

Integración e innovación en la atención del complejo cardiometabólico.

Dr. Galileo Pérez-Hernández.

Colegio Nacional de Especialistas en Medicina Integrada A.C.

International Foundation for Integrated Care.

Editor Asociado del International Journal of Integrated Care.

Cátedra de Medicina Integrada, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac.

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, Secretaría de Salud.



CONAEMI
COLEGIO NACIONAL DE ESPECIALISTAS
EN MEDICINA INTEGRADA



International Foundation
for Integrated Care



*Simposio sobre síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular,
Apizaco, Tlaxcala, diciembre de, 2013.*

Contenido

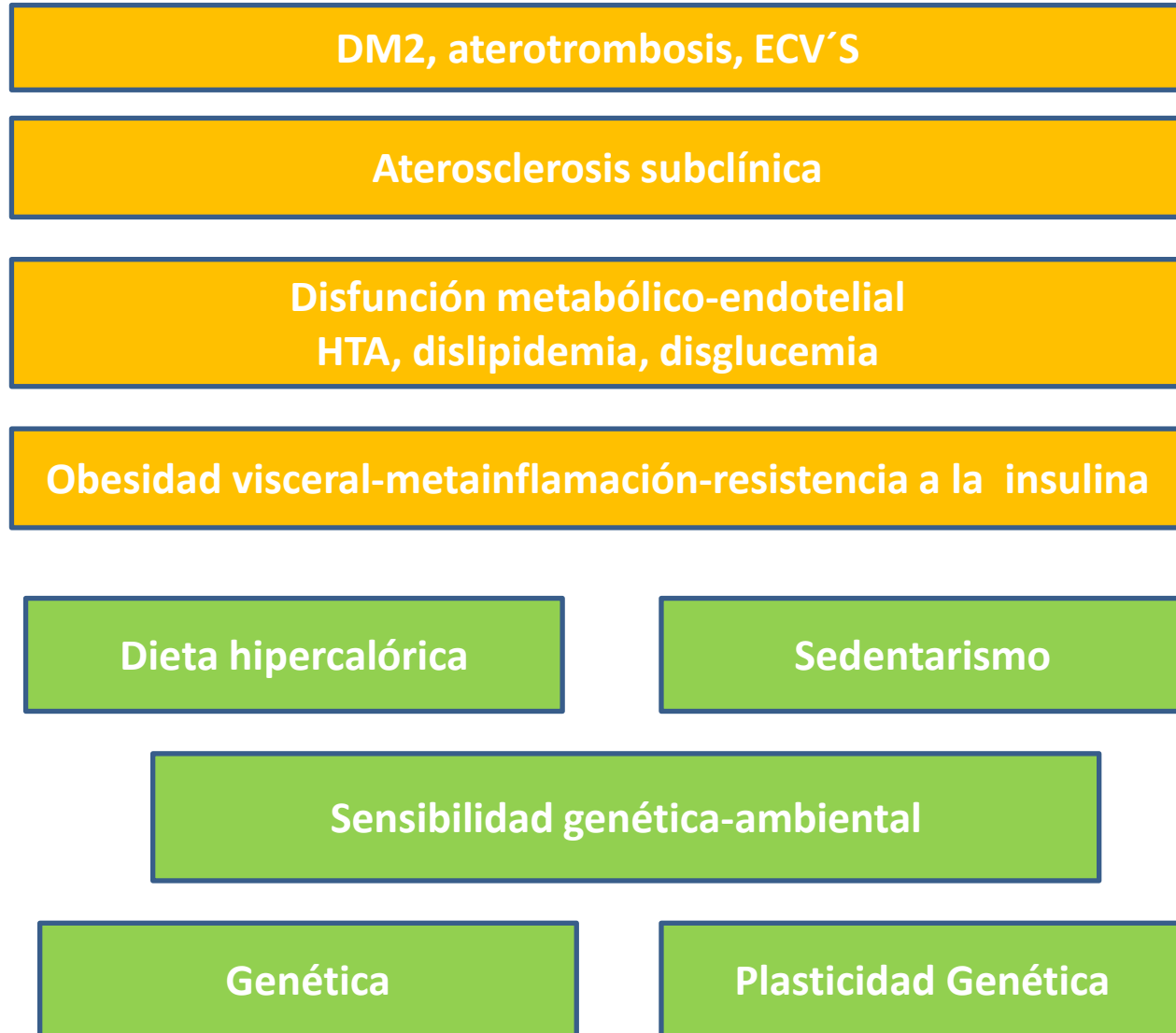
- ✓ El complejo cardiometabólico.
- ✓ Xóchitl: Historia Clínica de la Fragmentación.
- ✓ ¿Atención Integrada?
- ✓ ¿Puede la Medicina Integrada contribuir a disminuir los daños a la salud en los mexicanos producidos por el complejo cardiometabólico?
- ✓ Conclusiones.

El complejo cardiometabólico

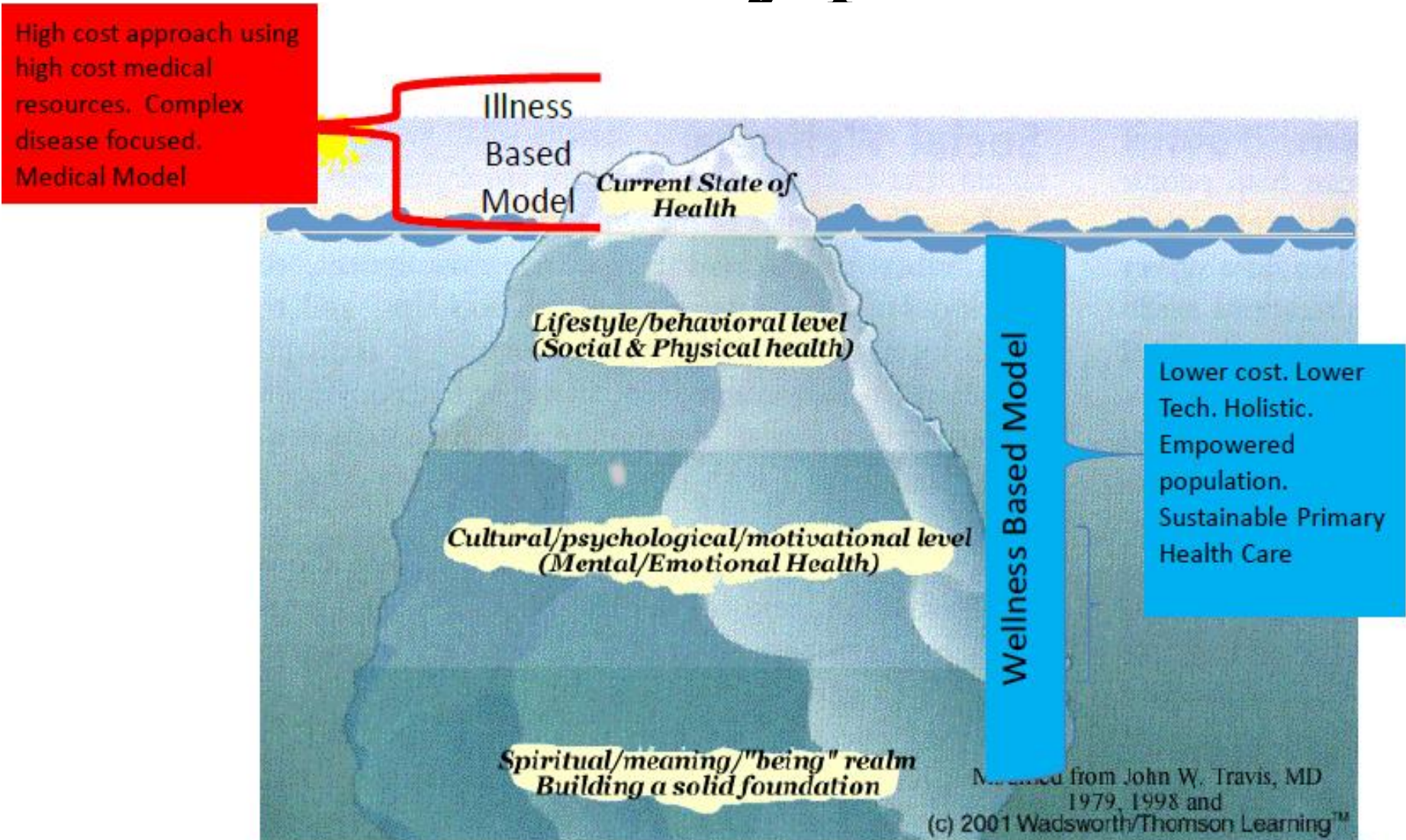
Integración e innovación en la atención del complejo
cardiometabólico

*Simposio sobre síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular,
Apizaco, Tlaxcala, diciembre de, 2013.*

Marco Conceptual para la Atención Integrada de la Enfermedad Crónica: RIESGO CARDIOMETABOLICO GLOBAL



Un cambio de paradigma es necesario y posible.



