

# EXPOICTUS

TECNOLOGIA I REHABILITACIÓ

MESA REDONDA :  
GESTIÓN Y COMPRAS

## VBHC

# LA METAMORFOSIS DE LA INDUSTRIA

JAVIER COLÁS  
PRESIDENTE MEDTRONIC ESPAÑA Y PORTUGAL



**Medtronic**  
Further, Together

# SITUACIÓN DEL ICTUS EN ESPAÑA

- El ictus es un problema de salud pública de primer orden.<sup>1</sup>
- En **España** es actualmente la **segunda causa de muerte** en la población general y la primera causa de muerte en la mujer.<sup>2</sup>
- **Cada 14 minutos muere un paciente** por ictus en España.<sup>3</sup>
- Más de la mitad de los pacientes que sufren un ictus en los países occidentales son **mayores de 75 años**.<sup>4</sup>
- La **edad es el principal factor de riesgo** no modificable de ictus, por lo que se espera un aumento de la incidencia y prevalencia de esta enfermedad en los próximos años y, especialmente en **España** que tendrá, según la OMS, la **población más envejecida de Europa en 2040**.<sup>3</sup>



1.- Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud, Sanidad 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>

2. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte 2013 [consultado 10 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>

3. Noticia [Cada 14 minutos muere un paciente por ictus en España, según la SEN] [consultado 10 Feb 2016]. Observatorio del ictus. Disponible en: <http://www.observatoriodelictus.com/index.php/219-cada-14-minutos-muere-un-paciente-por-ictus-en-espana-segun-la-sen>

4.- Johansson B, Norrving B, Lindgren A. Increased stroke incidence in Lund-Orup, Sweden, between 1983 to 1985 and 1993 to 1995. Stroke 2000; 31(2): 481-486.

# MORTALIDAD ASOCIADA A ECV EN ESPAÑA

## MORTALIDAD ASOCIADA A ECV, CIFRAS DE 2013

CCAA	Tasa por 100.000 habitantes
Andalucía	66
Aragón	76
Asturias, Principado de	86
Baleares, Illes	41
Canarias	29
Cantabria	68
Castilla y León	77
Castilla-La Mancha	65
<b>Cataluña</b>	<b>52</b>
Comunitat Valenciana	55
Extremadura	84
<b>Galicia</b>	<b>98</b>
Madrid, Comunidad de	35
Murcia, Región de	52
Navarra, Comunidad Foral de	60
País Vasco	60
Rioja, La	64
Ceuta	33
Melilla	36

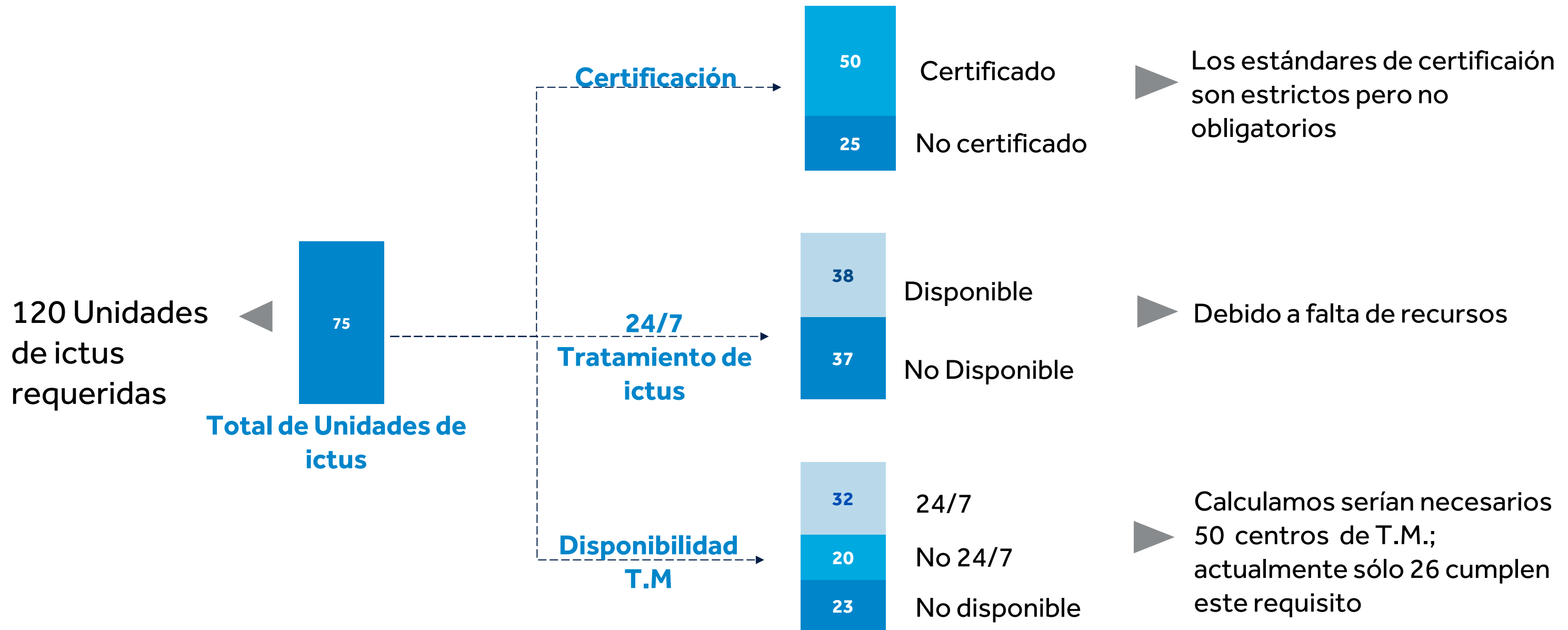
Gran variabilidad  
de la mortalidad  
entre las diferentes  
CCAA

