

This file has been cleaned of potential threats.

If you confirm that the file is coming from a trusted source, you can send the following SHA-256 hash value to your admin for the original file.

82c9c73ea68240114a060804bdfaa0b7de30fc50790ccd4a2b551032398b30a

To view the reconstructed contents, please SCROLL DOWN to next page.

ABORDAJE DEL PACIENTE CRÓNICO

— MODELO KAISER —

**GRUPO
10**

Laia Escayola Escamilla
Élida González Gómez
Carla Domínguez Ortega

TUTORA: María del Carmen
Segura Caballero

Índice:

1. Introducción:

Origen.
¿Qué es?

2. Objetivos:

¿En qué consiste?
Utilidades.

3. Aplicación:

¿Cómo y dónde?
Ejemplos prácticos.

4. Conclusiones.

5. Referencias bibliográficas.

OBJETIVOS:

- Describir y analizar el modelo de organización y gestión Kaiser.
- Plantear su utilidad en el abordaje del paciente crónico.
- Establecer las ventajas y limitaciones del modelo Kaiser en nuestro medio.



ORIGEN



1.

Fue fundada en 1945 por el industrial Henry J Kaiser y el médico Sidney R. Garfield.

2.

En 2013, era el mayor sistema integrado de salud y la mayor aseguradora sanitaria sin ánimo de lucro de los EEUU.



3.

Kaiser Permanente opera en un entorno altamente competitivo (gran número de compañías privadas como Medicare y Medicaid).

En resumen:

La estrategia de Kaiser es un enfoque de mejora de salud poblacional, tratando de minimizar la utilización y prestando servicios en el nivel de atención más coste-efectivo.

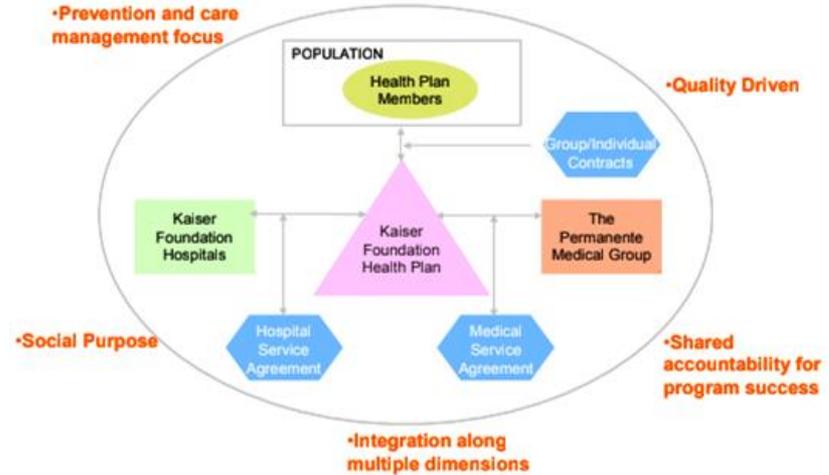
QUÉ ES

Organización:

Seguros (Health Plan) mediante pólizas individuales o grupales para proveer atención sanitaria integrada de prepago.

Estructuras de provisión, incluyendo sus 30 Hospitales.

The Permanente Medical Group (PMG): Grupos de médicos de varias especialidades que aceptan un pago fijo (capitación) para brindar atención médica exclusivamente a los miembros del plan de salud de Kaiser.



La población asegurada: 8.5 millones de personas.

QUÉ ES

Modelo piramidal:



Base:

Prevención y promoción de la salud

Autogestión (70-80%)

- Herramientas ex. Healthwise Handbook, MyHealth Manager, así como el uso de apps.

+

- Seguimiento proactivo por equipos multidisciplinares.

Gestión de enfermedad (15%)

Problemas de adherencia, comorbilidades y tratamientos complejos – Se intensifica seguimiento, educación → terapéutica y apoyo al autocuidado mediante gestores de cuidados (ex-enfermeras, farmacéuticos o trabajadores sociales).

Gestión de Caso: (3-5%)

Enfermedades crónicas; múltiples ingresos urgencias, polifarmacia y dificultades para ABVD → Seguimiento intensivo mediante gestores de casos con programas de intervención muy estructurados.

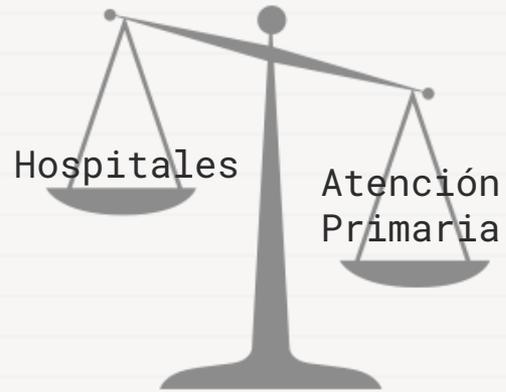
En qué consiste

ESTRATEGIA:

Mejora la salud poblacional minimizando la utilización y prestando servicios en el nivel más coste-efectivo.