La cronicidad desafío global

- Se estima que el **60% de mortalidad** y **45% de morbilidad** mundial se atribuyen a enfermedades no transmisibles.
- El **80% de las muertes** por enfermedades crónicas se dan en los países de ingresos bajos y medios, y estas muertes afectan en igual número a hombres y mujeres.
- Las enfermedades crónicas llevan a la gente a la pobreza y crean una espiral descendente de aumento de la **pobreza y la enfermedad**.

OMS

La cronicidad desafío global

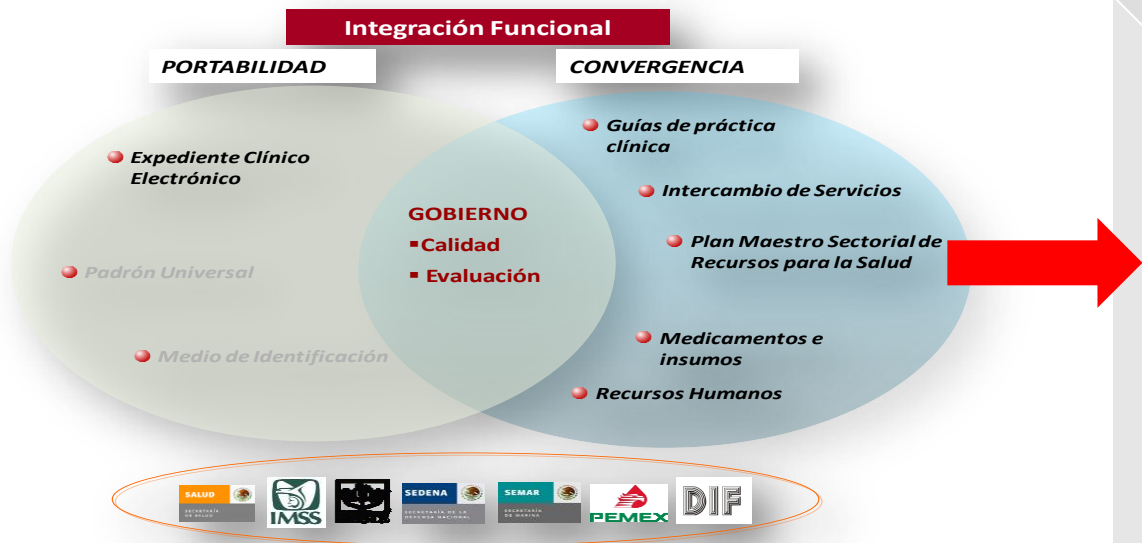
- Existe una necesidad urgente de que los dirigentes nacionales y la comunidad de salud pública internacional adopten un **nuevo enfoque** a las enfermedades crónicas.
- La acción **amplia e integrada**, aplicando los conocimientos actuales, es costoeficaz y ha generado mejoras importantes en la esperanza y en la calidad de vida de las personas de mediana edad y mayores en varios países.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2 0 1 3 - 2 0 1 8 GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



- En el apartado II **México Incluyente**, en la sección **Salud** reconoce el fenómeno de *fragmentación del sistema y sus consecuencias económicas, organizacionales y en la calidad de los servicios prestados y los altos costos que representa para el país.* Destaca la necesidad de fortalecer los modelos de atención en las **entidades federativas y municipios**, hace énfasis en la alta incidencia de las enfermedades crónicas como **diabetes mellitus, enfermedad isquémica** del corazón, tumores malignos. **Las instituciones de salud han estado enfocadas a lo curativo y no a la prevención.** Prevalece la participación de instituciones organizadas verticalmente y fragmentadas que limitan la capacidad operativa y la eficiencia del gasto.

Avanzar en la Construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2013 - 2018

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

Estrategia 2.3.1
Avanzar en la Construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal



Fuente: Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.

Un largo camino por recorrer...

El gran reto es superar la falta de alineamiento entre los derechos constitucionales a la salud, la organización de las instituciones de servicio y la demanda real de servicios así como los costos que ello implica.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD



Son las **circunstancias** en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, **incluido el sistema de salud**. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las *inequidades sanitarias*, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

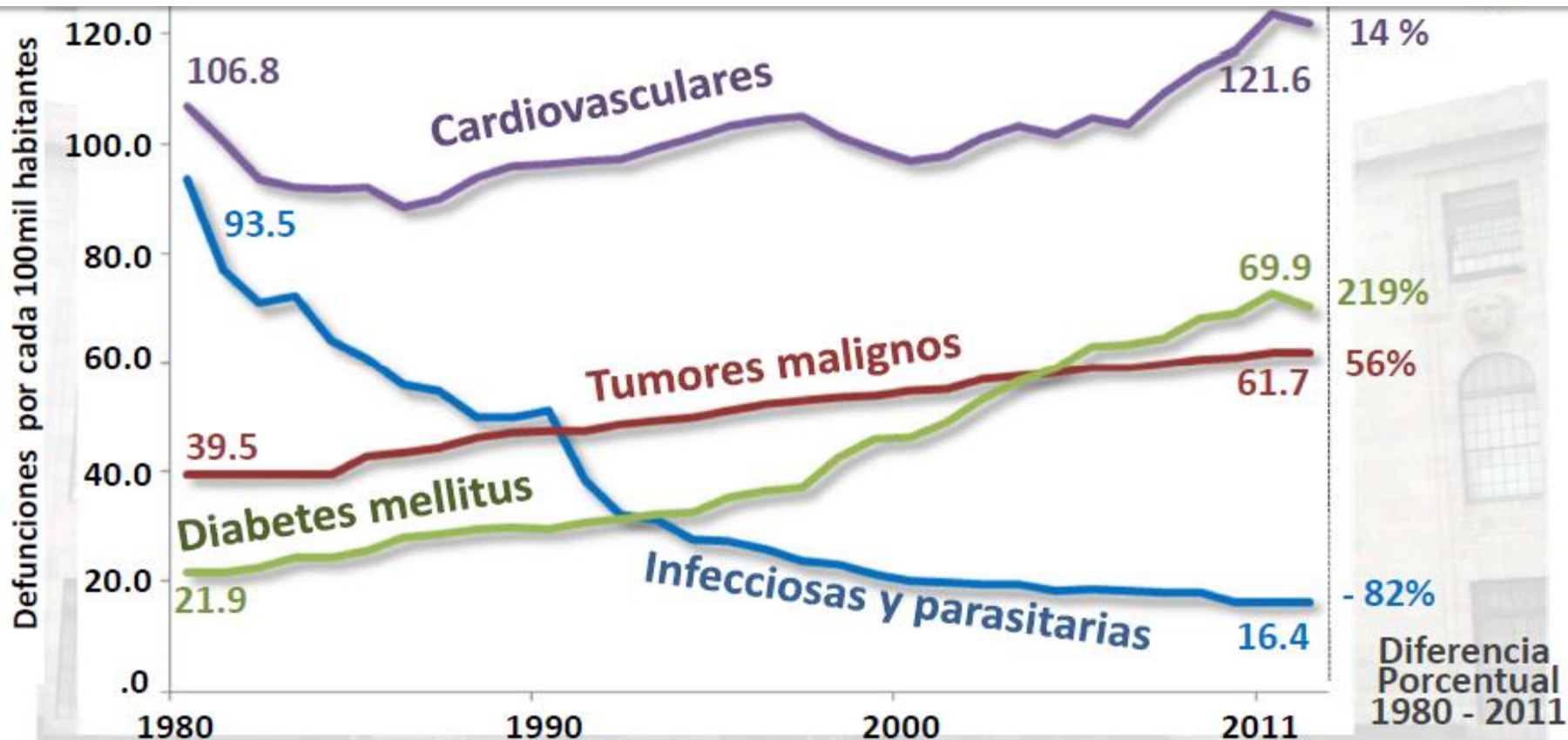
A black and white photograph of a woman in a field of cacti, covering her face with her hands in a gesture of despair or grief. The background shows a vast, open landscape with various types of cacti under a cloudy sky.

40 MILLONES DE MEXICANOS EN POBREZA

“

•••Las enfermedades crónicas y la pobreza están unidas en un círculo vicioso. Las enfermedades crónicas obstaculizan el desarrollo económico y empeoran la pobreza. Además, los pobres son más vulnerables por estar más expuestos a los riesgos y tener menos acceso a los servicios de salud...”

Mortalidad General



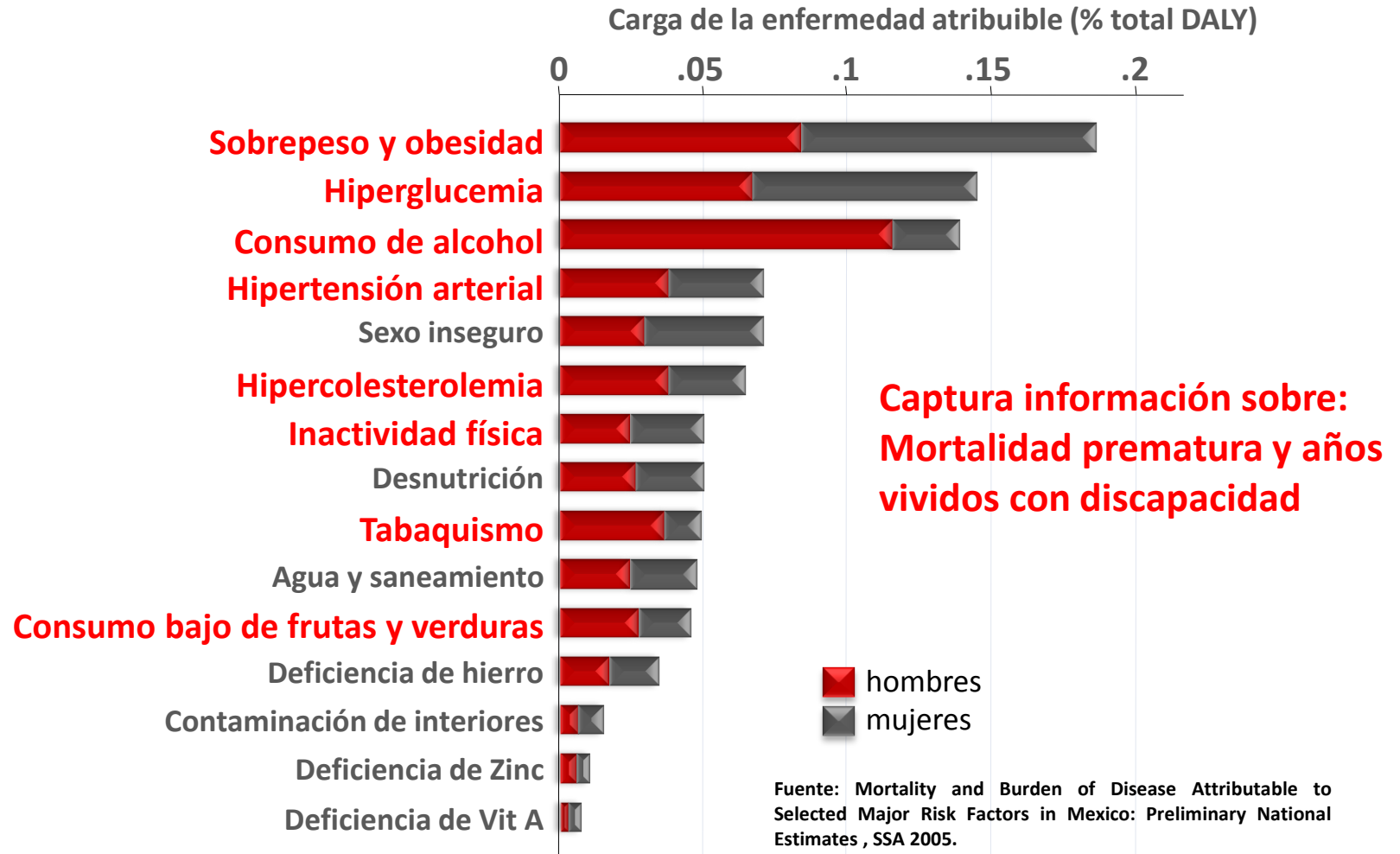
Defunciones

	Cardiovasculares	Tumores malignos	Diabetes mellitus	Infecciosas y parasitarias
1980	62,535	26,427	14,626	71,376
2011	18,943	71,350	80,788	140,595

Fuente: Base de Datos INEGI/DGIS 1980-2011

Cambio epidemiológico, México.

Factores atribuibles a mortalidad, enfermedad y discapacidad en México. (DALY/AVISA)

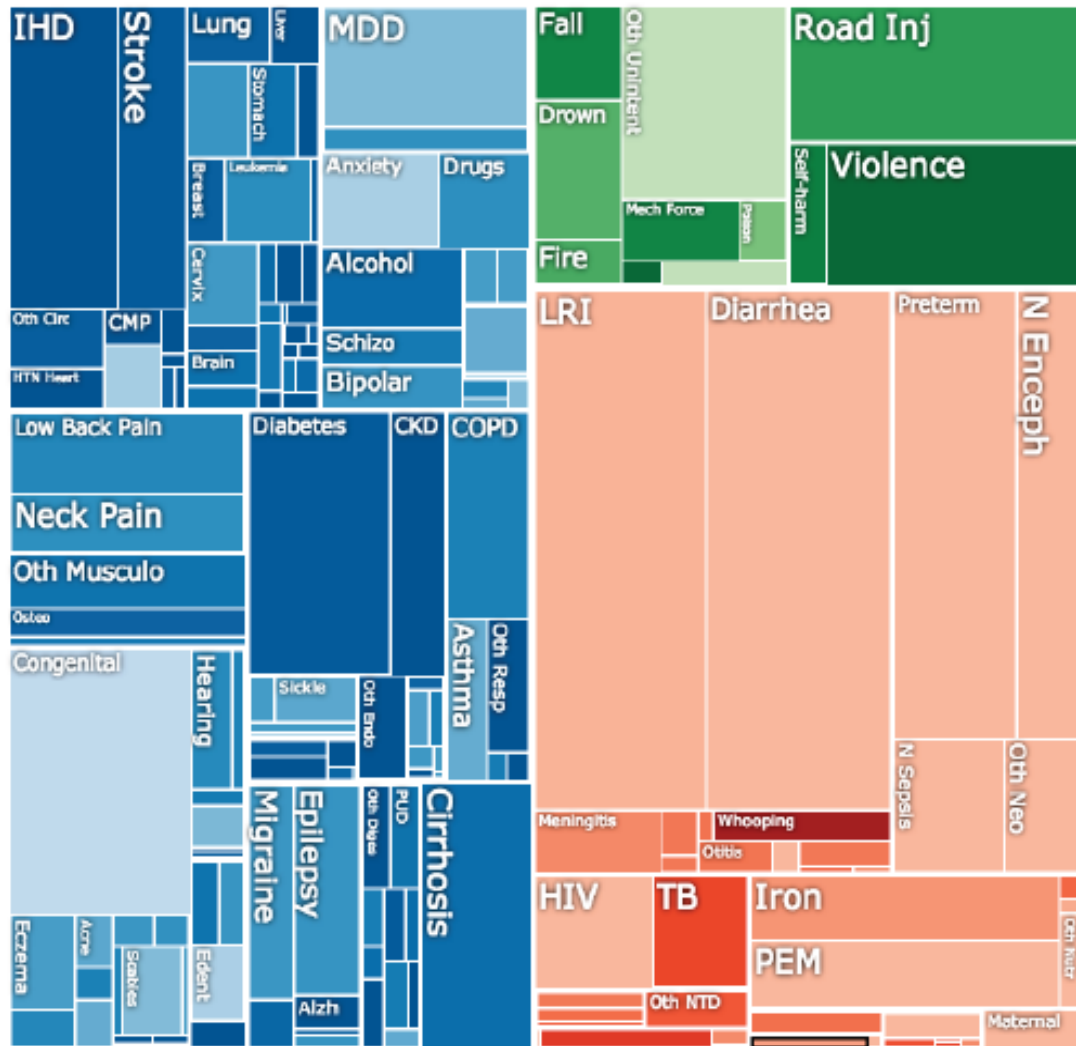


Los estados de salud se miden del 1 al 0: Donde 1 representa un año de vida en perfecta salud; 0 representa muerte y -1 estado peor que la muerte

Las enfermedades crónicas son ya predominantes en México

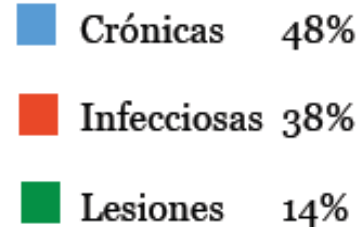
Distribución del peso de la enfermedad (AVISA) según diagnósticos mayores.
México, 1990 y 2010*

1990



AVISA por Dx

1990



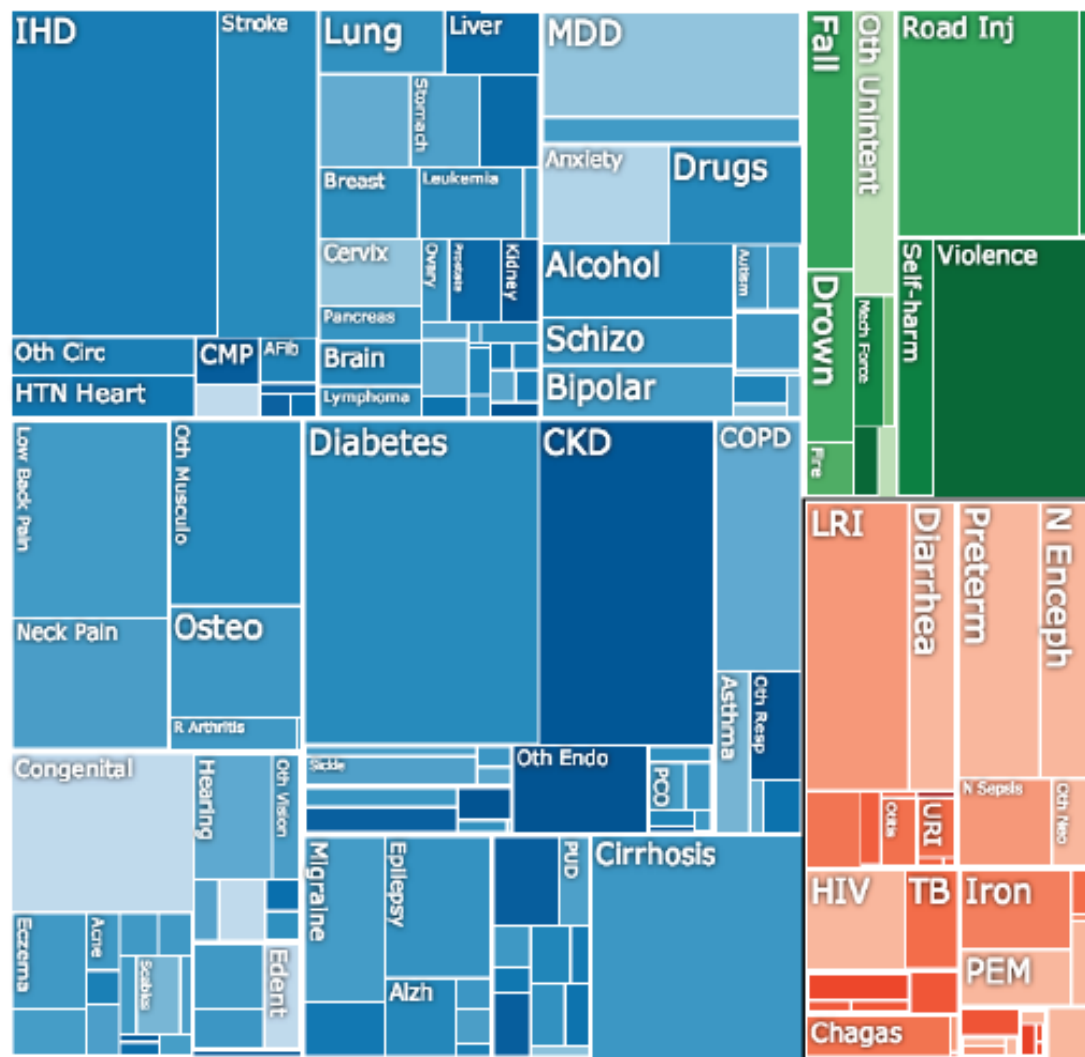
A Fib Fibrilación atrial
IHD Enfermedad isquémica del corazón
CKD Enfermedad crónica del riñón
CMP Cardiomiopatía
COPD Enfermedad obstructiva crónica
HTN Hipertensión
LRI Infecciones respiratorias bajas
MDD Desorden depresivo mayor
PUD Úlcera péptica
PEM Desnutrición protéico calórica

* Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study. Washington, IHME, 2012.

Las enfermedades crónicas son ya predominantes en México

Distribución del peso de la enfermedad (AVISA) según diagnósticos mayores.
México, 1990 y 2010*

2010



AVISA por Dx

	1990	2010
Crónicas	48%	59%
Infecciosas	38%	28%
Lesiones	14%	13%

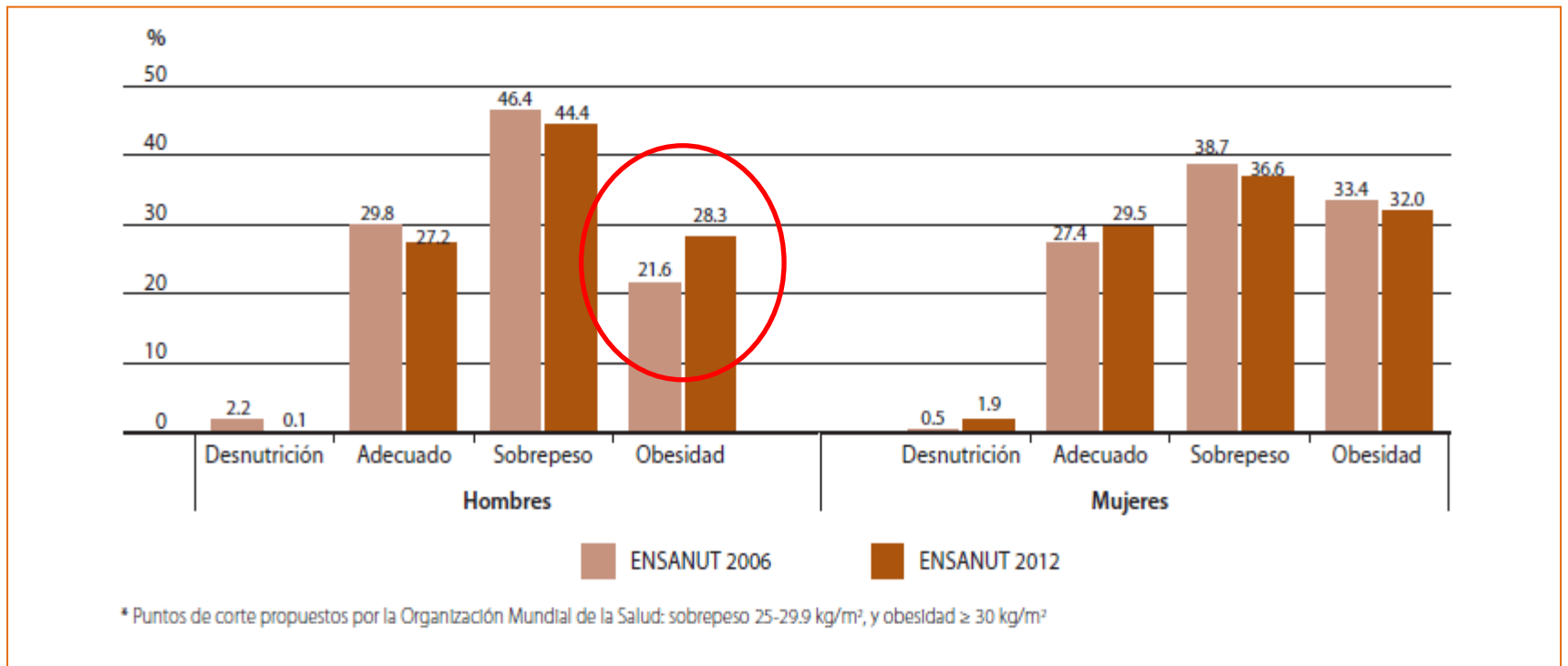
A Fib	Fibrilación atrial
IHD	Enfermedad isquémica del corazón
CKD	Enfermedad crónica del riñón
CMP	Cardiomiopatía
COPD	Enfermedad obstructiva crónica
HTN	Hipertensión
LRI	Infecciones respiratorias bajas
MDD	Desorden depresivo mayor
PUD	Úlcera péptica
PEM	Desnutrición protéico calórica

* Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study. Washington, IHME, 2012.

