

PRESENTACION

ESTUDIO DE VIABILIDAD

USSL

ATENCION A PACIENTES CRONICOS, CON PLURIPATOLOGIA Y/O
DEPENDIENTES

- ✧ El marco teórico de referencia de nuestro proyecto
- ✧ La descripción de la Unidad Sociosanitaria Local (USSL) así como de las hipótesis de viabilidad de la misma que nos hemos planteado.

PRESENTACION



Atención
Primaria y
Hospitalaria



Unidad
Sociosanitaria
Local



Servicios
Sociales



PRESENTACION

CONFLUENCIA DE INTERESES

Administración

Personas enfermas

Sector privado

MARCO TEORICO DE REFERENCIA

- ✧ ¿En qué marco se apoya nuestro proyecto?
- ✧ ¿Existe una necesidad real para el desarrollo del mismo?
- ✧ ¿Es posible responder de forma satisfactoria a las necesidades de atención a las personas con enfermedad crónica en un nuevo modelo?

MARCO TEORICO DE REFERENCIA

- A. Existencia de una situación problemática en materia de política sanitaria, debido al incremento de la cronicidad en la población.
- A. Estrategia de crónicos del País Vasco.
- A. Evidencias científicas en otros países.
- A. Importancia que desde las comunidades científicas se da a la prevención.

A. EL INCREMENTO DE LA CRONICIDAD

⇒ LA POBLACION ENVEJECE

Datos del INE (1 de enero de 2011): situación a nivel nacional

- ✧ 8.092.853 personas mayores,
- ✧ el 17,2% sobre el total de la población,
- ✧ representando las personas de 80 y más años el 5,1% de toda la población.

En Euskadi (1 de noviembre de 2011)

- 431.460 personas mayores,
- el 19,79% sobre el total de la población,
- representando las personas de 80 y más años el 6,19% de toda la población.

Previsión según el INE: Personas mayores de 65 años

- ✧ Año 2020 20%;
- ✧ Año 2050 > 30%

A. EL INCREMENTO DE LA CRONICIDAD

⇒ INCREMENTO DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS

A nivel estatal (Encuesta Europea de Salud año 2009):

- ✧ el 45,6% de la población mayor de 16 años padece al menos un proceso crónico y
- ✧ el 22% de la población dos procesos o más, incrementándose estos porcentajes con la edad.

Datos del Ministerio de Sanidad y Política Social:

- hasta el 40 % de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas,
- el 94% está polimedicado,
- el 34% presenta un Índice de Barthel menor de 60,
- y el 37% tiene deterioro cognitivo.

A. EL INCREMENTO DE LA CRONICIDAD

⇒ INCREMENTO DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS

Datos del Ministerio de Sanidad y Política Social, la prevalencia de pluripatología se puede estimar

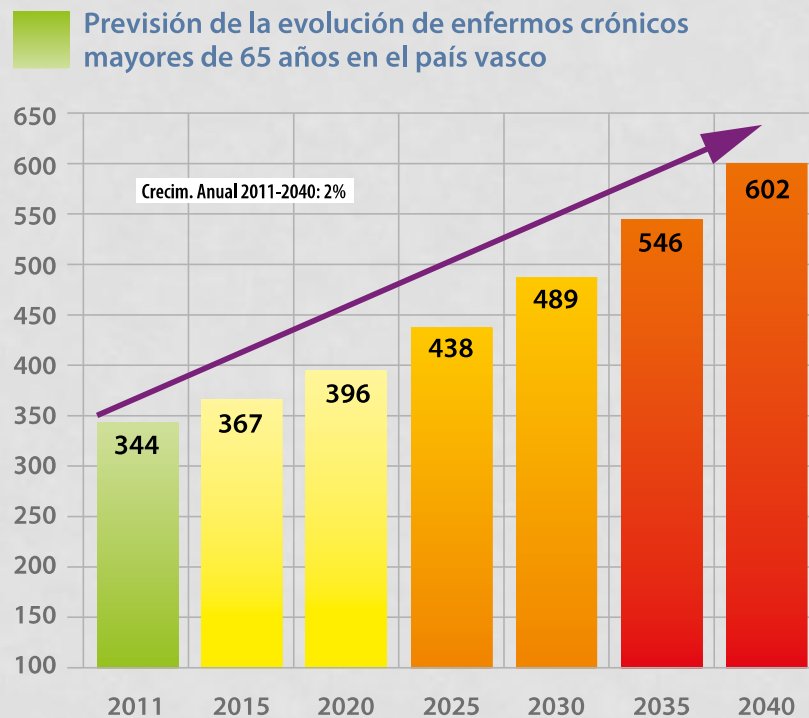
- ✧ en un 1,38 % de la población general
- ✧ un 5% en mayores de 65 años de edad.

Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad y/o dependencia en 2020 y hacia 2030 se doblará su incidencia en mayores de 65 años

