

XXXIII Jornadas de Economía de la Salud. *Santander 18-21 Junio 2013*

Estratificación del riesgo poblacional en base a criterios de comorbilidad y fragilidad

Frías X, Sicras A, Vazquez N, Oriol A, Claramunt J, Ibañez J



PRESENTACIÓN: Organización

BADALONA SERVEIS ASSISTENCIALS

BSA

LA ORGANIZACIÓN · PRINCIPIOS · MODELO ORGANIZATIVO · GESTIÓN · PLAN ESTRATÉGICO · HISTORIA · RECONOCIMIENTOS

ÍNDICE

Badalona Serveis Assistencials (BSA) es una organización municipal que ofrece servicios integrales de salud y atención a la dependencia a una población de 430.000 habitantes en El Barcelonès Nord y El Baix Maresme, a fin de promover, mantener y restablecer la salud individual y colectiva y favorecer el bienestar de las personas.



Ajuntament de Badalona



- ▶ Titularidad Municipal.
- ▶ Concierto con la Administración Pública.
- ▶ Cuatro niveles asistenciales.
- ▶ Organización Sanitaria Integral.
- ▶ 1.250 empleados.

1.200 profesionales · 81 M € presupuesto 2011



Hospital Municipal
de Badalona

7 áreas básicas de salud

Centre Sociosanitari
El Carme

CASSIR (salud sexual)

Plan de Salud de Cataluña 2011-2015

1-Objetivos y Programas de Salud

2-Orientación
a los enfermos
crónicos

3-Resolución
en los primeros
niveles
asistenciales

4-Calidad
en la alta
especialización

5-Enfoque en el paciente y las familias

6-Nuevos modelos de contratación

7-Incorporación del conocimiento profesional

7-Mejora del gobierno y la participación

8-Información, transparencia y evaluación

Líneas estratégicas del Departament de Salut de Catalunya (2011-2015)

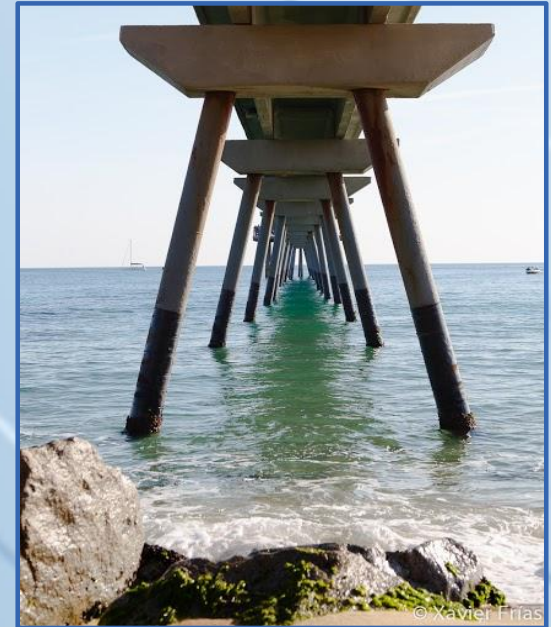
- **Desplegar programas territoriales de atención a pacientes crónicos complejos.**
 - **Durante el 2012.** Disposición de un modelo único de previsión e identificación de pacientes complejos.
 - **Hasta el 2015.** Desplegar el modelo gestión de casos para enfermos crónicos complejos.



- Aumento de los resultados en salud.
 - Mejora de la calidad de vida
 - Disminución del número de ingresos no programados.
- 錠 Aumento de la capacidad de autocura de los pacientes
- 錠 Optimización de los recursos humanos y materiales de la organización
- 錠 Aumento de la satisfacción del usuario y los profesionales.
- 錠 Definición de nuevos modelos de participación ciudadana.



- Estudio observacional multicéntrico durante el año 2011.
- Población de referencia de 84.002 habitantes.
- 7 Areas Básicas de Salud de Badalona, Montgat y Tiana.
- Criterios de inclusión: población asignada mayor de 15 años.
- Variables generales: demográficas (edad, sexo), clasificación de la población, estratos y fragilidad.
- Modelo predictivo en función del coste sanitario (variable dependiente) obtenido en base a visitas, pruebas diagnósticas, derivaciones y medicación.