El complejo cardiometabólico en Tlaxcala

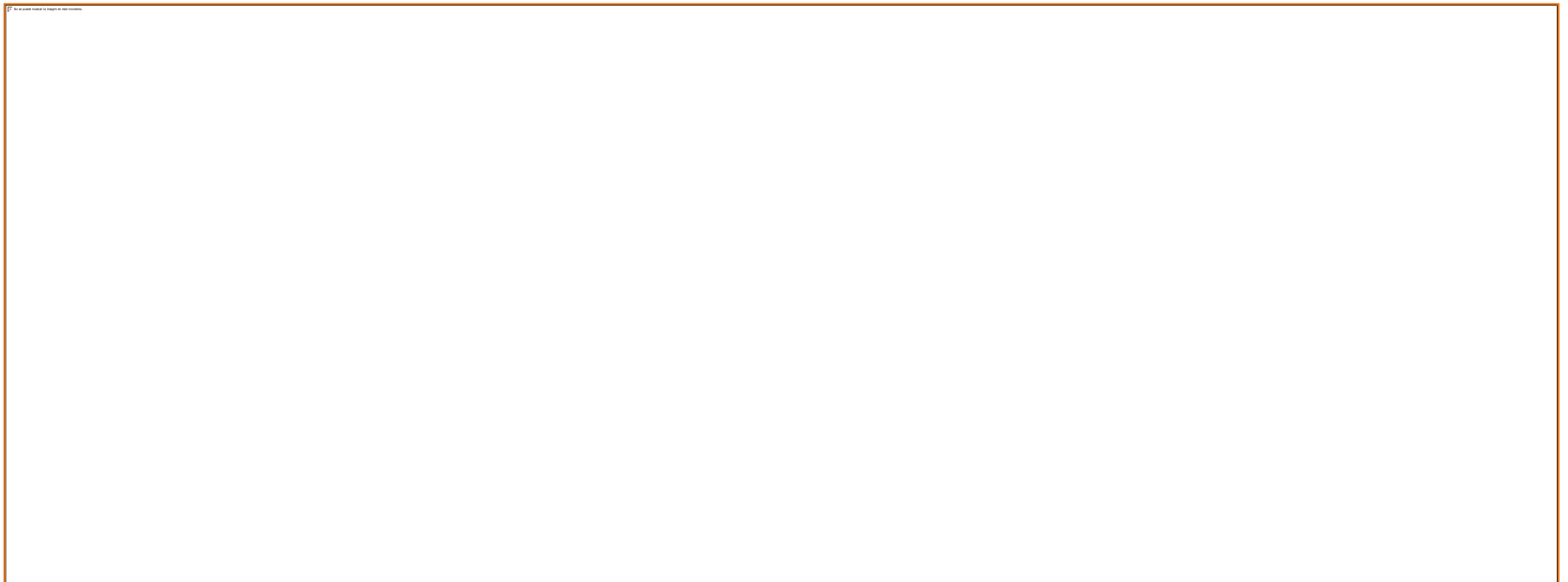
- 32.5% de los escolares presentó exceso de peso
- 32 de cada 100 adolescentes tuvieron exceso de peso, es decir, sobrepeso más obesidad, cifra prácticamente igual a la encontrada hace seis años.

Comparación del estado nutricional de hombres y mujeres de 20 años o más, de acuerdo con la clasificación de índice de masa corporal, Tlaxcala, México ENSANUT 2006 y 2009.



El complejo cardiometabólico en Tlaxcala.

- La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) por diagnóstico médico previo en personas de 20 años de edad o más en el estado de Tlaxcala fue de 11.%, se observó un **incremento** en la prevalencia de hipertensión arterial **a partir de los 40 años**.
- La prevalencia de diabetes mellitus (DM) por diagnóstico médico previo en personas de 20 años o más en Tlaxcala fue de 8.1%, se observó **un incremento** en la **prevalencia de diagnóstico previo** de diabetes a partir del grupo de **40 a 59 años** de edad.



Para la reflexión de los asistentes...

- De la población de 20 años de edad o más con diagnóstico médico previo de diabetes, el porcentaje de los que reportaron que se les realizó la determinación de hemoglobina glicosilada en los últimos 12 meses fue de **15.4% para Tlaxcala.**

Para la reflexión de los asistentes...

- El porcentaje de personas de 20 años o más que se realizaron prueba de microalbuminuria fue de 7.7%.

¿Cuánto cuesta tener DM2?

- México es el país que más porcentaje destina en el mundo a DM2 (15% del presupuesto de salud).
- De cada 100 pesos que se gastan en esta enfermedad, 52 los aportan los pacientes, 30 el IMSS, 11 la Secretaría de Salud y 7 el ISSSTE.
- De todo el gasto en diabetes, 35% corresponde a las complicaciones que desarrollan los pacientes, generalmente no controlados.
- Los pacientes invierten más del 30% de sus ingresos en atenderse.
- El 30 al 55% de los diabéticos no sabe que padece la enfermedad.

En 2012, México necesitó **3872 millones de dólares** para el manejo de la diabetes, lo que representó un incremento de 13% con respecto a 2011.

Xóchitl: Historia Clínica de la Fragmentación.

**Integración e innovación de la atención del complejo
cardiometabólico**

Simposio sobre síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular,

La historia de la señora Xóchitl



¿Atención Integrada?

**Integración e innovación en la atención del complejo
cardiometabólico**

Simposio sobre síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular,

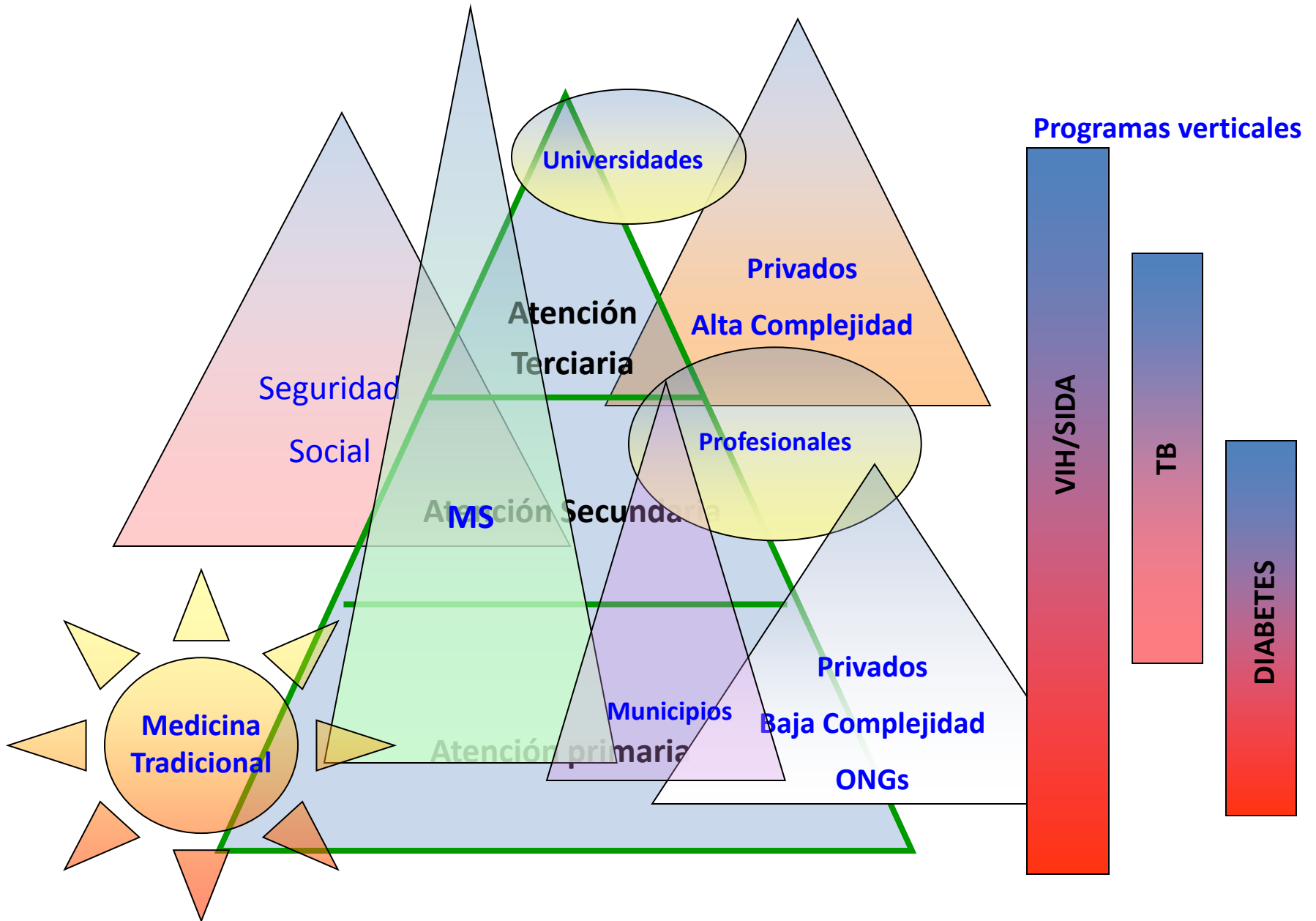
La “Atención Integrada” (Integrated Care)...

es un concepto clave que ha contribuido a impulsar exitosas reformas organizacionales, estructurar políticas y a guiar la transformación de la práctica clínica en sistemas de salud de América (Canadá, Brasil, Costa Rica), Europa (Holanda, Reino Unido, Alemania, España), Asia (China, Singapur) y Australia durante más de dos décadas.

Atención Integrada: ¿Una Nueva idea?

- **La idea no es nueva** - la preocupación por la falta de atención integrada, en particular la salud física / mental, se remonta a miles de años.
- Esta preocupación actualmente se centra en la **fragmentación** en los sistemas de atención y prestación de servicios que generan que los individuos caigan a través de “abismos” en la atención. Ejm. Atención entre el primer y segundo nivel/ Asistencia social y de salud/ Atención de la salud mental y física.
- Los **diversos enfoques** que tratan de hacer frente a la fragmentación de la atención son comunes en muchos sistemas de salud, y la necesidad de hacerlo va en aumento a medida que más personas viven más tiempo y con complejas comorbilidades.