A. EL INCREMENTO DE LA CRONICIDAD

⇒ INCREMENTO DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS

✧ En Euskadi

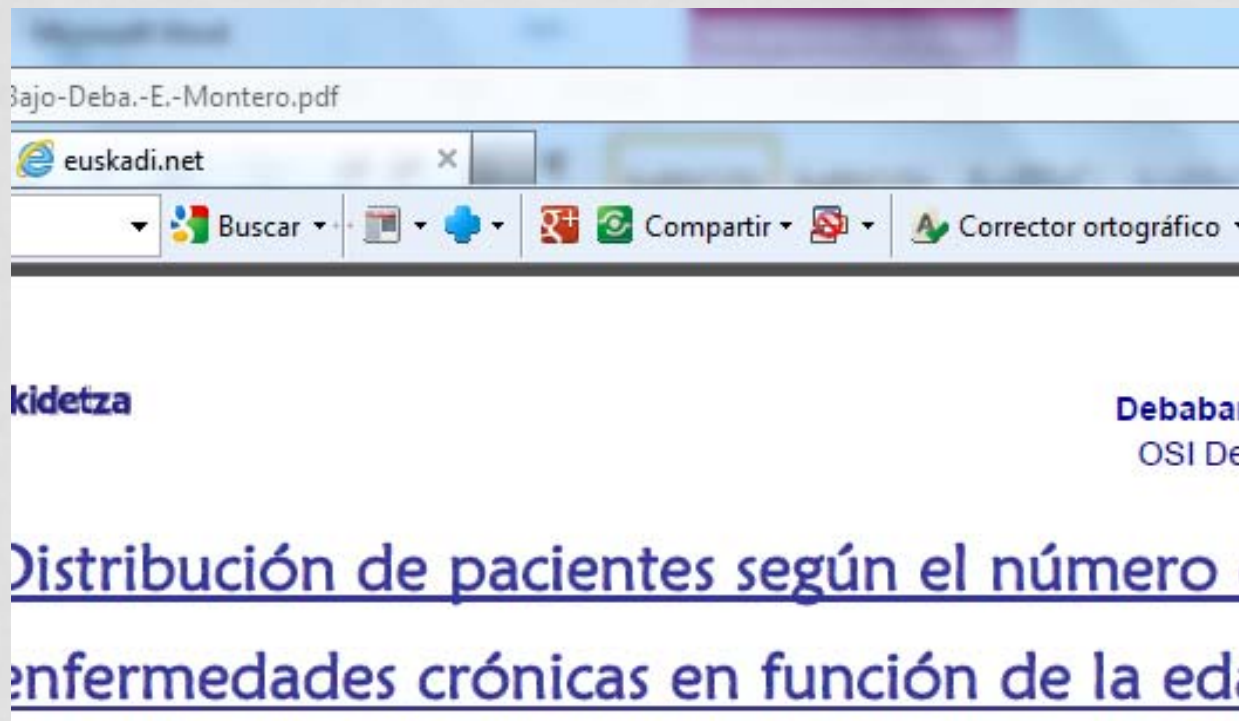


Fuente: INE – previsión 2049

A. EL INCREMENTO DE LA CRONICIDAD

⇒ INCREMENTO DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS

✧ En Euskadi



A. EL INCREMENTO DE LA CRONICIDAD

⇒ INCREMENTO DEL GASTO SANITARIO

Según la OMS, las enfermedades crónicas representan el mayor desafío de los sistemas sanitarios modernos -la mitad del planeta convive con alguna de ellas- y la atención integral de quienes las sufren se presenta como uno de los mayores retos del milenio. (Meridical Expenditure Survey 2005.)

A. EL INCREMENTO DE LA CRONICIDAD

⇒ INCREMENTO DEL GASTO SANITARIO

A nivel estatal:

- ✧ primera causa de demanda sanitaria (80% de consultas de atención primaria y 60% de ingresos hospitalarios)
- ✧ el 40% de las consultas las realiza la población mayor de edad
- ✧ el 50% de las camas de nuestra red hospitalaria están ocupadas por mayores de 65 años, y el consumo farmacéutico supone casi el 50% del gasto total (Jadad A, Cabrera A, Lyons R, Martos F, Smith R. When people live with multiple chronic diseases: a collative approach to an emerging global challenge. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública 2010.)
- ✧ la estancia media de las personas de 65 y más años alcanzó la cifra de los 9,09 días para el año 2010, superando en casi 2 días a la obtenida por el conjunto de altas del Sistema Nacional de Salud.

A. EL INCREMENTO DE LA CRONICIDAD

⇒ INCREMENTO DEL GASTO SANITARIO

Más datos

CONSUMIDORES DE MEDICAMENTOS. ULTIMOS 12 MESES (ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2006)			
<i>GRUPOS DE EDAD</i>	<i>AMBOS SEXOS</i>	<i>VARONES</i>	<i>MUJERES</i>
<i>TOTAL</i>	61,8%	54,5%	68,8%
<i>0-4 años</i>	47,9%	48,8%	47,0%
<i>5-15 años</i>	35,5%	33,5%	37,7%
<i>16-24 años</i>	47,6%	39,1%	56,4%
<i>25-34 años</i>	53,4%	44,4%	63,0%
<i>35-44 años</i>	56,8%	49,0%	65,0%
<i>45-54 años</i>	65,3%	56,8%	73,7%
<i>55-64 años</i>	80,1%	74,3%	85,5%
<i>65-74 años</i>	88,9%	85,0%	91,8%
<i>> 75 años</i>	93,4%	90,8%	95,3%

A. EL INCREMENTO DE LA CRONICIDAD

⇒ INCREMENTO DEL GASTO SANITARIO

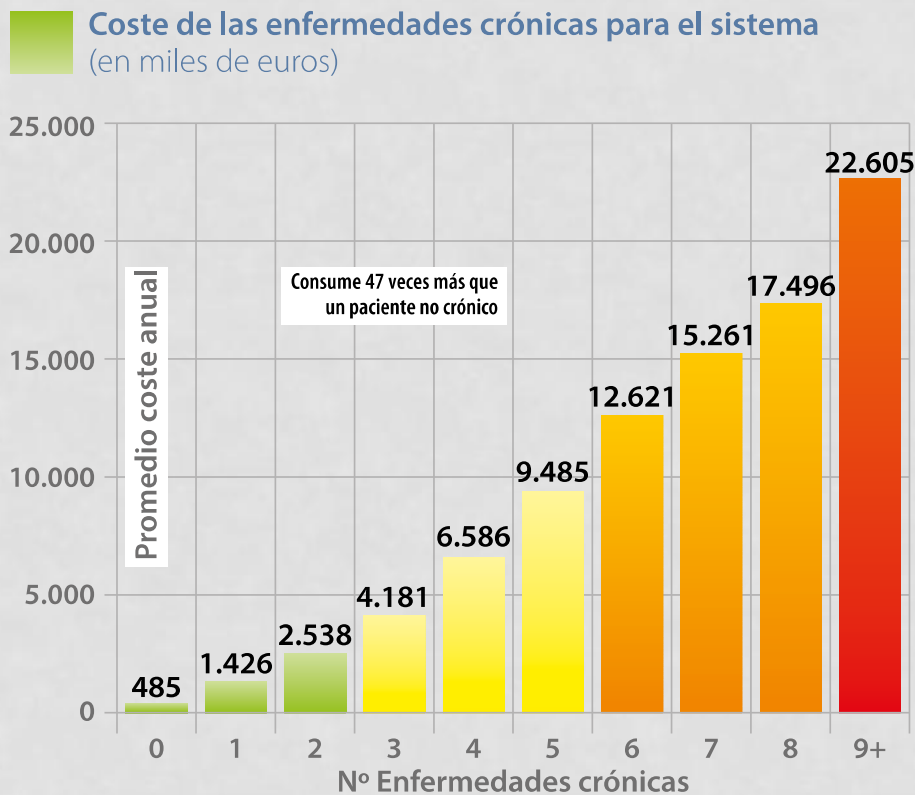
En Euskadi

- ✧ A partir de los 61 años, prácticamente el 91% de las personas frecuentan a su médico una media de 7,7 veces al año.
- ✧ Los pacientes crónicos representan el 80% de las interacciones con el sistema sanitario.
- ✧ Las enfermedades crónicas consumen el 84% del total de ingresos de Osakidetza, el 75% de recetas de Atención Primaria, el 63% de Consultas a Especialista y el 58% de las Consultas en la red de Atención Primaria.