Atención integrada



Claves para el éxito:

1. Enfoque de salud poblacional.
2. Liderazgo clínico.
3. Práctica profesional en equipos que colaboran de forma integrada.
4. Profesionales médicos contratados por una misma organización (PMG) y que trabajan en exclusividad.
5. Compromiso con la gestión del conocimiento, con la difusión de las mejores prácticas y con el aprendizaje organizativo.
6. Énfasis en la prevención, detección precoz y educación sanitaria.
7. Gestión activa y coordinada de las enfermedades crónicas.
8. Importancia de la investigación clínica.
9. Atención sanitaria basada en la evidencia.
10. Énfasis en la calidad clínica.



Objetivos

Enfoque de salud poblacional:

“Proveer de atención sanitaria de alta calidad y accesible económicamente a sus pacientes y mejorar el estado de salud de las comunidades a las que sirve”.

Liderazgo clínico:

Proyecto cooperativo entre clínicos y gestores, pero dentro de un marco de liderazgo clínico, entendido como clara priorización de los procesos asistenciales como el núcleo duro de su negocio.

Atención integrada:

Asume que la integración de la atención mejora la experiencia del paciente. La integración se sostiene en un modelo de Atención Primaria potenciada con perfiles de especialistas. Las barreras entre niveles se difuminan al verse de forma unificada el proceso de atención.

Potenciación de la capacidad resolutoria del primer nivel:

Papel fundamental en la minimización de episodios agudos y exacerbaciones que provocan hospitalizaciones. Con este fin, se desarrollan los programas de pacientes crónicos.

Se cuenta con grandes centros de Atención Primaria que disponen de amplios medios diagnósticos y terapéuticos y grupos de profesionales que conforman equipos:

- Médicos de Primaria
- Enfermería
- Perfiles de educadores sanitarios
- Médicos especialistas

Dedicación media por consulta de 20 minutos.

Objetivos

Reducción al mínimo de la hospitalización:

El objetivo es reducir al mínimo tanto la frecuentación hospitalaria como la duración de la estancia, sin comprometer la calidad de la atención.

Equipos de “hospitalistas” médicos experimentados que se ocupan de la atención y seguimiento de los pacientes del ingreso al alta, sin otro tipo de ocupaciones.

Optimización del tiempo médico:

Busca optimizar el tiempo médico concentrándolo en la interacción con el paciente.

- Se usan otros perfiles profesionales siempre que se puede.
- Se aligera al médico de cargas administrativas.
- Se realizan consultas grupales.

Invertir en la ventaja competitiva:

Áreas prioritarias de inversión:

1. Programas que mejoran los resultados de salud a nivel individual y poblacional orientados a patologías crónicas
2. Intervenciones conductuales.
3. Servicios de Urgencias de alta capacidad de resolución y en médicos hospitalistas con el propósito de optimizar el recurso cama.
4. Mejoras logísticas que permiten reducir las demoras de resultados de pruebas diagnósticas.
5. .Una gestión activa y sistemática de la prescripción farmacológica
6. Desarrollo de un amplio programa de investigación propia.
7. Tecnologías de la información.

APLICACIÓN:



Atención primaria

- Médicos y enfermeras especialistas en familiar y comunitaria



Cómo aplicarlo:



En España:

GMA: Grupo de Morbilidad Ajustada

MINISTERIO DE SANIDAD,
CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL
2014-2016



- ✓ Población sana.
- ✓ Embarazo y/o parto.
- ✓ Patología aguda.
- ✓ Enfermedad crónica en 1 sistema.
- ✓ Enfermedad crónica en 2 o 3 sistemas.
- ✓ Enfermedad crónica en 4 o más sistemas.
- ✓ Neoplasias en el período.

- Herramienta de investigación y decisión en Salud Pública.
- Indicador de salud reflejado en la h^a clínica.
- Inclusión de pacientes en programas de pacientes crónicos

CONCLUSIONES



Para el abordaje de la cronicidad es esencial el desarrollo de la atención primaria.

Fomentar el autocuidado para evitar intervenciones complejas.



La estratificación del riesgo permite identificar pacientes más vulnerables que precisan intervenciones más individualizadas.

Imprescindible el liderazgo por profesionales sanitarios especializados.



A graphic of a spiral-bound notebook with a white page and a red cover. The spiral binding is at the top, and there are two horizontal tabs on the left side, one yellow and one pink. The text is centered on the page, and a yellow arrow points towards the bottom right corner.

**GRACIAS
POR SU ATENCIÓN**



BIBLIOGRAFÍA

Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria. Sergio Minué-Lorenzo, Carmen Fernández-Aguilar. Aten Primaria. 2018 Feb.

Conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. Orozco-Beltrán D., Ollero M. Aten Primaria. 2011 Mar.

Hospital bed utilisation in the NHS and Kaiser Permanente: ownership, integration, and medical leadership are key. Morley R. BMJ. 2004;328: 584-5.

Is Kaiser the future of American Health Care? Lohr S. The New York Times; 31 de octubre de 2004.

Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria. Sergio Minué-Lorenzo, Carmen Fernández-Aguilar. Aten Primaria. 2018 Feb.

Organizaciones sanitarias basadas en el conocimiento. Nuño R. Disponible en: <http://www.madrimasd.org/revista/revista26/aula/aula1.asp>