SISTEMA DE SALUD SEGMENTADO Y FRAGMENTADO



Integración y Atención Integrada

- ❖ La **integración** es la combinación de procesos, métodos y herramientas que faciliten la atención integrada.
- ❖ La **atención integrada** resulta de la culminación de estos procesos directamente beneficiosa a las comunidades, los pacientes o usuarios de servicios, es por definición, "centrada en el paciente" y "población orientada".
- ❖ La atención integrada se puede juzgar el éxito si contribuye a mejorar las experiencias de cuidado, la mejora de resultados de la atención; entregado más rentable.

"Sin integración en los distintos niveles (de los sistemas de salud), todos los componentes relacionadas con la atención pueden verse afectados. Los pacientes pierden, los servicios necesarios no pueden ser entregados, o se retrasan, la calidad y la disminución satisfacción del paciente, y el potencial de rentabilidad disminuye".

Principales formas de la Atención Integrada.

- La Atención Integrada entre los servicios de salud, servicios sociales y otros proveedores de atención (**integración horizontal**);
- La Atención Integrada en atención primaria, la comunidad, los servicios hospitalarios y de alta especialidad (**integración vertical**);
- La Atención Integrada dentro de un sector (por ejemplo, dentro de los servicios de salud mental a través de equipos o **redes multi-profesionales**);
- La Atención Integrada entre los **servicios preventivos y curativos**;
- La Atención Integrada entre los proveedores y los pacientes para apoyar la toma de decisiones compartida y **la autogestión**;
- La Atención Integrada entre **la salud pública y la medicina clínica**.

Atención Integrada: ¿Para que?

La hipótesis de trabajo en Atención integrada es que puede contribuir a alcanzar el "**triple objetivo**" de los sistemas de salud:

- **Mejorar la experiencia del cuidado del usuario** (por ejemplo, la satisfacción, la confianza, la confianza).
- **Mejorar la salud de las personas y de las poblaciones** (por ejemplo, morbilidad, mortalidad, calidad de vida, la reducción de las hospitalizaciones).
- **La mejora de la relación coste-eficacia** de los sistemas de salud (por ejemplo, la eficiencia funcional y técnica).

Atención Integrada: ¿Para que?



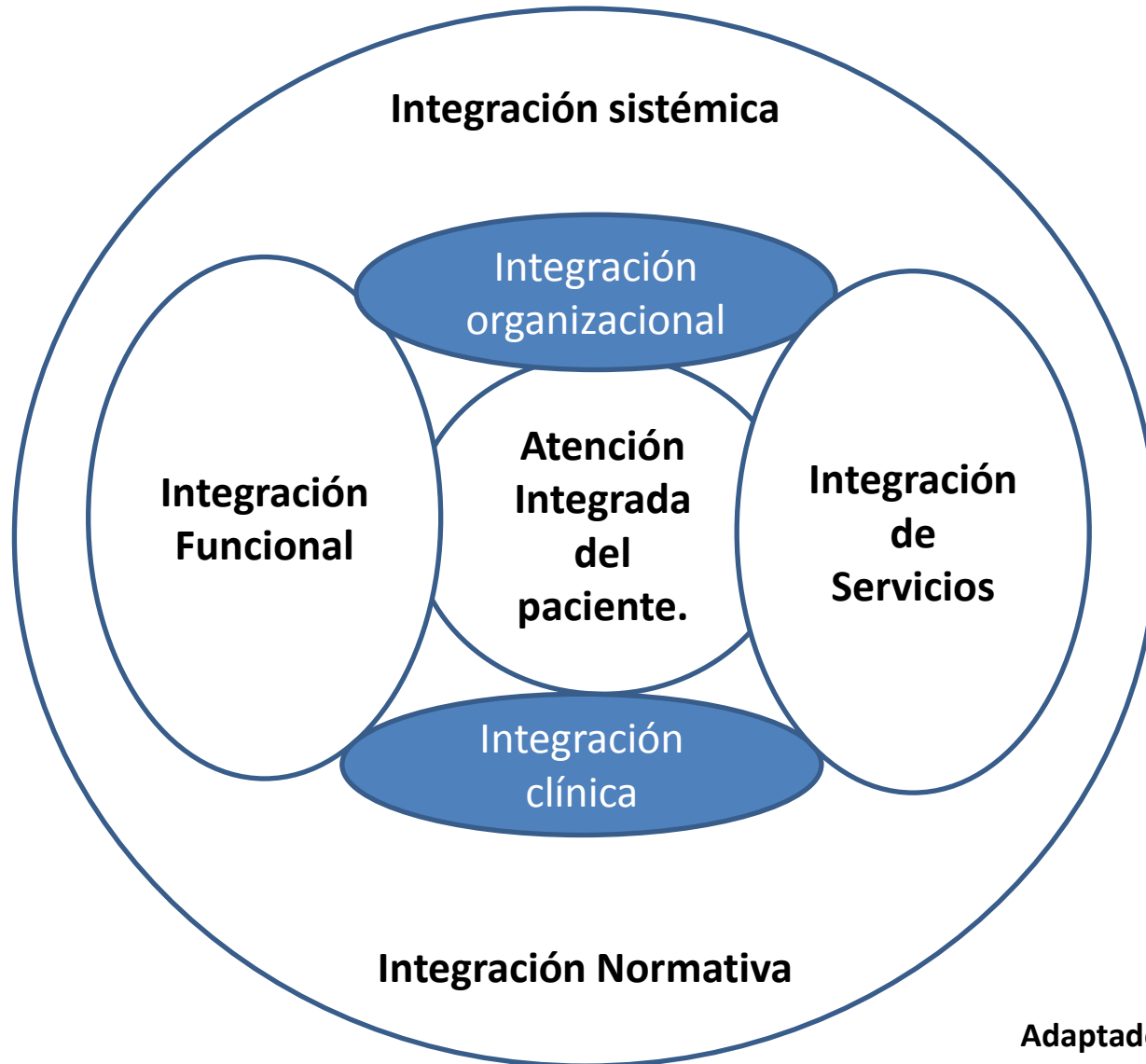
La complejidad de la Atención Integrada: Diversidad teórica y práctica

- No existe un modelo “universal e ideal” de Atención Integrada para todas las situaciones.
- La integración no sigue un camino único y las variaciones de resultados dependen del contexto.
- Múltiples modalidades y grados de integración pueden coexistir dentro de un mismo sistema.

La complejidad de la Atención Integrada: Diversas taxonomías

- **Tipos de integración** (por ejemplo, de organización, profesional, funcional);
- **Amplitud de integración** (por ejemplo, vertical, horizontal, virtual);
- **Grado de integración** (es decir, a través del continuo: vinculación, coordinación para la integración plena), y
- **Procesos de integración** (es decir, cultural y social, así como estructural y sistémica).
- **Multinivel** El resultado de las actividades llevadas a cabo en varios niveles (por ejemplo, sistémica, orgánica, profesional).

El concepto de Atención Integrada



El sistema, la integración y las ECNT



La Atención Integrada es una intervención compleja, con múltiples componentes y dinámica.

Difícil de comprender y medir la relación causa-efecto.

