



Atención sanitaria integrada en Osona como respuesta al desafío de la cronicidad

Jordi Roca Casas⁽¹⁾

Isabel Ramón Bofarull⁽²⁾

⁽¹⁾Director Gerente. Hospital de la Santa Creu de Vic

⁽²⁾Directora d'Atenció Ambulatòria i Serveis Comunitaris. Consorci Hospitalari de Vic

Hay unanimidad en que la atención sanitaria en general experimenta actualmente una clara presión ocasionada básicamente por cambios en los perfiles de la demanda que debe atender. Entre sus causas principales encontramos el conocido cambio a un patrón epidemiológico de cronicidad, el paso de la enfermedad a la pluripatología y la asociación entre enfermedad, mayoritariamente pluripatológica, y dependencia. Todo ello en el contexto de un cambio de perfil demográfico cuya consecuencia es una pirámide de población más envejecida, con lo que ello implica de mayor comorbilidad y dependencia.

La atención a la cronicidad constituye, pues, uno de los grandes retos sociales y sanitarios de nuestro tiempo. Así, según Bengoa⁽¹⁾ el 70% del gasto sanitario está relacionado con las enfermedades crónicas y más de un 25% de las personas mayores de 45 años sufren

de más de una patología crónica que requiere ser tratada.

Los sistemas sanitarios han tenido que abordar necesariamente el impacto de la enfermedad crónica, dando lugar a la aparición de diferentes modelos de atención de las enfermedades crónicas, siendo elementos comunes en la mayoría de ellos la aplicación de iniciativas orientadas a potenciar la prevención, favorecer el autocuidado del paciente y materializar, desde diferentes perspectivas, cierto grado de integración y continuidad asistencial para aquellos subgrupos de población con más necesidades, potenciando los recursos comunitarios siempre que sea posible. Dicha atención integrada no constituye una finalidad en sí misma sino un medio para lograr un rendimiento óptimo a nivel de servicio y resultados en estos grupos de población⁽²⁾.

Desde distintas experiencias piloto de compra capitativa en base poblacional⁽³⁾, hasta el despliegue de Áreas de Salud Territoriales, el marco institucional para facilitar la compra y la gestión integradas de servicios parece estar servido en una parte del territorio nacional. En Cataluña, el Servei Català de la Salut, como aseguradora sanitaria pública, inició el 2001 un proyecto piloto de compra de servicios en base poblacional, para la contratación integral de los servicios de salud.

La finalidad de implantar este nuevo modelo de compra era superar los problemas que generaba la compra fraccionada por líneas de servicios y evolucionar hacia la compra descompartimentada de servicios de salud, mediante la asignación de un presupuesto per capita a los proveedores que operan en un territorio. La compra fraccionada de actividad (atención hospitalaria y especializada, atención primaria, atención sociosanitaria...), condicionaba la organización de los proveedores por líneas de servicios, sin incentivar el traspaso de recursos y actividad, ni la coordinación en red de proveedores y, en definitiva, orientaba la asistencia a la oferta en lugar de a la demanda.

Los objetivos iniciales que perseguía el nuevo modelo de compra en base poblacional eran los siguientes:

- Mejorar la calidad de los servicios de salud de modo que el paciente reciba la atención sanitaria adecuada a sus necesidades de salud en el nivel asistencial más adecuado.
- Mejorar la eficiencia del sistema de salud, favoreciendo la gestión coordinada de los servicios sanitarios y la continuidad asistencial.
- Estimular la creación de un sistema integrado de servicios de salud en una misma área geográfica median-

te la constitución de alianzas entre los proveedores.

- Favorecer la equidad de acceso a los servicios de salud a la población.
- Evolucionar hacia la corresponsabilización en todos los niveles de atención, con la transferencia de una parte del riesgo de gestión a los proveedores.

Lejos de constituir una simple extensión del modelo asistencial prevalente, la integración (en este caso virtual) de proveedores para la prestación de servicios y su acotamiento geográfico determinaron un nuevo entorno de actuación, tanto para el Servei Català de la Salut como para las entidades responsables de la gestión en el territorio de Osona. Este cambio requirió de nuevos estilos de gestión y habilidades.

El nuevo paradigma al que nos enfrentamos después de varios años de aplicación del nuevo modelo de compra de servicios cambia radicalmente la naturaleza de la compra, la gestión y evaluación de la asistencia sanitaria. El cambio más determinante se produce en la propia unidad de análisis del paradigma, con un énfasis progresivamente menor en el proveedor físico individual (llámese este hospital o centro de Atención Primaria) y la creciente supremacía del habitante como repositorio de políticas de compra, gestión y evaluación, lo que facilita la progresiva introducción de una nueva cultura de apoderamiento del ciudadano y fomento del autocuidado.

El área territorial afectada tiene una población de más de 150.000 habitantes, 1.263 Km² y 51 municipios. Dispone de un hospital general de agudos, 11 centros de Atención Primaria, 2 centros de atención sociosanitaria y un centro ambulatorio de salud mental que aseguran la cobertura de los servicios asisten-

ciales. La propiedad de estos servicios se agrupa en 6 instituciones diferentes.