A. EL INCREMENTO DE LA CRONICIDAD

⇒ INCREMENTO DEL GASTO SANITARIO

✧ En Euskadi

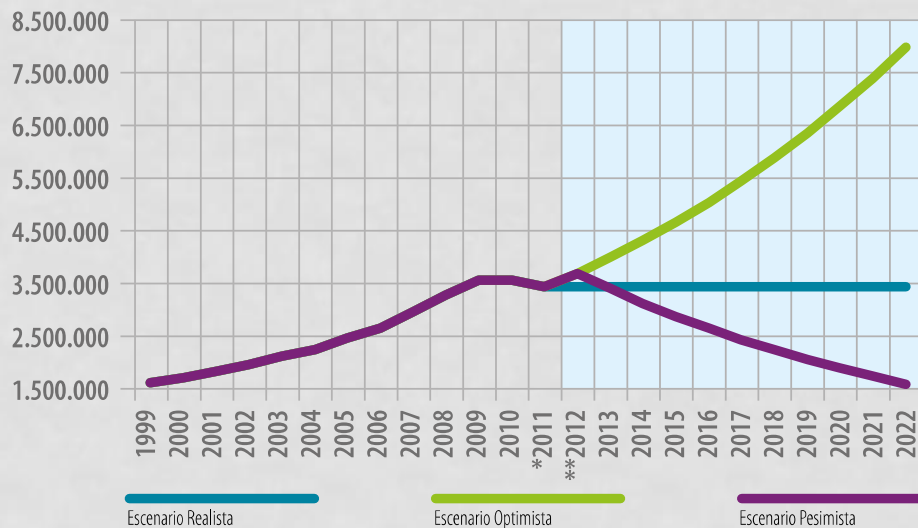


A. EL INCREMENTO DE LA CRONICIDAD

⇒ INCREMENTO DEL GASTO SANITARIO

En Euskadi

Necesidad de eficiencias por contexto económico
Escenarios de previsión de evolución del presupuesto sanitario



Los recursos crecerán como mucho un 1%.
La demanda entre un 7%-10% anual.
La Sanidad Pública Vasca necesitará
hacer más con lo mismo.

B. LA ESTRATEGIA DE CRONICOS DEL PAIS VASCO

LINEAS ESTRATEGICAS

- 1.enfoque de salud poblacional
- 2.actuaciones proactivas de prevención y promoción de la salud respecto a la enfermedad crónica
- 3.promover la autogestión y la responsabilización de los pacientes sobre su propia condición.
- 4.garantizar el continuo asistencial
- 5.adaptar las intervenciones sanitarias a las necesidades y prioridades del paciente y a la eficiencia del sistema

B. LA ESTRATEGIA DE CRONICOS DEL PAIS VASCO

OBJETIVO ULTIMO

- ✧ mejorar la salud y la calidad de vida de los/as pacientes y ciudadanos/as vascos/as,
- ✧ dando respuesta a los cambios en las necesidades de salud de una población más envejecida y con una elevada incidencia de enfermedades crónicas,
- ✧ y garantizando además la sostenibilidad del sistema sanitario público en el largo plazo.

B. LA ESTRATEGIA DE CRONICOS DEL PAIS VASCO

CAMBIO DE MODELO

De un modelo centrado en la medicina de agudos...	➤	...a uno adaptado a las necesidades de los ENFERMOS CRÓNICOS
De un modelo de carácter reactivo, que cura las enfermedades...	➤	... a uno PROACTIVO , que cura, cuida y hace prevención según factores de riesgo
De un modelo con un paciente pasivo al que se atiende...	➤	... a uno centrado en un PACIENTE ACTIVO , que participa en la gestión de su enfermedad
De un modelo fragmentado, con ineficiencias y descoordinación entre niveles asistenciales y sociales...	➤	... a uno que permita la CONTINUIDAD DE CUIDADOS , mediante la integración asistencial y de recursos sociales
De una ordenación de recursos con elevado peso en los hospitales de agudos...	➤	... a estructuras que priman las intervenciones en los lugares más adecuados y eficientes (subagudos, telemedicina, ...)
De un pago por actividad realizada...	➤	... a un pago por la consecución de resultados en salud

B. LA ESTRATEGIA DE CRONICOS DEL PAIS VASCO

RELACION ENTRE NUESTRO PROYECTO Y LA ESTRATEGIA DE CRONICOS DEL PAIS VASCO

- ✧ Proyecto dirigido a nivel local, con coordinación de los recursos sociales y los sanitarios
- ✧ Proyecto a desarrollar en una Residencia de Tercera Edad: aprovechar las sinergias que se ofrecen desde ella
- ✧ Proyecto centrado en la persona, siendo uno de sus pilares la continuidad de los cuidados de la persona con enfermedad crónica
- ✧ Proyecto que incluye el ámbito de la prevención y la autogestión de la salud como una de sus vías de trabajo.
- ✧ Proyecto hipotéticamente rentable económicamente (hipótesis a demostrar).

C. LAS EVIDENCIAS CIENTIFICAS

MODELO SIPA (SERVICES INTEGRES POUR PERSONNES AGEES) (CANADA). Resultados tras un año de funcionamiento

EXITOS DEL PROYECTO

- ✧ acuerdos interinstitucionales alcanzados,
- ✧ seguimiento riguroso de las personas usuarias,
- ✧ mayor disponibilidad y flexibilidad de medios para actuar
- ✧ importancia otorgada a la prevención

En términos económicos,

⇒ la frecuencia de la utilización de los servicios de emergencia resultó similar en ambos grupos, si bien la duración de las estancias en urgencias disminuyó notablemente y el número de personas que volvían a su domicilio tras una emergencia resultó mayor.

C. LAS EVIDENCIAS CIENTIFICAS

MODELO DE ATENCION INTEGRADA A PERSONAS MAYORES DE SKAEVINGE (DINAMARCA). Resultados

✧ En los últimos 10 años, no se ha producido en la localidad participante en el estudio ninguna demora en las altas hospitalarias, ya que la administración municipal ha tenido la capacidad de prestar la atención necesaria a las personas convalecientes en su propio domicilio, gracias al servicio de atención domiciliaria que opera 24 horas al día, o al servicio de atención intermedia del Centro de Bauneparken.

✧ En cuanto a la variable económica, los datos indican que, a pesar del incremento significativo del número de personas mayores que se está dando en estos últimos años, los costes del programa han disminuido ligeramente durante el mismo periodo, debido principalmente a las estrategias y programas de prevención.