- Variables dependientes: edad y comorbilidad crónica según la clasificación CIAP-2.
- Criterios de fragilidad: edad > 85 a., ATDOM, Barber, polifarmacia, riesgo social, > 2 ingresos hospitalarios / año, enfermedades incapacitantes.
- Análisis estadístico descriptivo bivalente y regresión lineal múltiple para la predicción del modelo, $p < 0,05$



- Personas atendidas durante el estudio: 84.002 personas
- Se identificaron 177 patologías de las cuales 76 fueron seleccionadas en base a la prevalencia mediante modelos de simulación.

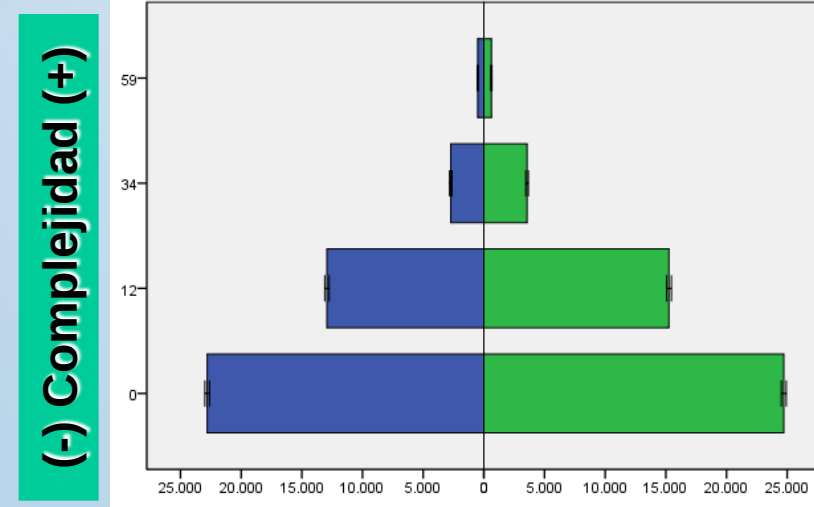
Piramide adultos	Nivel	N	Edad	Coste-AP
Crónico complejo	Nivel 3	3.568 (4,3%)	73.1	2.331 €
Paciente crónico	Nivel 2	10.019 (12,1%)	68.3	1.462 €
Paciente con riesgo	Nivel 1	32.644 (39,3%)	54.4	695 €
Población sana	Nivel 0	36.859 (44,4%)	38.2	284 €
	TOTAL	84.002	47.6	675 €

Estratos:

- Nivel 0: sin comorbilidad.
- Nivel 1: 1-2 patologías crónicas.
- Nivel 2: 3-4 patologías crónicas.
- Nivel 3 : > 5 patologías crónicas.

Resultados (II)

- Elaboración de una página web a tiempo real, con acceso directo desde la historia clínica.
- Visualización de los datos agrupados por estratos.
- Visualización por profesional.
- Visualización por centro.



Resultados: *visualización por centro*

ESTRATIFICACIÓ DEL RISC POBLACIONAL

Atenció a la cronicitat - Badalona Serveis Assistencials (BSA)



Pacients inclosos ITHACA: 8

Centre

CAP PROGRÉS-RAVAL

Metge/essa

[TOTS/TOTES..]

Infermer/a

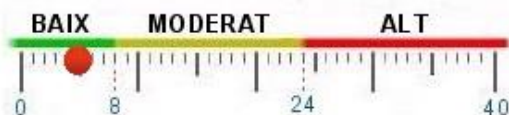
[TOTS/TOTES..]

RISC CARDIOVASCULAR

Event CV previ: Sí-902 (6,0%)/No-14.216 (94,0%)

	RANG	VALOR	TOTAL	%
▶ Gènere	Dona	1	7.247	47,9
	Home	2	7.871	52,1
▶ Edat (anys)	30-39	1	5.805	38,4
	40-49	2	2.936	19,4
	=>50	3	6.377	42,2
▶ Tabaquisme	No	1	13.069	86,4
	Sí	2	2.049	13,6
▶ Colesterol sèric (mg/dl)	<=220	1	12.595	83,3
	221-270	2	2.217	14,7
	=>271	3	0	0,0
▶ Pressió arterial (mmHg)	< 150/95	1	14.549	96,2
	=>150/95	2	569	3,8
▶ Glucèmia (mg/dl)	< 120	1	14.237	94,2
	=>120	2	881	5,8
	Total		4,9	

*Mètode de càlcul: estimació del RCV adaptat a l'Atenció primària. Córdoba et al. Aten. Primària. 1993;12:646-52.