### ECV (CIE 9-MC: 430-438):

430-HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA; 431-HEMORRAGIA INTRACEREBRAL; 432-OTRA HEMORRAGIA INTRACRANEAL Y HEMORRAGIA INTRACRANEAL N.E.O.M.; 433-OCCLUSION Y ESTENOSIS ARTERIAS PRECEREBRALES; 434-OCCLUSION DE ARTERIAS CEREBRALES; 435-ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA; 436-ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR AGUDA MAL DEFINIDA; 437-OTRA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR Y ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR MAL DEFINIDA; 438-EFECTOS TARDIOS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.

1. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: [www.ine.es](http://www.ine.es)

# FALTA DE CENTROS QUE REALICEN T.M. : SÓLO 32 CENTROS 24/7



## ¿Porqué?

### NECESIDADES

- Variabilidad
- Falta de financiación
- Falta de recursos
- Falta de concienciación

## ¿Qué?

### INNOVACIÓN

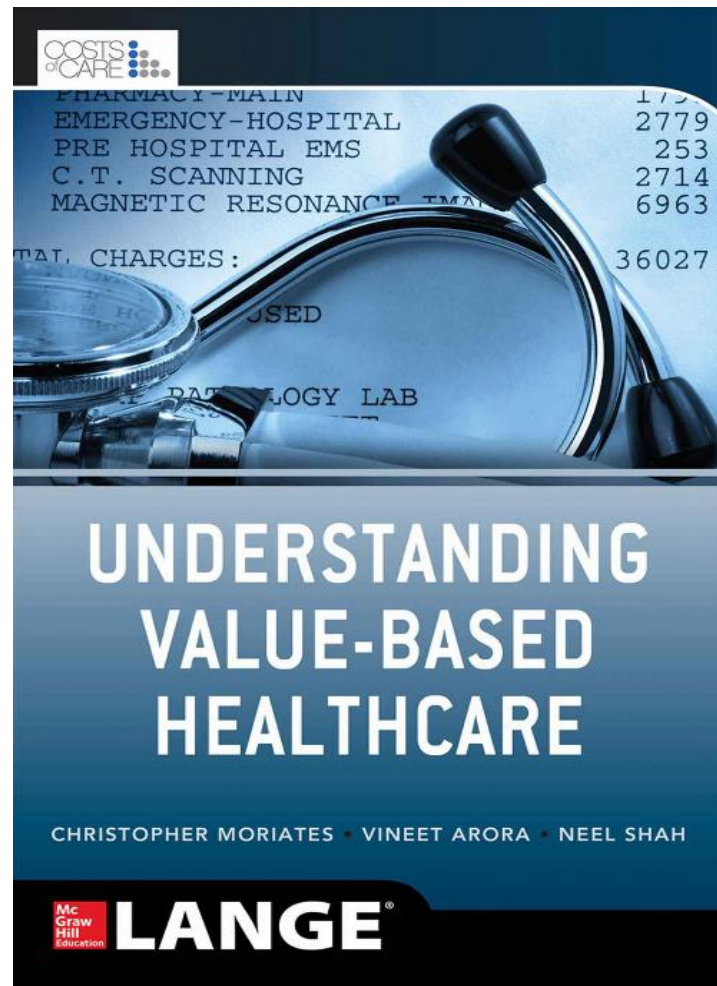
- Nuevas tecnologías
- Nuevos procesos
- Nuevos métodos



¿CÓMO PODEMOS RESOLVER ESTA SITUACIÓN?