C. LAS EVIDENCIAS CIENTIFICAS

MODELO EALING INTERMEDIATE CARE SERVICES (REINO UNIDO)

- ✧ Necesidad. Hacer frente a la sobrecarga que sufrían los servicios sanitarios y sociales de la localidad de Ealing
- ✧ Objetivo. Sustituir el mayor número posible de estancias hospitalarias por la utilización de servicios sociosanitarios de base comunitaria y prevenir y evitar ingresos hospitalarios y residenciales precoces o incluso innecesarios
- ✧ Población destinataria. Personas que, en ausencia de este tipo de servicios, permanecerían ingresadas en estructuras hospitalarias o ingresarían en servicios residenciales de larga estancia

C. LAS EVIDENCIAS CIENTIFICAS

MODELO EALING INTERMEDIATE CARE SERVICES (REINO UNIDO)

Servicios que incluye el programa

- ✧ rehabilitación,
- ✧ monitorización o seguimiento tras el alta hospitalaria,
- ✧ servicio de estancias temporales en centros residenciales cuyo objetivo es prevenir las admisiones consideradas innecesarias en el hospital, proporcionando cuidados y rehabilitación en un centro residencial por un periodo de tiempo limitado
- ✧ servicios de apoyo tras el alta hospitalaria orientados a facilitar la vuelta al domicilio de personas mayores tras su hospitalización,
- ✧ servicio de prevención de caídas
- ✧ servicio de monitorización telefónica semanal, destinado a personas mayores frágiles.

C. LAS EVIDENCIAS CIENTIFICAS

MODELO EALING INTERMEDIATE CARE SERVICES (REINO UNIDO)

Resultados

Los datos recogidos indican que el servicio de atención intermedia de Ealing ha tenido un impacto favorable en la atención de las necesidades sociosanitarias de los habitantes del municipio. En este sentido, las estimaciones realizadas sugieren que, de no haberse puesto en marcha el servicio de atención intermedia, el hospital de Ealing hubiese necesitado 48 camas más para atender las necesidades de la población. Entre las conclusiones se destaca que hay que tener en cuenta que las claves del éxito del programa residen en su dimensión multisectorial impulsada conjuntamente por el hospital, el centro de atención primaria y los servicios sociales y cofinanciada por la administración sanitaria y por la administración municipal.

C. LAS EVIDENCIAS CIENTIFICAS

- ✧ Ah-Soune, M.F. De Vignerte, B. "Intérêts et couts d'une réinsertion gériatrique après séjour en soins de suite et réadaptation". La Revue de Geriatrie, 25, 7, 2000, pp. 471-476.
- ✧ Kaambwa, B. Et Al. "Costs and Health Outcomes of Intermediate Care: Results from Five UK Case Study Sites". Health and Social Care in the Community, 16, 6, 2008, pp. 573-581.
- ✧ O'Reilly, J. Et Al. "Post-Acute Care for Older People in Community Hospitals. A Cost-Effectiveness Analysis Within a Multi-Centre Randomised Controlled Trial". Age and Ageing, 37, 5, 2008, pp. 513-520.
- ✧ Miller, P. Et Al. "Economic Analysis of an Early Discharge Rehabilitation Service for Older People". Age and Ageing, 34, 3, 2005, pp. 274-280.
- ✧ Coleman, E.A. Et Al. "The Care Transitions Intervention. Results of a Randomized Controlled Trial". Archives of Internal Medicine, 166, 2006, pp. 1822-1828.

LA USSL

Recurso de referencia en el Municipio de Ermua para la atención de la cronicidad, incluyendo las siguientes vías de trabajo:

- ✧ La atención hospitalaria o en régimen ambulatorio a las personas derivadas del Hospital de Mendaro que requieren de una atención sanitaria de baja especialización.
- ✧ La atención sociosanitaria a personas con enfermedades crónicas y/o pluripatología, mediante el diseño de un plan de salud coordinado con los servicios sociales y sanitarios del Municipio.
- ✧ Referente de la cronicidad en el Municipio, que desarrollará campañas y actividades de carácter preventivo dirigidas a toda la población.

¿POR QUÉ ESTE RECURSO PARA LA ATENCION A LA CRONICIDAD?

- ✧ Porque disponemos de la infraestructura arquitectónica adecuada en el Municipio de Ermua.
- ✧ Porque nuestro recurso pretende ir más allá de la atención al alta hospitalaria de enfermos crónicos, convirtiéndose, en centro referencial en el Municipio.
- ✧ Porque la colaboración con Osakidetza y con el Departamento de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Ermua, nos han expresado que sería una excelente herramienta para reducir los costes sanitarios derivados de la cronicidad y atender con calidad las necesidades sociosanitarias de este colectivo

ANALISIS DE LA VIABILIDAD DE LA USSL

- ✧ Viable clínicamente: es posible atender a las personas con enfermedades crónicas del Municipio en la USSL de Ermua con las mismas garantías de éxito que las actuales (derivación al Hospital de Mendaro).
- ✧ Viable económicamente: la atención en la USSL reportará una disminución en los costes de atención a las personas con enfermedad crónica.
- ✧ Viable socialmente: la satisfacción y la calidad de vida de las personas atendidas mejorará por el hecho de disponer de este recurso en su propio Municipio, evitándose así traslados no necesarios.

VIABILIDAD CLINICA

LA USSL

Unidad para la atención a las personas con enfermedad crónica, pluripatología y/o dependencia.

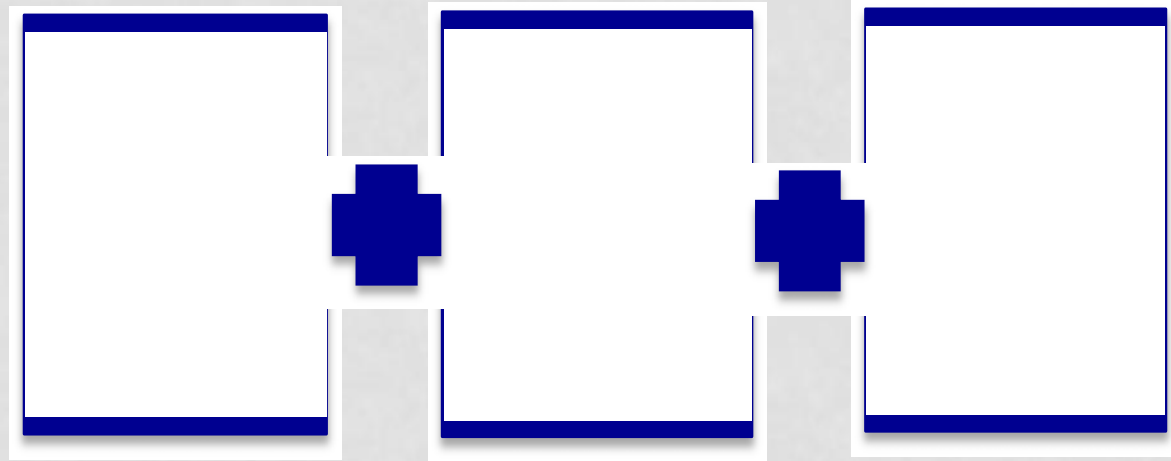
Principios de la atención en la USSL:

- ✧adaptar la atención sanitaria a las necesidades de los/as pacientes,
- ✧potenciar la prevención,
- ✧favorecer la autogestión de la salud de cada persona,
- ✧generar iniciativas en base a evidencias científicas y
- ✧producir datos sobre la población que faciliten un cuidado eficiente y efectivo.