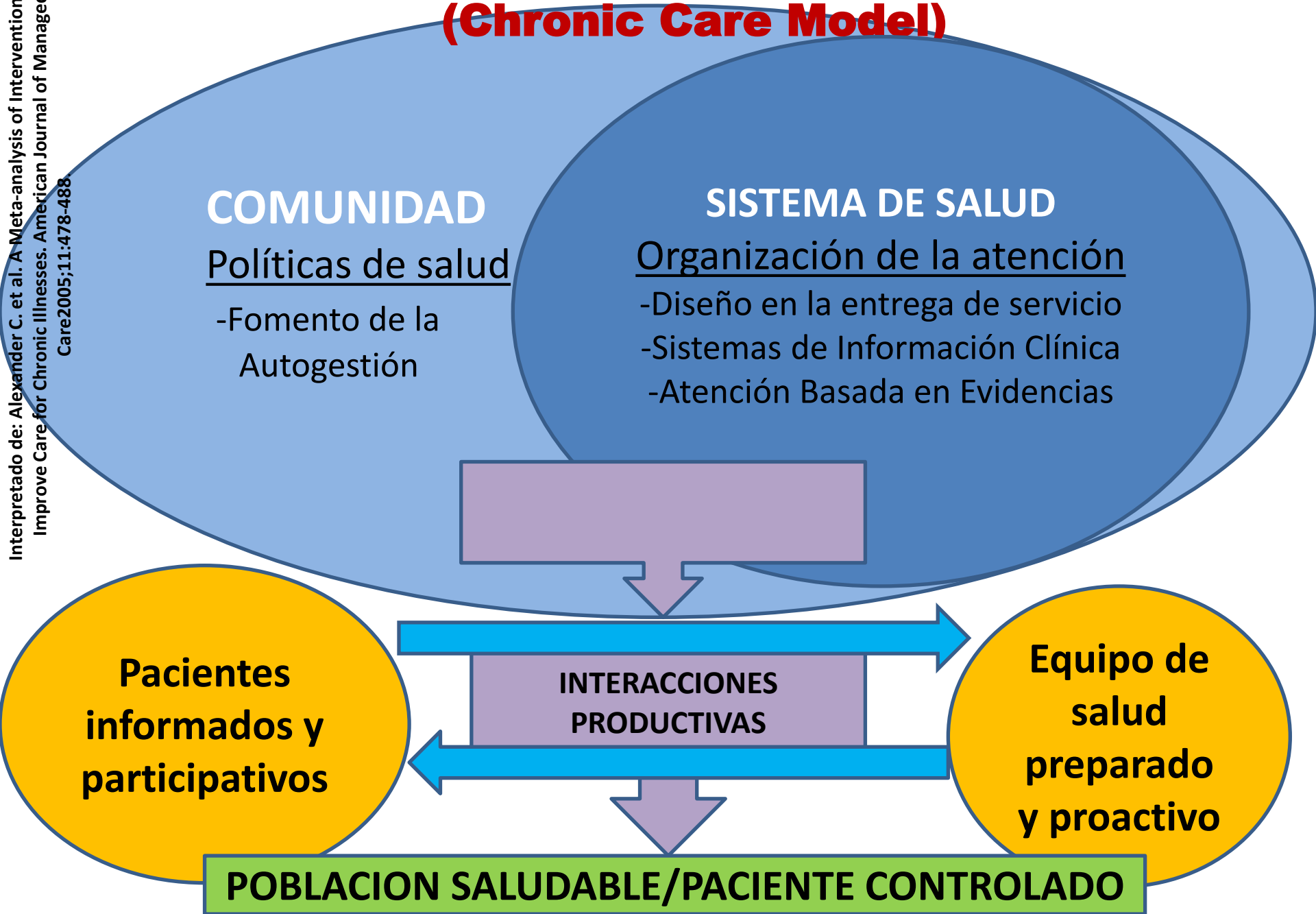
Utiliza marcos conceptuales y de trabajo “multiniveles”.

Algunos modelos que guían el diseño de proyectos de Atención Integrada

- Modelo de Atención a la Cronicidad
- Redes Integradas de Atención
- Vías clínicas

1) “Modelo de Atención a la cronicidad” (Chronic Care Model)

Interpretado de: Alexander C. et al. A Meta-analysis of Interventions to Improve Care for Chronic Illnesses. American Journal of Managed Care 2005;11:478-488.





Centers for Disease Control and Prevention
CDC 24/7: Saving Lives. Protecting People.™

PREVENTING CHRONIC DISEASE
PUBLIC HEALTH RESEARCH, PRACTICE, AND POLICY

SYSTEMATIC REVIEW

Volume 10 — February 21, 2013

The Chronic Care Model and Diabetes Management in US Primary Care Settings: A Systematic Review

Michael Stelfefon, PhD; Krishna Dipnarine, MS; Christine Stopka, PhD

Suggested citation for this article: Stelfefon M, Dipnarine K, Stopka C. The Chronic Care Model and Diabetes Management in US Primary Care Settings: A Systematic Review. *Prev Chronic Dis* 2013;10:120180. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.120180>

International Journal for Quality in Health Care 2005; Volume 17, Number 2: pp. 141–146
Advance Access Publication: 21 January 2005

Review Article

Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews

MARIELLE OUWENS, HUB WOLLERSHEIM, ROSELLA HERMENS, MARLIES HULSCHER AND RICHARD GROL

Centre for Quality of Care Research (WOK), Radboud University Nijmegen Medical Centre, The Netherlands

Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)



•Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2010.

Atención Primaria e integración.



- La Atención Integrada es un componente esencial de los sistemas y organizaciones de salud modernos basados en **Atención Primaria de Salud (APS)**.

- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS.
- Frenk J. **Reinventing primary health care: the need for systems integration**. The Lancet 374: 170-173, 11 July 2009.
- Pérez Hernández G. Pérez H. Dávila G. **Especialidad en Medicina Integrada: Iniciativa para fortalecer la Atención Primaria en México**. 14 Congreso de Investigación en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. México, 2011.

Vías clínicas

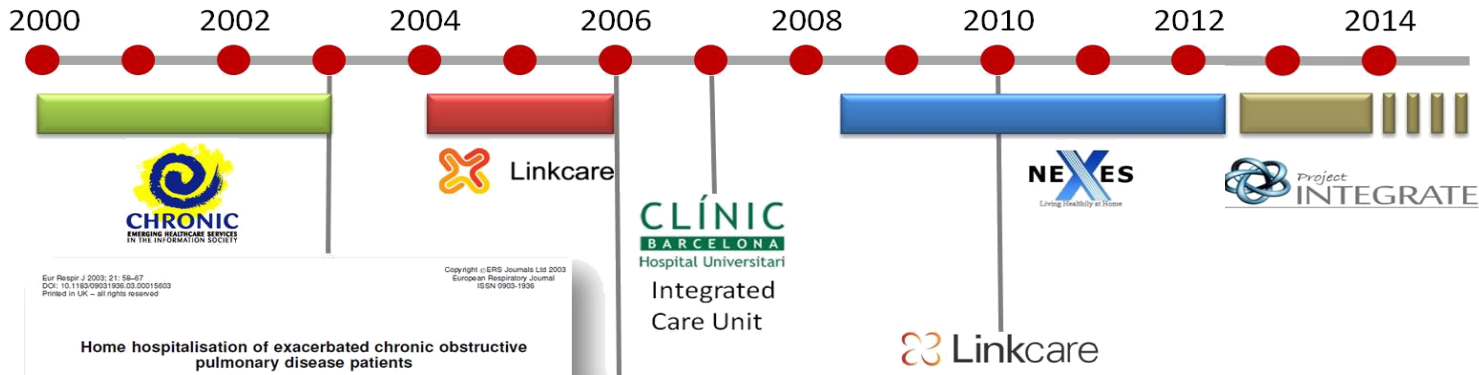
- Son planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología, y que presentan un curso clínico predecible.
- Las guías o los protocolos definen la atención y/o cuidado que ha de recibir el enfermo, las vías definen cuándo, cómo y en qué secuencia la atención y/o cuidado se ha de proporcionar y además especifica los objetivos de cada fase.



Campbell H, Hotchkiss R and Bradshaw N: Integrated care pathways. BMJ 1998; 316:133-137

Coffey RJ et al. "An introduction to critical paths". In: O'Graham N. "Quality in Health Care". Aspen Publishers, Inc. Gaithersburg 1995. pag 139-156.

Proyecto Nexes para condiciones de cronicidad



Eur Respir J 2003; 21: 56-67
DOI: 10.1183/09031530.03.0015603
Printed in UK – all rights reserved

Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients

C. Hernández*, A. Casas*, J. Escarriabill*, J. Alonso B. Colvinent*, R. Rodríguez-Roisin*, J. Roca*

Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary C. Hernández, A. Casas, J. Escarriabill, J. Alonso, J. Paig-Jung Vilagui, B. Colvinent, R. Rodríguez-Roisin, J. Roca, and partners project. Eur Respir J 2003; 21: 56-67.

ABSTRACT: It was postulated that home hospitalisation (HH) of obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbations admitted at the (ER) could facilitate a better outcome than conventional hospitalisation. In this end, 222 COPD patients (122 female; 71/10 yrs) randomly assigned to HH (n=121) or conventional care (n=101). Data care was delivered by a specialised nurse with the patient's free-phone number created for an 8-week follow-up period.

Mortality (HH: 4.1%; controls: 6.9%) and hospital readmissions controls: 28/0.70) were similar in both groups. However, at the end period, HH patients showed: 1) a lower rate of ER visits (0.13/0.43)

Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients

A. Casas*, T. Troosters*, J. Garcia-Aymerich*, J. Roca*, C. Hernández*, A. Alonso*, F. del Pozo*, P. de Toledo*, J.M. Antó*, R. Rodríguez-Roisin*, M. Decramer* and members of the CHRONIC Project

ABSTRACT: Hospital admissions due to chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbations have a major impact on the disease evolution and costs. The current authors postulated that a simple and well-standardised, low-intensity integrated care intervention can be effective to prevent such hospitalisations.

Therefore, 155 exacerbated COPD patients (17% females) were recruited after hospital discharge from centres in Barcelona (Spain) and Leuven (Belgium). They were randomly assigned to either integrated care (IC; n=65; age mean ± sd 70 ± 9 yrs; forced expiratory volume in one second (FEV1) 1.1 ± 0.5 L, 43% predicted) or usual care (UC; n=90; age 72 ± 9 yrs; FEV1 1.1 ± 0.65 L, 41% pred). The IC intervention consisted of an individually tailored care plan upon discharge shared with the primary care team, as well as accessibility to a specialised nurse case manager through a web-based call centre.

After 12 months' follow-up, IC showed a lower hospitalisation rate (1.5 ± 2.6 versus 2.1 ± 3.1) and a higher percentage of patients without re-admissions (49 versus 31%) than UC without differences in mortality (19 versus 16%, respectively).

APPLICABILITY: "Unidad de Neumología and Technology Innovates Unit, Hospital Clinic, IDIBELL, Universitat de Barcelona, and, "Respiratory and Environmental Health Research Unit, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IME) IMAS, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, "Unidad de Neumología y Terapéutica de UPM, Universidad Politécnica de Madrid, Madrid, Spain, and "Respiratory Division, UCL Leuven, Faculty of Kinetics and Rehabilitation, KU Leuven, Belgium.

- Hitos:**
- 2003 – Piloto clínico Hospitalización a domicilio pacientes EPOC
 - 2006 – Piloto clínico de prevención de agudizaciones en pacientes EPOC
 - 2007 – Creación de la unidad de Atención Integrada
 - 2010 – Creación de una empresa para el desarrollo del “software” Linkcare
 - 2013 – Ampliación de servicios, introducción de rehabilitación

¿Puede la Medicina Integrada contribuir a disminuir los daños a la salud en los mexicanos producidos por el complejo cardiometabólico?

Integración e innovación en la atención del complejo cardiometabólico

*Simposio sobre síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular,
Apizaco, Tlaxcala, diciembre de, 2013.*

El médico de Atención Integrada en el sistema de salud.

- El médico de atención integrada es un especialista cuyo trabajo está orientado a la atención del adolescente, adulto joven, adulto maduro y adulto mayor. En su trabajo **integra la promoción de la salud, la atención preventiva, y la atención curativa y de rehabilitación**. Está capacitado sobretodo en la atención de las enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas de mayor frecuencia, así como en la atención de lesiones accidentales y no accidentales.
- Un componente central de su trabajo es facilitar el **funcionamiento integrado, horizontal y vertical**, de las redes de servicios, y asegurar la continuidad de la atención a través del seguimiento estrecho del paciente a través de los procesos de atención.

Fuente: Modelo Integrador de Atención a la Salud. Segunda edición, 2006, Secretaría de Salud, México.

Construyendo la Atención Integrada

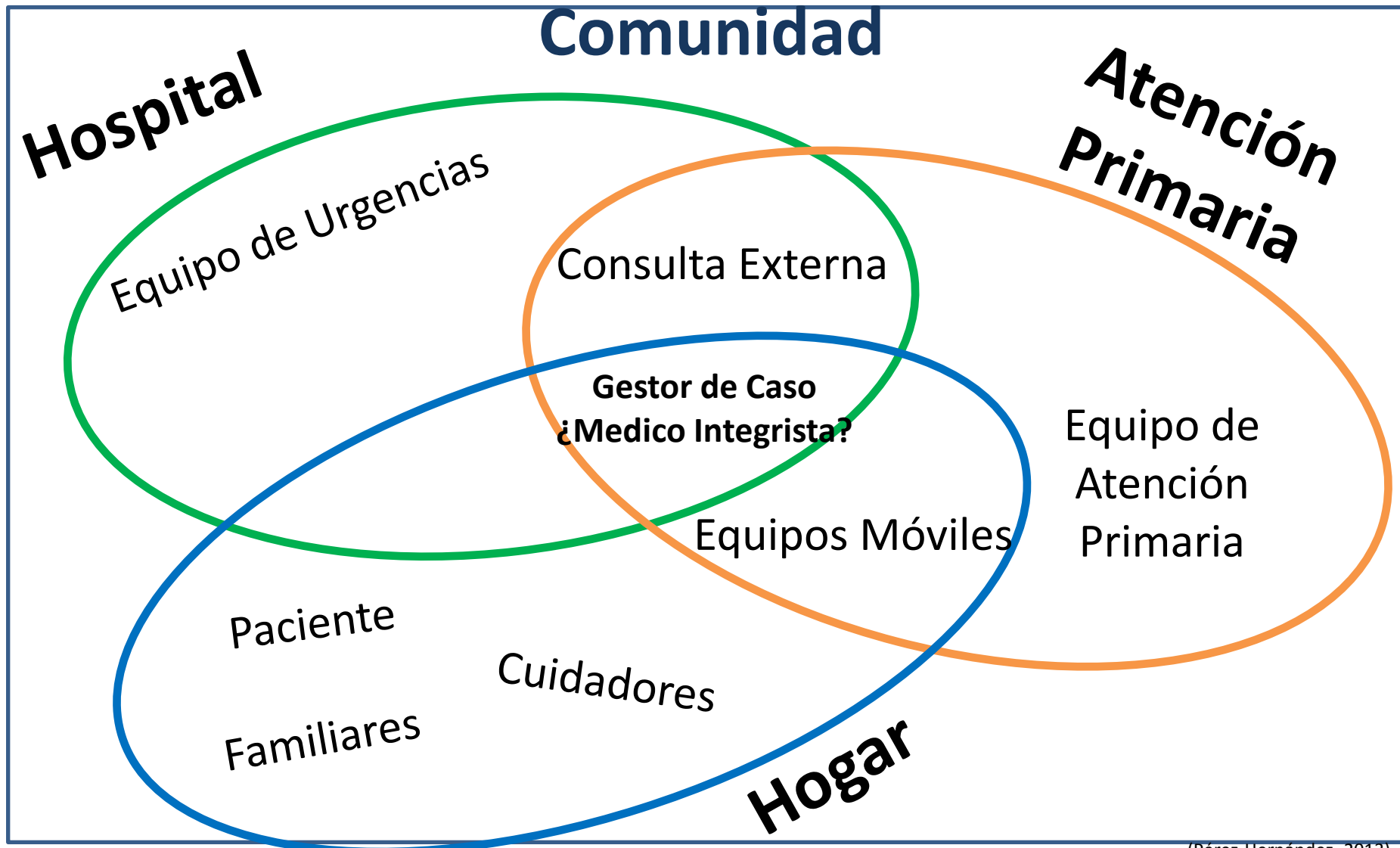
Los términos ***Integrated Care***, (comúnmente utilizado en Europa) y ***Cuidados Integrados de la salud*** (utilizado en Latinoamérica) se refieren a la atención o cuidados brindados directamente al paciente (Medicina Integrada); y la necesaria organización de los servicios de salud para dar soporte a la realización de dichos cuidados.

Medicina Integrada:

Fundamentos y papel en el Sistema de Salud Nacional



Innovación en la Atención: Redefiniendo roles



LA INTEGRACIÓN TAREA DE TODOS

La transición a un sistema de salud capaz de ofertar *cuidados integrados a la salud* para los mexicanos es una prioridad.

El desarrollo de la Atención Integrada en México. Documento de Posicionamiento del Colegio Nacional de Especialistas en Medicina Integrada A.C. ' México, D.F. 2013.

CONCLUSIONES

**Integración e innovación en la atención del complejo
cardiometabólico**

*Simposio sobre síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular,
Apizaco, Tlaxcala, diciembre de, 2013.*

CONCLUSIONES

- ✓ En Tlaxcala, de forma similar al país, los padecimientos crónicos constituyen el **principal reto** en salud, lo que llama a fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud ante estas condiciones.
- ✓ La **carga de la enfermedad** que representa el complejo cardiometabólico, la **fragmentación y segmentación** de los servicios de salud y sus consecuencias, destacan la urgencia de implementar estrategias de Atención Integrada.

CONCLUSIONES

- ✓ Es prioritaria la producción científica que sustente teoría y modelos innovadores en el entorno local para el desarrollo de la Atención Integrada en México.
- ✓ La Medicina Integrada está llamada a contribuir en la mejora del sistema de salud y la calidad de la atención de la enfermedad crónica.



CONAEMI

COLEGIO NACIONAL DE ESPECIALISTAS
EN MEDICINA INTEGRADA

-Integración e Innovación - Soluciones que construyen salud

Dr. Galileo Pérez-Hernández
phgalileo@conaemi.org.mx

Presidente del Colegio Nacional de Especialistas en Medicina Integrada A.C.

<http://conaemi.org.mx/>

Editor Asociado del International Journal of Integrated Care.

<http://www.ijic.org/index.php/ijic>

International Foundation for integrated Care

<http://www.integratedcarefoundation.org/>