ESTRATIFICACIÓ DEL RISC

Nivell	Total	%	%
Nivel 3	494	3,3%	7,6%
Nivel 2	1.478	9,8%	22,7%
Nivel 1	4.530	30,0%	69,7%
Nivel 0	8.616	57,0%	
TOTAL	15.118		



Nivell 0	Sense malaltia crònica
Nivell 1	1 - 2 malalties cròniques
Nivell 2	3 - 4 malalties cròniques
Nivell 3	=>5 malalties cròniques

FRAGILITAT

▶ Edat => 85:	Sí - 416 (2,8%) No - 14.702 (97,2%)
▶ Test Barber:	Sí - 2.242 (14,8%) No - 12.876 (85,2%)
▶ Risc social:	Sí - 56 (0,4%) No - 15.062 (99,6%)
▶ Atenció domiciliària (ATDOM):	Sí - 205 (1,4%) No - 14.913 (98,6%)
▶ Malalties incapacitants*:	Sí - 1.879 (12,4%) No - 13.239 (87,6%)
▶ Ingressos hospitalaris:	ND
▶ Persones amb dependència:	ND
▶ Polifarmàcia:	ND

ND: No disponible

* Esclerosi múltiple, trastorns cognitius, demències, neoplàsies, AVC, Parkinson, delírium, patologia osteomuscular, sordesa i ceguera.

Fràgil Normal

1.879	13.239
12,4%	87,6%

Resultados: *visualización por paciente*

ESTRATIFICACIÓ DEL RISC POBLACIONAL

Atenció a la cronicitat - Badalona Serveis Assistencials (BSA)



Programa ITHACA: ND

Centre [SELECCIONA.]

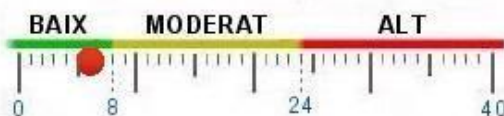
Pacient: [REDACTED]

RISC CARDIOVASCULAR

Event CV previ: SÍ

	RANG	VALOR	PUNTS
▶ Gènere	Dona	1	1
	Home	2	
▶ Edat (anys)	30-39	1	3
	40-49	2	
	=>50	3	
▶ Tabaquisme	No	1	1
	Sí	2	
▶ Colesterol sèric (mg/dl)	<=220	1	1
	221-270	2	
	=>271	3	
▶ Pressió arterial (mmHg)	< 150/95	1	1
	=>150/95	2	
▶ Glucèmia (mg/dl)	< 120	1	2
	=>120	2	
		Total	6

*Mètode de càlcul: estimació del RCV adaptat a l'Atenció primària. Córdoba et al. Aten. Primària. 1993;12:646-52.



ESTRATIFICACIÓ DEL RISC

Nº Malalties Cròniques



- Nivell 0 Sense malaltia crònica
- Nivell 1 1 - 2 malalties cròniques
- Nivell 2 3 - 4 malalties cròniques
- Nivell 3 =>5 malalties cròniques

FRAGILITAT

▶ Edat => 85:	Sí
▶ Test Barber:	Sí
▶ Risc social:	No
▶ Atenció domiciliària (ATDOM):	Sí
▶ Malalties incapacitants*:	No
▶ Ingressos hospitalaris:	ND
▶ Persones amb dependència:	ND
▶ Polifarmàcia:	ND

ND: No disponible

* Esclerosi múltiple, trastorns cognitius, demències, neoplàsies, AVC, Parkinson, delírium, patologia osteomuscular, sordesa i ceguera.



Recursos y dispositivos

- Un grupo de trabajo para cada uno de los niveles de estratificación.
- Nivel 0: actividades de prevención y promoción de la salud (participación ciudadana, redes 2.0, etc).
- Nivel 1: autocuidado (paciente experto, actividades comunitarias, talleres en los centros de salud, etc).
- Nivel 2: gestión de la enfermedad (protocolos y vías clínicas).
- Nivel 3: modelo ATDOM, gestión de casos.



Conclusiones

- Disponemos de un modelo que nos permite identificar a la población por niveles en base a criterios de comorbilidad y fragilidad.
- La utilización de estos modelos facilita la gestión tanto desde el punto de vista asistencial como de eficiencia.
- La evaluación del modelo nos permitirá una mejora en los resultados en salud, la optimización de los recursos del sistema y el aumento de la capacidad de autocuidado de las personas.



¡¡ Gracias !!



Dr. Xavier Frías Garrido

@xavifrias

xfrias@bsa.cat