Así pues, desde hace unos años y en respuesta a los nuevos desafíos que plantea la cronicidad, la comarca de Osona ha iniciado el camino hacia una prestación de servicios integrada a las personas con enfermedades crónicas desarrollando una serie de estrategias que pueden agruparse en diferentes dimensiones, siendo las más significativas:

1. Desarrollo de una alianza entre proveedores que identificamos como Sistema Sanitario Integrado de Osona (SISO), con los siguientes acuerdos, entre otros:

- Definición de una misión común compartida por todas las instituciones en relación a la sanidad pública: aproximar y facilitar la asistencia sanitaria a la persona, para ofrecerle un servicio de máxima calidad y eficiencia.
- Definición de unos valores comunes, que son: 1) actuación orientada a la comunidad y a la persona en particular, 2) cooperación máxima a todos los niveles entre las diferentes instituciones sanitarias y 3) profesionalidad y eficiencia.
- Voluntad de compromiso en la colaboración anteponiendo los intereses generales de mejora de la salud de la población.
- Establecer una estructura de soporte del grupo y sistemas de toma de decisiones y corresponsabilización que comprometan al mismo.
- Acordar el sistema de implantación de dispositivos comunes y movilidad de profesionales en

tre algunas de las instituciones implicadas.

2. Análisis de la población del territorio:

- Análisis anual de la población por grupos de edad y distribución por ABS con la finalidad de valorar las cargas de necesidades de forma indirecta según envejecimiento de la población.
- Análisis de las concentraciones de morbilidad. El último estudio de 2008⁽⁴⁾ identifica el 5% de la población del territorio (8.000 habitantes) responsable de aproximadamente la mitad (48%) del valor asistencial (medido en términos de coste) total de los diferentes proveedores. Este subgrupo de población es de mayor edad (20 años de diferencia en edad media) y presenta una mayor prevalencia de patología crónica (un 90%) y una media de 4 enfermedades. Así, presentan una prevalencia superior para cualquier estratificación diagnóstica considerada, aunque destaca especialmente la patología cardiovascular (+ 415%). Este análisis, que incorpora modelos predictivos, es el primer paso hacia el conocimiento necesario para adoptar políticas proactivas de gestión de enfermedades a nivel poblacional que han de permitir en última instancia mejorar los resultados asistenciales.

3. Reorientación de la provisión de servicios:

- Atención proactiva a la complejidad/fragilidad a nivel comunitario, con el objetivo de promoción de la autonomía y evitar la progresión de la complejidad y

la dependencia. Entre otros, destacar el subproyecto de pacientes reingresadores (más de tres ingresos/año, portadores de múltiples patologías en situación avanzada) como modelo de gestión de casos.

- Integración de los servicios de rehabilitación del territorio (hospitalaria-ambulatoria y domiciliaria) con dirección técnica única e historia clínica compartida.
- Integración PADES/hospitalización a domicilio dando lugar a un equipo integrado de soporte de atención a domicilio desde la atención especializada con respuesta en situaciones de complejidad, intensidad y crisis.
- Integración del proceso de atención aguda y postaguda en un único episodio (detección y evaluación precoz, optimización de la atención post-aguda y las transiciones) para ciertas patologías (AVC, fractura de fémur, ICC, EPOC...)
- Conexión con el Banco de Ayudas Técnicas territorial.
- Potenciar la prevención y los estilos de vida saludables conjuntamente con la Agencia de Salud Pública de Cataluña con la campaña poblacional Alloro!

4. Reorganización de procesos, procedimientos y servicios:

- Modelos de atención compartida entre atención primaria y especializada:
 - Consultorías clínicas y gestión de especialidades con el objetivo de potenciar la inte-

gración de procesos asistenciales (continuum), clarificar la gestión de productos intermedios, gestión de la demanda con corresponsabilización AP-AE, mejora de la resolución en AP.

- Consultoría virtual.
- e-derivación con servicios de mensajería.
- Trabajo administrativo en red, con el objetivo de implantar la programación en origen, mejorar la comunicación entre los diferentes niveles de atención.
- Planificación del alta hospitalaria, con incorporación de enfermeras de enlace.
- Guías de Práctica Clínica y rutas asistenciales compartidas y accesibles para los profesionales.
- Mejora de la prescripción farmacológica, consensuando una guía farmacoterapéutica única en el territorio.

5. Sistemas de información. Disponemos de una plataforma de información interoperable entre los proveedores del territorio que permite compartir información clínica relevante, exploraciones complementarias, disponibilidad de avisos y alertas y posibilidad de trazabilidad del paciente, especialmente en el paciente crónico complejo, y hacer gestiones y trámites unificados entre los diferentes proveedores. La base de datos asociada posibilita disponer de un sistema de información para la toma de decisiones en el territorio.

6. Sistemas de evaluación. Actualmente en construcción un sistema

de indicadores e información de base poblacional vinculados a la atención a pacientes crónicos que sirva también de *feed-back* a los profesionales.

7. Financiación:

- Corresponsabilización en el gasto farmacéutico, transporte sanitario no urgente y en las prestaciones ortoprotéticas.
- En estudio la instauración de un convenio específico territorial que contemple todos aquellos objetivos que aseguran una atención integrada a los pacientes crónicos y afecte a los proveedores implicados.

Bibliografía

1. Bengoa R, Nuño R. (2008). Curar y cuidar. Innovación en la gestión de las enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Elsevier-Masson.
2. Nies H, Berman P. (2004) Integrating Services for Older People: a resource book for managers. European Health Management Association (EHMA).
3. Agustí E, Casas M, Brosa F, Argimon JM. Aplicación de un sistema de pago basado en la población en Cataluña. In: Ibern P, editor. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: Masson; 2006.
4. IASIST. Anàlisi de les concentracions de morbiditat a la població de SISO (Any 2008). No publicado.