mesmo uma grande economia, reduzindo custos, e esta economia otimizará a eficiência do sistema

7

Realidade

O programa introduzirá eficiência ao sistema, eliminando o gasto inapropriado, mas para os prestadores somente será uma economia real se for eliminado o recurso...

O Business Case deve diferenciar a economia teórica e a economia real



Conclusão: O modelo assistencial atual sofre um grave desajuste por não ter se adaptado a mudança do paradigma epidemiológico



HOJE Curar

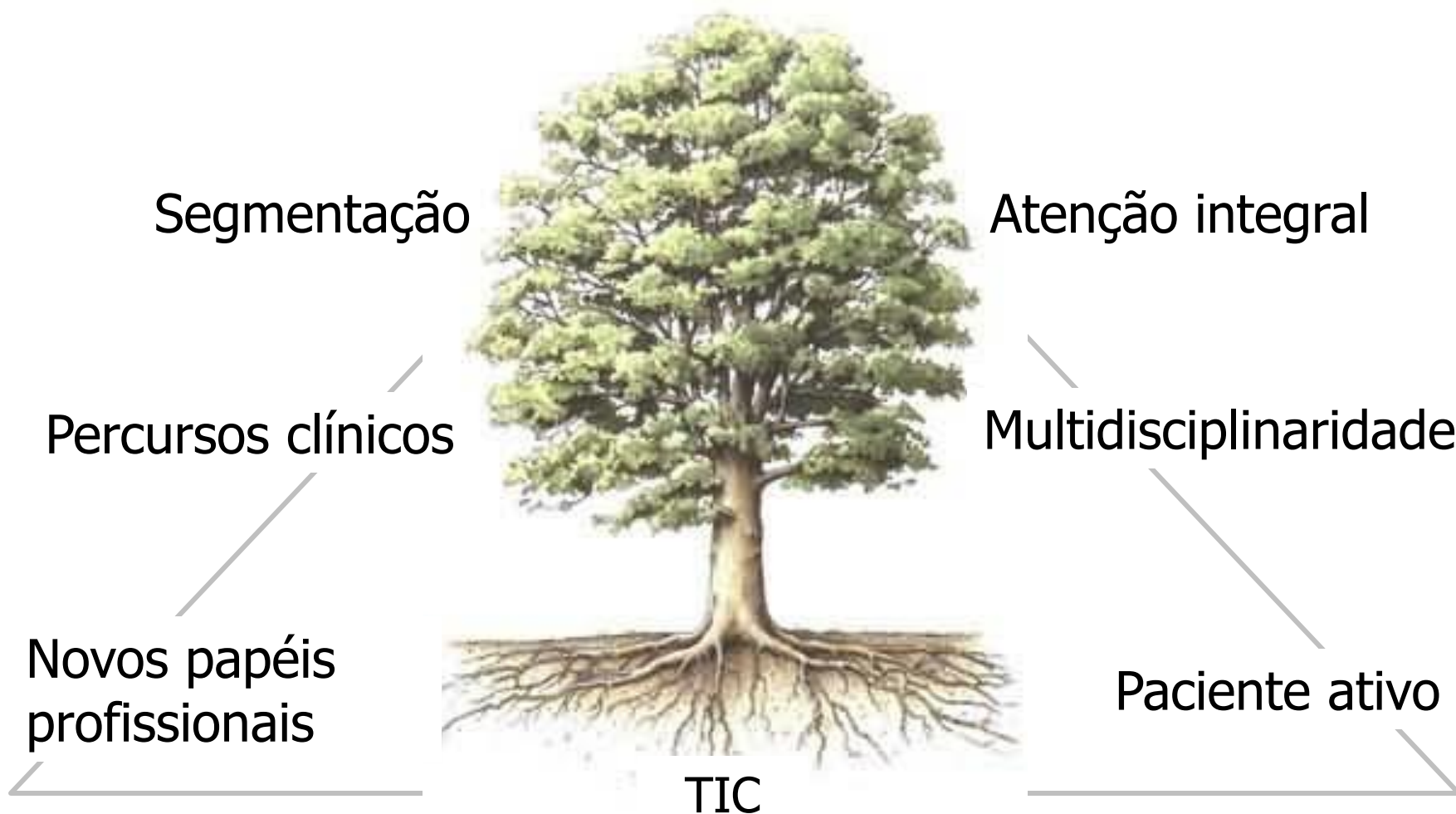
- O paciente aparece
- O paciente é tratado
- O paciente recebe alta
- O paciente desaparece

AMANHÃ - HOJE Curar e cuidar

- O paciente aparece
- O paciente é tratado por equipe multidisciplinar
- O paciente recebe alta com um plano preventivo e de tratamento
- O paciente é ativo e recebe apoio contínuo do sistema
- O paciente tem necessidades de apoio social
- O paciente continua monitorado
- O paciente continua sendo monitorado remotamente e tem seu histórico clínico em meio eletrônico

Fuente: *Modelos en transición. Bengoa, 2008 (Observatorio Kroniker).*

Precisamos desenvolver um novo modelo assistencial... ..que vai coexistir com o presente



A saúde sempre nos planta novos e interessantes desafios, a cronicidade é um deles

Muito obrigado!!

Joan Barrubés

jbarrubés@antares-consulting.com