



**NEW HEALTH
FOUNDATION**

OMIS

OBSERVATORIO DE MODELOS
INTEGRADOS EN SALUD

Experiencias en Atención Integrada

El Mapa Asistencial Integral y las Rutas Asistenciales como palancas de transformación de la OSI Barrualde Galdakao hacia su modelo asistencial integrado.

En 2016, la OSI Barrualde Galdakao inició el proceso de formulación de un nuevo modelo para atender a la población, centrado en la atención a la población, diseñado desde el punto de vista de las necesidades de los y las pacientes, integrado y compartido por todos los y las profesionales. Como palancas fundamentales de transformación de la OSI hacia el nuevo modelo, se diseñó un “mapa asistencial integral” por el que hacemos discurrir al paciente en la atención de su problema de salud y que establece las reglas básicas del “juego”; y se están formulando “rutas asistenciales”, coordinadas y gestionadas por equipos profesionales multidisciplinares, con el foco en resultados y que son la base para la coordinación de la red de los múltiples agentes y dispositivos que prestan un atención efectiva. También se ha establecido una Comisión Sociosanitaria que plantee líneas de trabajo con otros agentes externos a la OSI.

Tema: Cronicidad y Cuidados de Larga Duración. Cuidados Paliativos. Deterioro Cognitivo. Salud Mental. Personas mayores. Etc.

Categorías: Cambios Organizativos. Gestión y Procesos. Modelos, Planes y Programas.

Organización: OSI-Barrualde Galdakao (País Vasco).

Lugar: Vizcaya.

Fecha de inicio: marzo 2016.

Esta práctica continua activa: Si.

Práctica enviada por: David Cantero, el 13 de diciembre de 2018

1. INTRODUCCIÓN

a. La transformación del sistema sanitario público de Euskadi

En las últimas décadas, el sistema de salud público vasco ha venido transformándose con el fin de poder dar respuesta a los diferentes retos que viene enfrentando, en particular, el reto de la cronicidad. Tras la puesta en marcha de la estrategia de cronicidad en 2010, y en sintonía con las discusiones internacionales sobre atención integrada, en Euskadi, todo ello cristalizó de manera organizacional en la creación de Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI), que asumen la responsabilidad de atender una población dentro de un territorio, durante un periodo de tiempo definido y bajo un contrato firmado con las autoridades sanitarias.

b. La creación de la Organización Sanitaria Integrada Barrualde-Galdakao

En enero de 2014, la Comarca Interior de Atención Primaria y el Hospital Galdakao Usansolo se conformaron como una única organización, la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Barrualde Galdakao, en el marco del proceso de integración de las organizaciones sanitarias de Euskadi. La Comarca Interior, con 313.000 habitantes abarca desde la costa (Bermeo, Lekeitio, Ondarroa) hasta el Valle de Aiala en Araba, con núcleos de población grandes (Basauri, Durango, Galdakao o Gernika) y poblaciones pequeñas rurales con una importante dispersión geográfica.

El proceso de creación de la OSI animó a abrir un proceso creativo de replanteamiento de lógicas organizacionales, de nuevas perspectivas (desde la perspectiva del paciente, no sólo la del profesional), unificando los diferentes mapas de procesos que tenían cada organización, etc. Para ello fue muy útil el análisis previo que se realizó en forma de auditoría interna clásica de los procesos, pero con un especial enfoque en las interacciones de ambos niveles asistenciales.

La OSI Barrualde Galdakao se construye sobre dos organizaciones previas, de diferentes características, de diferentes culturas asistenciales, de diferentes modelos de gestión, con formas de hacer y entender diferentes, a pesar de haber compartido ambas durante muchos años la atención sanitaria de una parte importante de la población de Vizcaya. No han sido pocos los acuerdos y pactos en el pasado entre ambas organizaciones respecto a la manera en la que ambas debían relacionarse para atender de una manera más o menos coordinada a los y las pacientes, sin embargo, los objetivos marcados por una y otra no siempre tuvieron un enfoque del todo compartido, dándose discrepancias, que generaron (y generan) gran parte de los problemas de relación entre los diferentes niveles asistenciales.

En un primer momento de la integración, se podría decir que estos problemas incluso pudieron acentuarse. Esto es debido, primero, a la incertidumbre de fijar nuevos objetivos (compartidos esta vez, pero siendo conscientes de que existía una necesidad de reformulación de los mismos), y en segundo lugar, por la inercia de funcionamiento de las organizaciones originarias, inmersas en formas de trabajar

que, ahora más que nunca, chocan de manera evidente en las formas de hacer. Muestra de ello es la presencia de diversas formas de actuar para realizar un mismo procedimiento (sea asistencial o no), diferentes criterios indicados en procedimientos existentes previamente, todos ellos vigentes, sin saber cuál es el más idóneo ahora en la nueva situación (¿el de una? ¿el de otra? ¿el de ninguno de las dos organizaciones?).

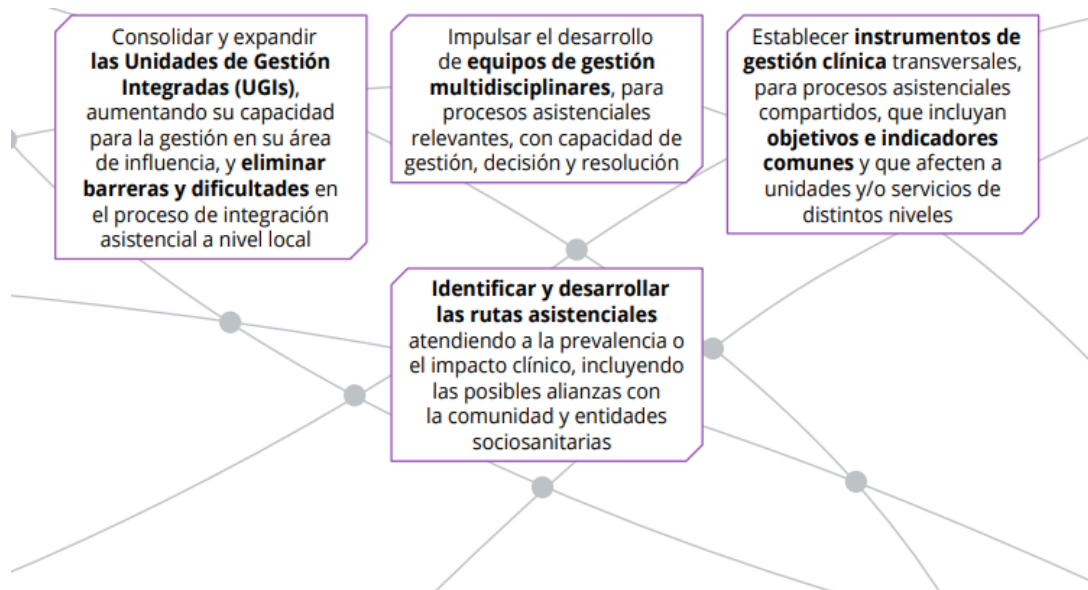
Resultado de las evaluaciones preliminares durante el primer año de integración vimos que el modelo organizativo que disponíamos nos planteaba algunos problemas muy relevantes:

- Visión parcial de la organización: cada uno a su nivel.
- Falta de coordinación en los criterios y actuaciones.
- Dos mapas de procesos.
- Plan de gestión diferenciado para Atención Primaria y Atención Especializada.
- Trabajo en paralelo sin objetivos comunes y duplicidad de recursos.
- Visión desde el punto de vista del/de la profesional y no de la/del ciudadano.
- Falta de comunicación entre los y las profesionales.

Existía el convencimiento de que el modelo y la forma de prestar asistencia que dominaba no resolvían gran parte de las necesidades de salud de nuestra población y además amenazaba la viabilidad y sostenibilidad del sistema, por lo que se hacía necesario un cambio sustancial. Así, en marzo de 2016, la OSI Barrualde Galdakao inició un proceso de formulación de un nuevo modelo para atender a la población, que fuera comprendido, compartido, consensuado, gestionado y asumido por todos y todas las profesionales de la OSI, sea cual fuera el nivel asistencial en el que estuvieran desarrollando su trabajo. Un modelo centrado en la atención a la población y diseñado desde el punto de vista de las necesidades de los y las pacientes.

c. Palancas para facilitar la integración

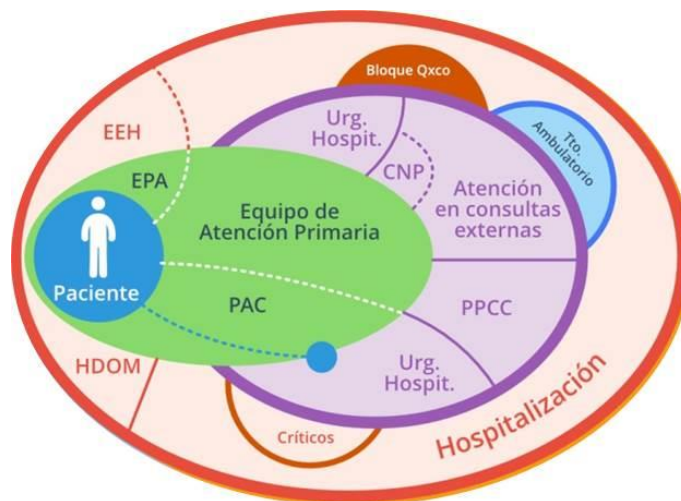
Se han desarrollado algunos proyectos que comienzan a tender puentes entre los niveles asistenciales. Los primeros proyectos para tender dichos puentes tienen más que ver con la creación de espacios para el conocimiento entre profesionales, considerada la piedra angular para fomentar la confianza entre profesionales primero, y entre niveles asistenciales después. Dichos espacios se caracterizaron fundamentalmente por establecer grupos de trabajo, o poner en marcha cursos entre mandos intermedios y otros profesionales para fomentar el trabajo en equipo. Posteriormente se concretaron en proyectos ya más específicos, primeramente el de Unidades de Gestión Integrada (UGI) que tratan de establecer espacios de colaboración entre profesionales de atención primaria y especialidades hospitalarias sobre todo a nivel de las cabeceras de atención ambulatoria, concretando pactos sobre criterios de derivación de las patologías más prevalentes entre ambas partes. Posteriormente, y ya con la reflexión sobre el nuevo modelo realizada, se plantea el trabajo sobre el mapa asistencial integral (ver adelante) y sobre el desarrollo de las primeras rutas de atención integrada.



Otro pilar fundamental en el nuevo modelo de atención tiene que ver con la interiorización de la importancia de los aspectos sociosanitarios en el cuidado de la salud de los pacientes. A este nivel se empieza con la configuración de una Comisión Sociosanitaria que plantee las primeras líneas de trabajo con otros agentes externos a la OSI con un papel relevante en la atención sociosanitaria: Diputación, