



OMIS

OBSERVATORIO DE MODELOS
INTEGRADOS EN SALUD
DE NEW HEALTH FOUNDATION

Experiencias en Atención Integrada

UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL (OSI Bidasoa)

La organización sanitaria integrada Bidasoa (OSI) surge en enero del 2011 como la primera organización integrada en la Comunidad Autónoma del País Vasco, con el objetivo de facilitar un cambio en el modelo asistencial y de promover una nueva forma de relación entre los profesionales basada en la colaboración. Se trata de un proyecto promovido, principalmente, por la institución de Bidasoa y por el entonces Departamento de Salud Vasco.

Tema: Cronicidad o Cuidados de Larga Duración.

Categorías: Cambios Organizativos.

Organización: OSI Bidasoa

Lugar: Hondarribia (Guipúzcoa), País Vasco.

Fecha de inicio: 2011.

Esta práctica continua activa: Sí.



RESUMEN EJECUTIVO

Uno de los proyectos que se pone en funcionamiento es el de una **unidad de continuidad** que tiene como objetivos:

- Atención a los pacientes pluripatológicos.
- Servir de apoyo al médico de atención primaria (AP), actuando como consulta de alta resolución.

Esta unidad está constituida por los profesionales sanitarios de atención primaria, los internistas de referencia (uno por cada centro de salud), la enfermera de enlace hospitalario y la trabajadora social. La trabajadora social hospitalaria, perteneciente a la OSI, se encarga de realizar la valoración social de los pacientes pluripatológicos. Es el nexo entre los servicios sociales comunitarios y la Organización Sanitaria Integrada (que como tal, no hace distinción entre los niveles hospitalario y primario), siendo la encargada de notificar a los servicios sociales cuáles son las necesidades sociales del paciente.

Los pacientes que son incluidos en esta unidad presentan dos o más patologías crónicas y han ingresado en más de dos ocasiones en el último año y/o son catalogados como pacientes de alto riesgo en la estratificación poblacional realizada por el Departamento de salud. Tras acordar su médico de atención primaria y el médico internista su inclusión en la UCA, se realiza una valoración integral del paciente y se activa un Plan de Continuidad entre los dos niveles asistenciales; atención primaria y hospitalaria.

El internista de referencia es responsable de la atención hospitalaria de estos pacientes (ingresos, hospital de día, consultas externas) mientras que la enfermera de enlace hospitalario tiene un papel conductor del paciente hacia su domicilio en donde es seguido por su médico de atención primaria y la enfermera gestora de casos.

La misión de la UCA es estabilizar a estos pacientes y facilitar la continuidad asistencial por parte del médico y enfermera de AP

El internista de referencia se desplaza al centro de salud con periodicidad quincenal para sesiones clínicas con los profesionales de AP y mantiene una accesibilidad permanente para los médicos de familia.

Este nuevo modelo de asistencia al paciente pluripatológico complejo ha permitido reducir en un 40% los ingresos y las estancias en este grupo de pacientes pluripatológicos, así como reducir las visitas a diferentes especialistas que realizan este tipo de pacientes, centralizándolas en el internista de referencia. En atención primaria este nuevo modelo ha implicado un aumento en el número de visitas a domicilio del médico de familia y fundamentalmente del personal de enfermería. La trabajadora social también hace visita a domicilio cuando se considera necesario, pero sus funciones se centran principalmente en la evaluación de las necesidades sociales y activación de recursos.



PRINCIPALES BARRERAS

1. Falta de cultura en común (objetivos comunes) de los diferentes niveles asistenciales
2. Resistencia al cambio de los profesionales.
3. Falta de experiencias similares previas.

ELEMENTOS FACILITADORES

1. Compromiso de los profesionales. Los profesionales de AP lo veían como una ganancia para el manejo de pacientes complejos y el compromiso de los internistas que apostaron por el modelo han sido imprescindible para que otras especialidades empiecen a trabajar de esta manera.
2. TIC (historia clínica compartida)
3. Compromiso institucional. Apoyo del gobierno en el 2011.
4. En la Gerencia del hospital con un liderazgo fuerte.

ENSEÑANZAS QUE APORTA LA PRÁCTICA

- Es preciso un cambio cultural en los profesionales que profundice en la necesidad de la colaboración de los profesionales entre los diferentes estamentos y niveles asistenciales.
- El papel de las trabajadoras sociales como nexo entre lo sanitario y lo social es fundamental para el ofrecimiento de una atención integrada a estos pacientes pluripatológicos.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Web de la OSI Bidasoa
http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-gkobid01/es/contenidos/informacion/obid_quienes_somos/es_obid/bienvenida.html



NEW HEALTH
FOUNDATION

CALIDAD SOCIAL Y SANITARIA

SEVILLA | 21 ABRIL 2016



NEW HEALTH
FOUNDATION

CALIDAD SOCIAL Y SANITARIA

+34 954 414 785

AVENIDA MENENDEZ PELAYO, 20 4º, 41004 SEVILLA. SPAIN

NEWHEALTHFOUNDATION.

Experiencia enviada por: Itziar Pérez Irazusta , el 18 de abril de 2016



NEW HEALTH
FOUNDATION

CALIDAD SOCIAL Y SANITARIA