Objetivo a largo plazo: que la USSL se constituya en un recurso de referencia para el perfil descrito. Modelo de atención centrado en la persona, considerando a ésta como la principal responsable y gestora de su proceso de salud o enfermedad.

VIABILIDAD CLINICA

CRITERIOS DE INCLUSION EN LA USSL



VIABILIDAD CLINICA

DEFINICION DE LOS PERFILES

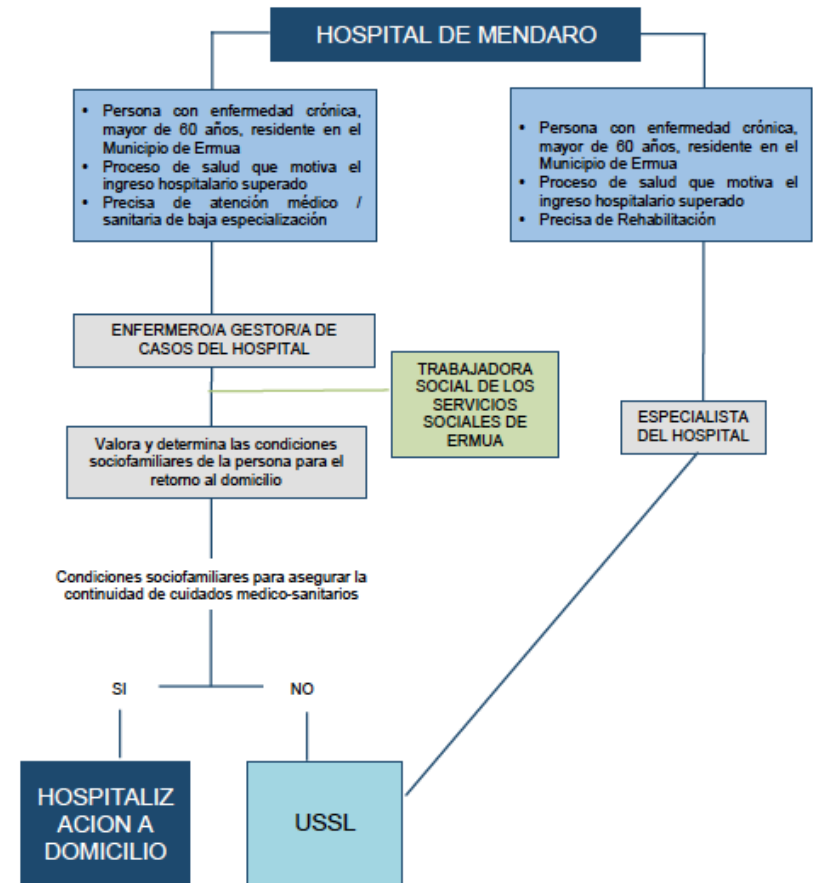
Perfiles definidos por la fase de la enfermedad crónica en la que se encontrara la persona usuaria del servicio

1. Personas en fase de convalecencia y/o rehabilitación
2. Personas en fase de mantenimiento
3. Personas en fase terminal

VIABILIDAD CLINICA

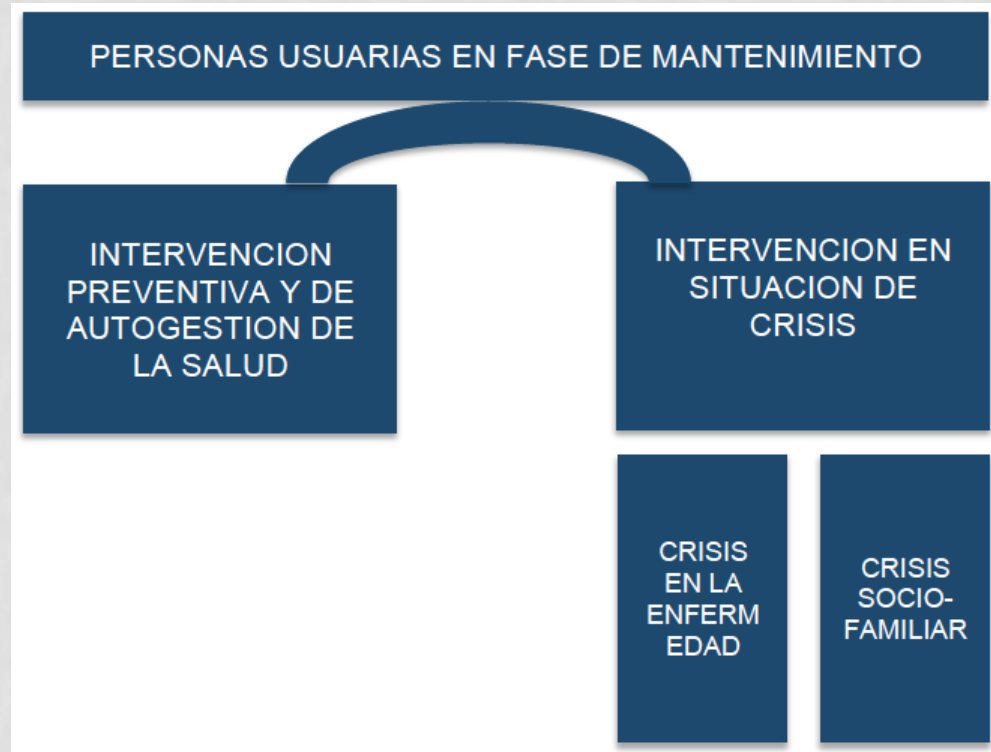
PERFIL 1. PERSONAS EN FASE DE CONVALECENCIA Y/O REHABILITACION

Personas derivadas del Hospital de Mendaro cuando han superado el proceso que motivó el ingreso en el Hospital.



VIABILIDAD CLINICA

PERFIL 2. PERSONAS EN FASE DE MANTENIMIENTO



VIABILIDAD CLINICA

PERFIL 3. PERSONAS EN FASE TERMINAL

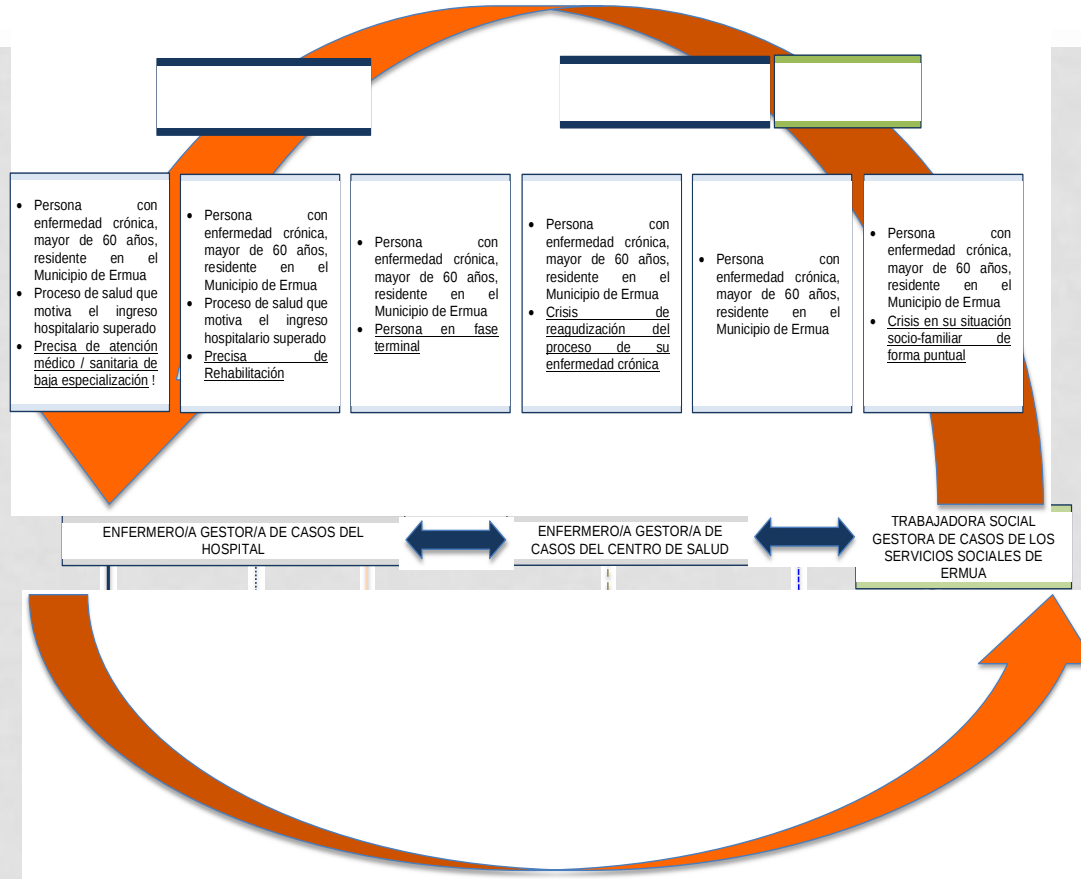
Son personas que se encuentran en una fase final e irreversible de aquellos procesos con una historia natural y ordenada, en los que no es posible establecer un tratamiento curativo y se acompaña de impacto emocional en el paciente y la familia.

El objeto de atención por parte de los USSL es el paciente y su unidad familiar.

El objetivo de la atención sanitaria es mantener la calidad de vida, promocionando el confort, control de síntomas y el apoyo emocional.

VIABILIDAD CLINICA

DETECCION / DERIVACION DE CASOS



VIABILIDAD CLINICA

OBJETIVOS DE LA INTERVENCION POR PERFILES

⇒PERFIL 1

OBJETIVOS DE LA INTERVENCION EN ESTA FASE

- ✧ Restaurar a la persona a su nivel de salud y funcional previo al proceso agudo que motivó el ingreso en el hospital.
- ✧ Realizar las intervenciones rehabilitadoras indicadas por los profesionales del hospital.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

- ✧ Reducir las estancias hospitalarias y el consiguiente coste sanitario.
- ✧ Ofrecer a la persona con enfermedad crónica un recurso lo más próximo posible a su propio entorno, que le anime a continuar con los procesos rehabilitadores prescritos por los profesionales del hospital.
- ✧ Mejorar la satisfacción y la calidad de vida del usuario y de su familia.

VIABILIDAD CLINICA

OBJETIVOS DE LA INTERVENCION POR PERFILES

⇒ PERFIL 2: INTERVENCION PREVENTIVA Y DE AUTOGESTION DE LA SALUD

OBJETIVOS DE LA INTERVENCION EN ESTA FASE

- ✧ Identificar las necesidades del individuo de manera global, derivadas o no de su situación de cronicidad. Plan de cuidados sociosanitarios, en coordinación y colaboración con Osakidetza y con el Departamento de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Ermua, para contribuir a aumentar el número de años de buena salud e independencia del paciente, en su entorno habitual.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar el estado de salud.
- Reducir los costes sanitarios a largo plazo

VIABILIDAD CLINICA

OBJETIVOS DE LA INTERVENCION POR PERFILES

⇒ PERFIL 2: INTERVENCION EN SITUACION DE CRISIS DE LA ENFERMEDAD

OBJETIVOS DE LA INTERVENCION EN ESTA FASE

- Recuperación de la crisis de salud.
- Captar a la persona con enfermedad crónica para la intervención preventiva y de autogestión de la salud.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar el estado de salud.
- Reducir los costes sanitarios a largo plazo

VIABILIDAD CLINICA

OBJETIVOS DE LA INTERVENCION POR PERFILES

⇒ PERFIL 2: INTERVENCION EN SITUACION DE CRISIS SOCIOFAMILIAR

OBJETIVOS DE LA INTERVENCION EN ESTA FASE

- Realizar una continuidad en los cuidados de salud que venía recibiendo el paciente, hasta que el Departamento de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Ermua determine el recurso más adecuado para la persona.
- Captar a la persona con enfermedad crónica para la intervención preventiva y de autogestión de la salud.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar la calidad de vida de las personas cuidadoras.

VIABILIDAD CLINICA

OBJETIVOS DE LA INTERVENCION POR PERFILES

⇒PERFIL 3

OBJETIVOS DE LA INTERVENCION EN ESTA FASE

- Mejora del confort y de la calidad de vida tanto de las personas usuarias como de sus familias.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Reducir las estancias hospitalarias y el consiguiente coste sanitario.
- Mejorar la satisfacción y la calidad de vida del usuario y de su familia.

VIABILIDAD CLINICA

EVALUACION

HIPOTESIS NUMERO 1: ¿Es posible mantener la calidad sanitario-asistencial a las personas con enfermedades crónicas, en un entorno extrahospitalario (Residencia Abeletxe)?

VARIABLES A MEDIR

Estancia media hospitalaria de cada persona que sea atendida por la USSL:

- ⇒ En el año anterior a la participación de la persona en la USSL
- ⇒ Tras la atención a la persona en la USSL por primera vez y a lo largo de un año

Número de ingresos hospitalarios de cada persona que sea atendida por la USSL:

- ⇒ En el año anterior a la participación de la persona en la USSL
- ⇒ Tras la atención a la persona en la USSL por primera vez y a lo largo de un año

VIABILIDAD CLINICA

EVALUACION

Número de consultas de médicos generalistas de cada persona que sea atendida por la USSL:

- ⇒ En el año anterior a la participación de la persona en la USSL
- ⇒ Tras la atención a la persona en la USSL por primera vez y a lo largo de un año

Número de consultas de médicos especialistas de cada persona que sea atendida por la USSL:

- ⇒ En el año anterior a la participación de la persona en la USSL
- ⇒ Tras la atención a la persona en la USSL por primera vez y a lo largo de un año

VIABILIDAD CLINICA

EVALUACION

HIPOTESIS NUMERO 2: ¿La intervención desde la USSL puede prevenir el incremento de la dependencia derivado de la cronicidad de las personas enfermas?

VARIABLES A MEDIR

Nivel de dependencia de cada persona que sea atendida por la USSL

⇒ En el momento en el que se haga la primera intervención en la USSL

⇒ Tras la atención a la persona en la USSL por primera vez y a lo largo de un año

Recursos sociales utilizados por cada persona que sea atendida por la USSL :

⇒ En el año anterior a la participación de la persona en la USSL

⇒ Tras la atención a la persona en la USSL por primera vez y a lo largo de un año

VIABILIDAD SOCIAL

HIPOTESIS NUMERO 3

La calidad de vida de las personas atendidas en la USSL y de sus familias puede mejorar por el hecho de disponer en su entorno próximo de este recurso, que ofrece cercanía al usuario y a la familia.

VIABILIDAD SOCIAL

CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD CRONICA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS → PERDIDAS

Área Personal: el individuo presenta

- ✧ Malestar físico y emocional.
- ✧ Cambios en los patrones de sexualidad.
- ✧ Pérdida de la independencia.
- ✧ Modificaciones en la escala de valores y filosofía de vida.
- ✧ Alteraciones en la autoimagen.
- ✧ Sentimiento de impotencia y desesperanza.
- ✧ Miedo a lo desconocido.
- ✧ Respuestas depresivas, de negación o de agresividad.

VIABILIDAD SOCIAL

Área Familiar: se produce una pérdida del equilibrio familiar.

- ✧ Cambios en el rol de los demás miembros de la familia.
- ✧ Separación del entorno familiar.
- ✧ Problemas de comunicación en la familia.

Área Social:

- ✧ Cambio o pérdida de status social por la pérdida o cambio de trabajo.
- ✧ Aislamiento social.
- ✧ Cambio en el nivel socioeconómico.
- ✧ Cambio en la utilización del tiempo libre.

VIABILIDAD SOCIAL

METODOLOGIA

La viabilidad social se analizará comparando los resultados que se obtengan antes y después de la intervención de la USSL, en una muestra seleccionada, que deberá cumplir una serie de criterios de inclusión y exclusión.

Estableceremos también un grupo control para analizar los resultados de la no intervención.

VIABILIDAD ECONOMICA

HIPOTESIS NUMERO 4

La puesta en marcha de la Unidad Sociosanitaria Local puede reducir el número de reingresos hospitalarios de las personas con enfermedades crónicas y reducir, consecuentemente, los costes sanitarios generados por la atención a personas con enfermedades crónicas.

VIABILIDAD ECONOMICA

UNO

La reducción del gasto (en la USSL en relación al gasto de Osakidetza) se deriva en que, a través de las diversas intervenciones propuestas, se conseguirá una disminución en el consumo de productos sanitarios (consultas médicas, días de estancia, reingresos hospitalarios...).

Valoraremos el gasto ocasionado por cada persona objeto de la intervención en la USSL durante el año anterior a la intervención considerando:

- ✧ días de estancia hospitalaria
- ✧ numero de consultas a medico generalista
- ✧ numero de consultas a médicos especialistas
- ✧ numero de consultas de rehabilitación

Realizaremos el mismo proceso al año de la intervención en la USSL, añadiendo a los cálculos anteriores el gasto realizado en la USSL.

VIABILIDAD ECONOMICA

DOS

Otro aspecto que influye, y mucho, en la reducción de gasto prevista es el menor coste que tienen las intervenciones en la USSL en relación a Osakidetza, asegurando el mismo nivel de calidad asistencial.

Veamos algunos ejemplos.....

VIABILIDAD ECONOMICA

ESTANCIA EN HOSPITAL / USSL		DIFERENCIA POR INTERVENCION	% DE REDUCCION
La tarifa por estancia en hospitalización incluye la alimentación, medicación, asistencia médica y cuidados de enfermería.			
COSTE EN HOSPITAL DE MENDARO*	COSTE EN RESIDENCIA ABELETXE		
418,42 euros	157,14 euros	261,28 euros	-62,44%

* Según libro de tarifas de Osakidetza 2013

VIABILIDAD ECONOMICA

HOSPITALIZACION DE DIA		DIFERENCIA POR INTERVENCION	% DE REDUCCION
Cuando el usuario tenga que ser ingresado en una unidad de Hospitalización, pero no cause estancia (consideramos aquí las intervenciones en la USSL que se realizan con estancia completa diurna, pero sin ingreso)			
COSTE EN HOSPITAL DE MENDARO*	COSTE EN RESIDENCIA ABELETXE		
209,21 euros	56,06 euros	153,15 euros	-73,20%

* Según libro de tarifas de Osakidetza 2013

VIABILIDAD ECONOMICA

CONSULTA INICIAL DEL MEDICO O DE ESPECIALISTAS (DIAGNOSTICO / VALORACION)			DIFERENCIA POR INTERVENCION	% DE REDUCCION
Cuando la persona venga derivada del Hospital de Mendaro para un proceso de convalecencia y/o rehabilitación, accederá a la USSL con una valoración ya realizada y un plan de cuidados específico, que será seguido en la USSL. Por lo tanto, no será precisa la valoración desde la USSL.				
Así, esta primera visita de valoración será casi exclusiva de la fase de mantenimiento, en su vertiente de prevención.				
No obstante, en la USSL se realizarán todas las valoraciones que se nos indique desde Osakidetza con el fin de trazar el plan de cuidados a medio y largo plazo de las personas usuarias de la unidad.				
COSTE EN HOSPITAL DE MENDARO*	COSTE EN CS DE ERMUA*	COSTE EN RESIDENCIA ABELETXE		
113,74 euros	38,00 euros	35,00 euros	82,34 euros (en relación al H.M.) y 3,00 euros (en relación al CS)	-72,39% (en relación al H.M.) y -8,57% (en relación al CS)

* Según libro de tarifas de Osakidetza 2013

VIABILIDAD ECONOMICA

VISITAS SUCESIVAS DE SEGUIMIENTO DEL MEDICO O DE ESPECIALISTAS			DIFERENCIA POR INTERVENCION	% DE REDUCCION
Las consultas sucesivas comprenden, las prestaciones dispensadas después de la primera consulta, siempre y cuando se trate del mismo proceso asistencial al paciente.				
COSTE EN HOSPITAL DE MENDARO*	COSTE EN CS DE ERMUA*	COSTE EN RESIDENCIA ABELETXE		
59,34 euros	38,00 euros	25,00 euros	34,34 euros (en relación al H.M.) y 13,00 euros (en relación al CS)	-57,87% (en relación a HM) y -34,21% (en relación a CS)

- Según libro de tarifas de Osakidetza 2013

VIABILIDAD ECONOMICA

CONSULTA INICIAL DE ENFERMERIA (DIAGNOSTICO / VALORACION)			DIFERENCIA POR INTERVENCION	% DE REDUCCION
Cuando la persona venga derivada del Hospital de Mendaró para un proceso de convalecencia y/o rehabilitación, accederá a la USSL con una valoración ya realizada y un plan de cuidados específico, que será seguido en la USSL. Por lo tanto, no será precisa la valoración desde la USSL. Esta primera visita de valoración será casi exclusiva de la fase de mantenimiento, en su vertiente de prevención. No obstante, en la USSL se realizarán todas las valoraciones que se nos indique desde Osakidetza con el fin de trazar el plan de cuidados a medio y a largo plazo de las personas usuarias de la unidad.				
COSTE EN H.M.*	COSTE EN CSE*	COSTE EN R. ABELETXE		
15,52 euros	27,00 euros	14,00 euros	1,52 euros (en relación al H.M.) y 13,00 euros (en relación al CS)	-9,79% (en relación al H.M.) y - 48,15% (en relación al CS)

* Según libro de tarifas de Osakidetza 2013

VIABILIDAD ECONOMICA

REHABILITACION EN FISIOTERAPIA		DIFERENCIA POR INTERVENCION	% DE REDUCCION
La duración de las sesiones es de 30 minutos.			
COSTE EN HOSPITAL DE MENDARO*	COSTE EN RESIDENCIA ABELETXE		
12,31 euros	12,00 euros	0,31 euros	-2,52%

* Según libro de tarifas de Osakidetza 2013

REHABILITACION EN LOGOPEDIA		DIFERENCIA POR INTERVENCION	% DE REDUCCION
La duración de las sesiones es de 30 minutos.			
COSTE EN HOSPITAL DE MENDARO*	COSTE EN RESIDENCIA ABELETXE		
12,31 euros	12,00 euros	0,31 euros	-2,52%

* Según libro de tarifas de Osakidetza 2013

VIABILIDAD ECONOMICA

REHABILITACION EN TERAPIA OCUPACIONAL			DIFERENCIA POR INTERVENCION	% DE REDUCCION
La duración de las sesiones es de 30 minutos.				
COSTE HOSPITAL MENDARO*	EN DE	COSTE RESIDENCIA ABELETXE		
12,31 euros		12,00 euros	0,31 euros	-2,52%

* Según libro de tarifas de Osakidetza 2013

VIABILIDAD ECONOMICA

SERVICIO	DIFERENCIA DE COSTE EN LA USS	
	EN RELACION AL HOSPITAL DE MENDARO	EN RELACION AL CENTRO DE SALUD DE ERMUA
ESTANCIA EN HOSPITAL / USSL	-62,44%	
HOSPITALIZACION DE DIA	-73,20%	
CONSULTA INICIAL DEL MEDICO O DE ESPECIALISTAS (DIAGNOSTICO / VALORACION)	-72,39%	-8,57%
VISITAS SUCESIVAS DE SEGUIMIENTO DEL MEDICO O DE ESPECIALISTAS	-57,87%	-34,21%
CONSULTA INICIAL DE ENFERMERIA (DIAGNOSTICO / VALORACION)	-9,79%	-48,15%
VISITAS SUCESIVAS DE SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA Y CURAS	-9,79%	-74,07%
REHABILITACION EN FISIOTERAPIA	-2,52%	
REHABILITACION EN LOGOPEDIA	-2,52%	
REHABILITACION EN TERAPIA OCUPACIONAL	-2,52%	

RESUMEN Y CONCLUSIONES

La USSL es, por lo tanto, un recurso que entendemos extremadamente importante y con grandes repercusiones en el modelo de atención al paciente crónico y/o con pluripatología.

Las tres patas del mismo (clínica, social y económica) se complementan y son necesarias. Es bueno reducir los costes, pero no lo es tanto si se hace disminuyendo la calidad asistencial o la satisfacción de las personas usuarias. Entendemos que nuestro modelo puede satisfacer las tres necesidades de las políticas sociosanitarias actuales.

FUTURO DEL PROYECTO

ESTAMOS PREPARADOS.....

AGRADECIMIENTOS

- ✧ Etorbizi por la oportunidad que nos ha brindado de trabajar en el diseño de una infraestructura de la que estamos convencidos de su eficacia y rentabilidad,
- ✧ Osakidetza, representados por el Hospital de Mendaro y el Centro de Salud de Ermua, por la colaboración que nos ha ofrecido en todo momento aportándonos la información que hemos necesitado y poniendo encima de la mesa las necesidades reales que tienen en relación a la atención a las personas con enfermedad crónica
- ✧ Departamento de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Ermua, con el que hemos trabajado codo con codo a lo largo de este proyecto, diseñando conjuntamente la estructura que nos permitiera satisfacer las necesidades sociosanitarias de las personas con enfermedad crónica y/o pluripatología, a partir de los recursos disponibles.