Value Based Healthcare

# ENTENDER LA CREACIÓN DE VALOR EN SALUD



*"... creación de valor en salud: la idea de que la sanidad necesita una reforma, no sólo en la sede del gobierno o en los despachos de los ejecutivos, sino en los centros y en las clínicas donde se presta la atención sanitaria. La creación de valor en salud precisa que todos aquellos que nos dedicamos al cuidado de los pacientes optimicemos los resultados también asumiendo responsabilidad directa y específica sobre los costes y las experiencias de los pacientes"*

**Arora, Vineet; Moriates, Christopher; Shah, Neel. Understanding Value Based Healthcare (Kindle Locations 211-214). McGraw-Hill Education. Kindle Edition.**

## Gestión de costo efectividad y creación de valor en salud en Colombia

La realidad del modelo de salud colombiano obliga a eficiencias que solo son alcanzables con aumento del tamaño de las operaciones. Por esta razón se considera inevitable una paradoja: crecer como estrategia de viabilidad a largo plazo en medio y a pesar de las limitaciones de rentabilidad y liquidez del sector. En estas condiciones, la única estrategia viable y realista de competitividad se centra en costo-efectividad y, para que ella sea funcional, debe primero identificar las desviaciones de ingresos, costos y gastos con el mayor nivel de desagregación y detalle y después asignar responsables de gestionarlos para minimizar su presencia e impacto. Una vez logrado habrá planes de acción a cargo de sus responsables para reducir o eliminar estas desviaciones, con lo cual se construye valor y se preserva la competitividad en costos. En otras palabras, se cuenta con un modelo efectivo de gestión de costos y creación de valor financiero. Como no existe una herramienta de gestión de costo-efectividad en salud, y ni siquiera una de costeo que permita controlar efectivamente las desviaciones resulta preciso crearla: aquí la proponemos y al alcance de todas las organizaciones de salud.

Economista, Mgr. en Admin y MBA (énf. en proyectos). Conferencista y profesor de postgrado; consultor de Gerencia, Planeación y Finanzas (compañías nacionales y multinacionales). Autor del libro Gestión Estratégica de la Demanda (2011). Accionista, emprendedor y directivo. Creador de modelos innovativos de gestión y planeación bajo incertidumbre.



978-3-659-08134-7

editorial académica española



Néstor Alfredo Salazar Delgado

## Gestión de costo efectividad y creación de valor en salud en Colombia

Un modelo probado de optimización y viabilidad de las organizaciones de salud

# ¿QUÉ ES VBHC?

$$\text{Valor} = \frac{\text{Resultados en salud para el paciente}}{\text{por cada €/$ gastado}}$$

## CONCEPTOS CLAVE

1

Organización alrededor de las condiciones del paciente

2

Medir los resultados

3

Medir los costes

4

Pago "único" por procedimiento

5

Sistema de salud integrado

6

Expansión geográfica

7

Plataforma de Tecnología de la información

**¿POR QUÉ HABLAMOS TANTO DE VALUE  
BASED HEALTH CARE?**

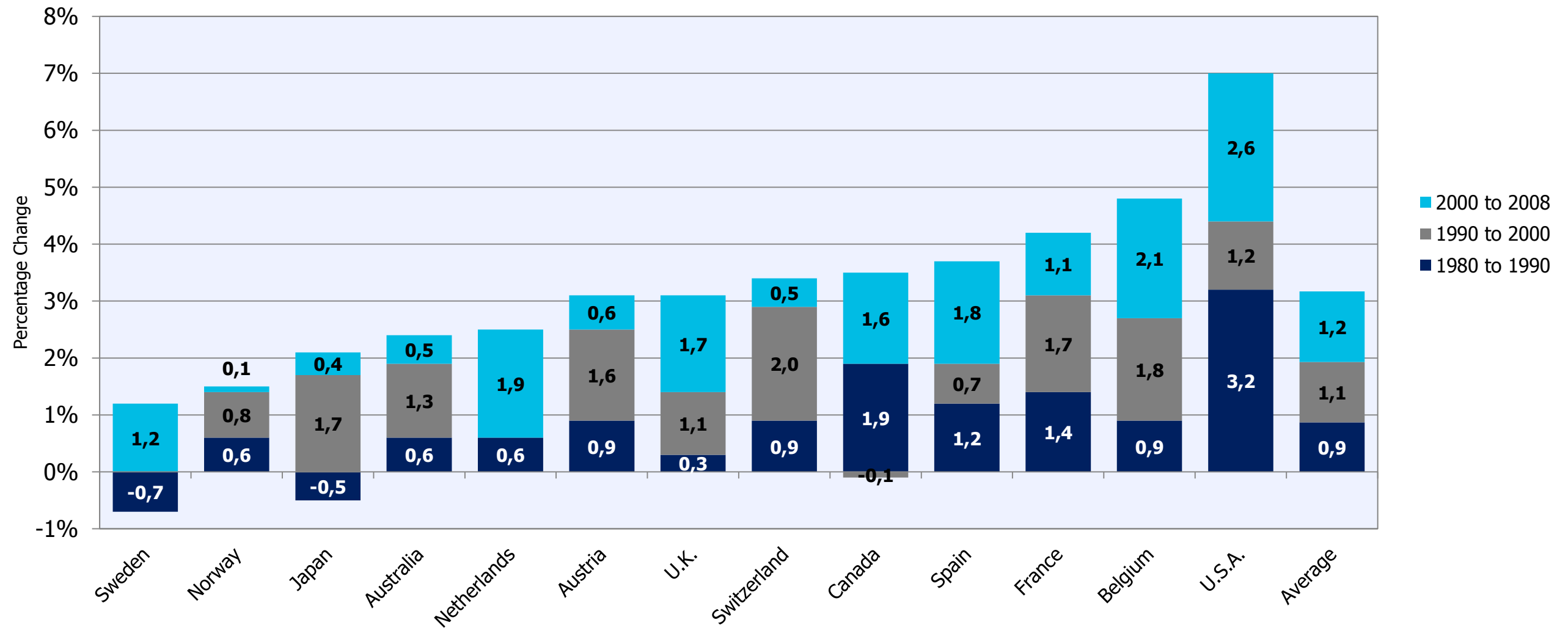
***La raíz del problema...***



# ¿QUÉ DESCUBRIMOS CON LA CRISIS ECONÓMICA?

## LA RAÍZ DEL PROBLEMA

Cambio en el gasto total en salud como porcentaje del PIB en puntos porcentuales, en EEUU y países seleccionados, por década.



Source: Organisation for Economic Co-operation and Development (2010), "OECD Health Data", *OECD Health Statistics* (database). doi: 10.1787/data-00350-en (Accessed on 14 February 2011).

Notes: Data from Australia and Japan are 2007 data. Figures for Belgium, Canada, Netherlands, Norway and Switzerland, are OECD estimates. Break in Series AUS (1998); AUSTRIA(1990); BEL(2003, 2005); CAN(1995); FRA(1995); GER(1992); JAP(1995); NET(1998, 2003); NOR(1999); SPA(1999, 2003); SWE(1993, 2001); SWI(1995); UK (1997). Starting in 1993 Belgium used a different methodology. Numbers are PPP adjusted. Germany is not reported because of reunification and Italy has missing data.

# ESCENARIOS PARA LA SOSTENIBILIDAD

1 X

CORTO PLAZO

## CONTENCIÓN DEL GASTO

- PERSONAL
- SALARIOS
- ACTIVIDAD
- CARTERA DE SERVICIOS
- INVERSIONES

2 ✓

MEDIO PLAZO

## EFICIENCIA

- OPTIMIZACIÓN DE PROCESOS
- CAPACIDAD/ACTIVIDAD
- CONCENTRACIÓN DE RECURSOS
- INNOVACIÓN PARA LA EFICIENCIA
- MEJORAR LA VARIABILIDAD

3 ✓

LARGO PLAZO

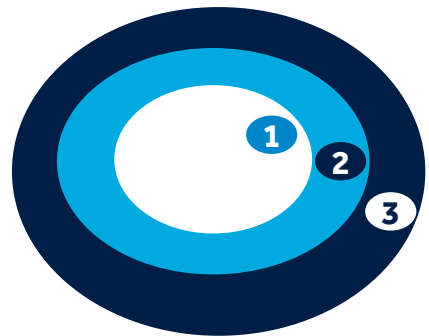
## CAMBIO ESTRATÉGICO

- ANTICIPACIÓN
- PREVENCIÓN
- PACIENTE EN EL CENTRO
- CRONICIDAD
- EDUCACIÓN
- AUTOCUIDADO

# CADENA DE VALOR DEL PROCESO " ICTUS "

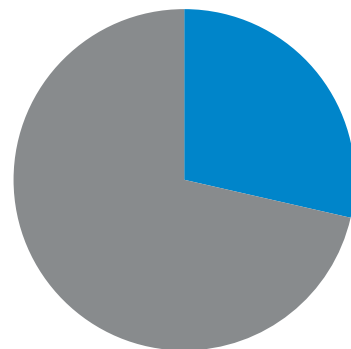


Mapa tratamiento ICTUS en una Región mediante Trombectomía (según la distancia a CTI)



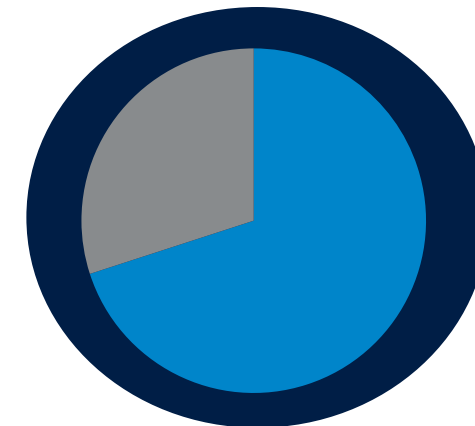
- ① 10, 2/ 100.000 hab.
- ② 3,4/ 100.000 hab.
- ③ 1,2 100.000 hab.

Situación Hoy



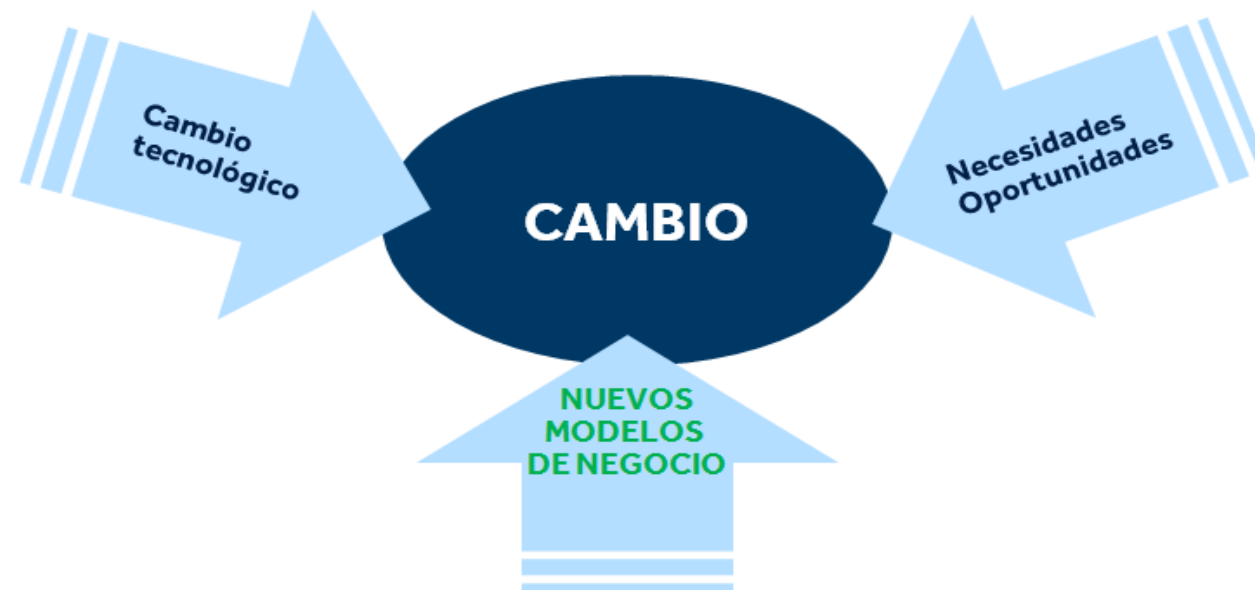
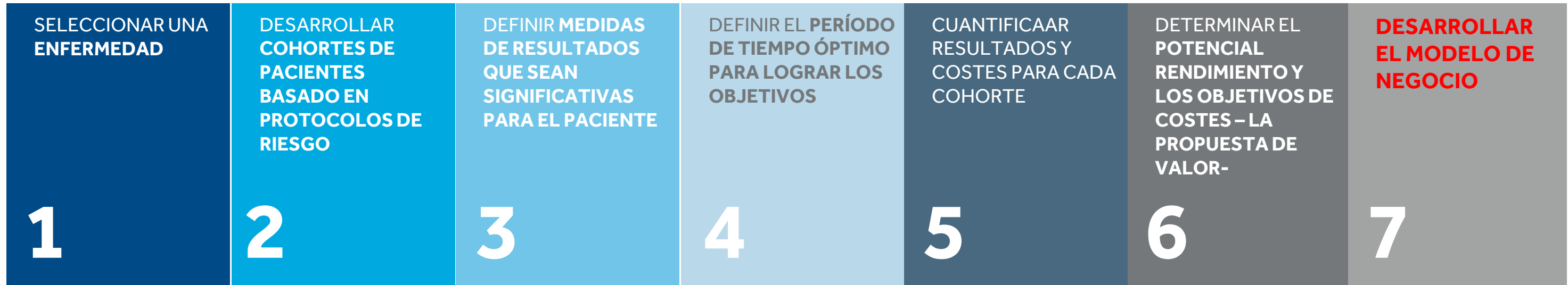
- Población que llega DENTRO de la ventana terapéutica.
- Población que llega FUERA de la ventana terapéutica

Situación FUTURA



- Población beneficiada del programa de prevención
- Población que llega DENTRO de la ventana terapéutica
- Población que llega DENTRO de la ventana terapéutica

# 7 PASOS HACIA EL VALUE BASED HEALTHCARE



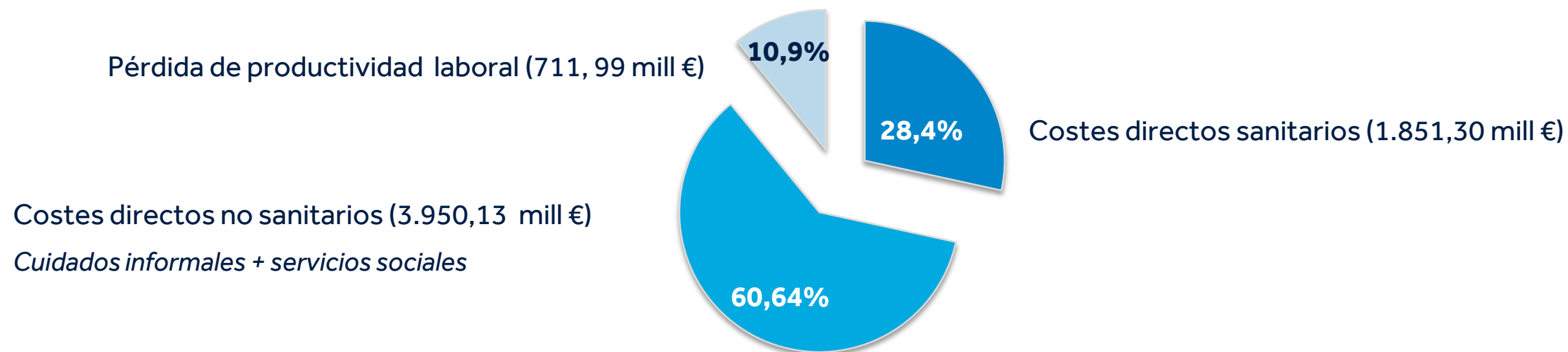
# CONSTRUIR EL VBHC ALREDEDOR DEL PROCESO DEL ICTUS

Un enfoque integrado y multidisciplinar para facilitar el acceso al mejor tratamiento reduciendo la carga de la enfermedad en la sociedad.

<p>SELECCIONAR UNA ENFERMEDAD</p> <p><b>1</b></p>	<p>DESARROLLAR COHORTES DE PACIENTES BASADO EN PROTOCOLOS DE RIESGO</p> <p><b>2</b></p>	<p>DEFINIR MEDIDAS DE RESULTADOS QUE SEAN SIGNIFICATIVAS PARA EL PACIENTE</p> <p><b>3</b></p>	<p>DEFINIR EL PERÍODO DE TIEMPO ÓPTIMO PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS</p> <p><b>4</b></p>	<p>CUANTIFICAR RESULTADOS Y COSTES PARA CADA COHORTE</p> <p><b>5</b></p>	<p>DETERMINAR EL POTENCIAL RENDIMIENTO Y LOS OBJETIVOS DE COSTES – LA PROPUESTA DE VALOR-</p> <p><b>6</b></p>	<p><b>DESARROLLAR EL MODELO DE NEGOCIO</b></p> <p><b>7</b></p>
<p>PACIENTES QUE SUFREN UN EPISODIO DE ICTUS</p>	<p>PACIENTES CON ICTUS DIAGNOSTICADO QUE LLEGAN A TIEMPO PARA REALIZAR UNA TROMBECTOMÍA MECÁNICA.</p>	<p>REDUCE LA MORTALIDAD Y LAS DISCAPACIDADES ASOCIADAS</p>	<p>90 DÍAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO</p>	<p>SÓLO EL 20% DE LOS PACIENTES LLEGAN A TIEMPO, LO QUE SUPONE UNOS COSTES ASOCIADOS DE \$100M</p>	<p>DAR ACCESO AL TRATAMIENTO CORRECTO AL 70% DE LOS PACIENTES, REDUCIENDO LA CARGA DE LA ENFERMEDAD EN UN 50%</p>	<p>COMBINACIÓN DE PAGO POR PROCEDIMIENTO EN EL PROCESO CRÍTICO Y RIESGO COMPARTIDO PARA EL RESTO DE LOS SERVICIOS.</p>

# COSTES DEL ICTUS EN ESPAÑA

- Presupuesto sanitario en España en 2016: **56.067.162.000 €**<sup>1</sup>
- El ictus consume alrededor del 3% del gasto sanitario de los países más desarrollados.
  - $56.067.162.000 \times 0,03 = 1.682,02$  millones € se estima que son dedicados a ictus en España.
  - Teniendo en cuenta no sólo los costes directos en salud, sino también los indirectos, y los costes asociados con pérdidas de productividad, podríamos estimar que **el coste medio del ictus en España podría ser alrededor de 6,513.42 millones**



1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/presupuestosIniciales.pdf>

2. Evers SM, Struijs JN, Ament AJ, van Genugten ML, Jager JH, van den Bos GA. International comparison of stroke cost studies. Stroke. 2004 May;35(5):1209-15.

3. Lopez-Bastida J, Oliva Moreno J, Worbes Cerezo M, Perestelo Perez L, Serrano-Aguilar P, Montón-Álvarez F. Social and economic costs and health-related quality of life in stroke survivors in the Canary Islands, Spain. BMC Health Serv Res. 2012;12:315.

# AHORROS ASOCIADOS SÓLO CON T.M.

- Según un Estudio Británico, el ahorro asociado al tratamiento del ictus agudo por oclusión de gran vaso en una cohorte de 193 representaría aproximadamente 4,3 millones €. <sup>6</sup>

Potencial	6K – 8K
Número actual de procedimientos	2,2K
<b>Podemos incrementar los procedimientos en...</b>	<b>5K Apróx.</b>

- 5.000€ por procedimientos x 5.000 procedimientos = 25.000.000 €
- Si extrapolamos el Estudio Británico a España... Los ahorros serían alrededor de 109.000.000€

Con **25.000.000€** podemos ahorrar **109.000.000€**

6. Nayak S. Developing an interventional stroke service: improving clinical outcomes and reducing cost and delivering great cost saving benefits to health economy J NeuroIntervent Surg 2015;7:A1-A2. Available from: [http://jn.is.bmj.com/content/7/Suppl\\_1/A1.2.short](http://jn.is.bmj.com/content/7/Suppl_1/A1.2.short)

# MODELO BASADO EN VALOR

## PROPUESTA DE INDICADORES

Área de Atención	Indicador de calidad de la atención del paciente con ictus	Descripción del indicador de calidad
INTERVENCIONES EN LA FASE AGUDA	glucosa basal	% ictus agudos con glucemia urgente
	neuroimagen 24 horas del ictus	% ictus con neuroimagen < 24 horas del ictus
	profilaxis TVP	% ictus con profilaxis TVP instaurada en las primeras 48 horas
	coagulación basal	% ictus agudos con coagulación urgente
	test disfagia	% ictus isquémicos/HIC con test disfagia válido ANTES del inicio de dieta/medicación oral
	ECG basal	% ictus agudos con ECG urgente
	hipoxia	% ictus con pulsioximetría/ gasometría
	antitrombóticos precoces	% ictus isquémicos con antitrombóticos < 48 horas
TRATAMIENTO REHABILITADOR	movilización precoz 48 h	% ictus agudos movilizados y fuera de la cama en las primeras 48 h (a excepción de coma, ictus progresivo, hipotensión ortostática, IAM, TVP hasta que ACO efectiva)
	evaluación tto rehabilitador 48 horas	% pacientes con ictus con evaluación de las necesidades de tto rehabilitador en las primeras 48 horas
	rehabilitación precoz (fisioterapia/terapia ocupacional)	% pacientes con paresia y situación funcional basal desfavorable (mRS >= 3 o IB <= 70) vistos o tratados por FS/TO en los primeros 2 días tras ingreso. AIT excluidos

Área de Atención	Indicador de calidad de la atención del paciente con ictus	Descripción del indicador de calidad
CENTROS REFERENCIA TROMBÓLISIS	RtPA 3 horas	% ictus isquémicos tratados en las 3 primeras horas tras el inicio de los síntomas
	puerta-aguja 60 minutos	% pacientes tratados con rtPA iv en menos de 60 minutos
	TC craneal < 25 minutos	% ictus isquémicos < 3 horas evolución con TC realizado en los primeros 25 minutos tras llegada
	tratado en una UI durante el ingreso	% ictus tratados en UI durante el ingreso (sólo en centros con UI)
	test disfagia	% pacientes tratados con rtPA que desarrollan complicaciones hemorrágicas tras trombólisis
	MEDIDAS DE RESULTADO	mortalidad intrahospitalaria
situación neurológica alta		puntuación NIH al alta
discapacidad alta		% pacientes con mRS > 2 al alta
neumonía intrahospitalaria		% ictus con neumonía (ajustado por edad, sexo y gravedad inicial ictus)



## MOST ECONOMICALLY ADVANTAGEOUS TENDER



- ✓ Directiva Europea de 26 de febrero de 2014.
- ✓ Aplica a todos los Estados Miembros.
- ✓ Tiempo para la transposición: hasta 18 de abril de 2016.

“ **Public Procurement** is becoming a **Policy Strategy** instrument ”

**2** Opciones para comprar innovación

1) Tradicional: por precio

2) Innovación: **BPQR**

(Best Price Quality Ratio)

11 de Mayo de 2016

La Universidad de Zaragoza y  
Medtronic Ibérica crean en  
España la primera

CÁTEDRA de ESTRATEGIA e  
INNOVACIÓN en la COMPRA  
PÚBLICA en el SECTOR  
SALUD

**el Periódico**  
de Aragón

[http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/aragon/nueva-catedra-uz-especializada-compra-publica-sector-salud\\_1109972.html](http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/aragon/nueva-catedra-uz-especializada-compra-publica-sector-salud_1109972.html)

**elEconomista**  
es  
Jueves, 12 de Mayo de 2016 Actualizado a las 18:27

<http://www.economista.es/aragon/noticias/7560858/05/16/La-UZ-y-Medtronic-Iberica-crean-la-primer-catedra-de-Espana-de-compra-publica-en-el-Sector-Salud.html>

**ABC**  
.es

<http://agencias.abc.es/agencias/noticia.asp?noticia=2199332>



**Medtronic**  
Further, Together

# ***LAS 7 CONDICIONES PARA EL ÉXITO DE LA INDUSTRIA EN VBHC***

- 1. Recuperar la CONFIANZA de la Administración.**
- 2. Reconocer los beneficios a largo plazo de la eficiencia de los sistemas de salud**
- 3. Colaborar de forma proactiva en la creación del ecosistema.**
- 4. Ganar legitimidad para una colaboración exitosa**
- 5. Desarrollar una agenda común y una visión compartida basada en datos y emociones**
- 6. Crear un sistema de medida del valor creado en el paciente y reforzar el desarrollo conjunto de actividades**
- 7. Comunicación constante y estructurada**

***Describirlo es fácil, pero implementarlo es todo un reto.***

***“If DATA should be the base for better EMOTIONAL  
decisions, the ADMINISTRATION and NOT THE POETS,  
should be the BEST LOVERS”***

**J. Tails**

**EXPOICTUS**

TECNOLOGIA I REHABILITACIÓ

MESA REDONDA :  
**GESTIÓN Y COMPRAS**

**VBHC**

**LA METAMORFOSIS DE LA  
INDUSTRIA**

**MUCHAS GRACIAS**

JAVIER COLÁS  
PRESIDENTE MEDTRONIC ESPAÑA Y PORTUGAL



**Medtronic**  
Further, Together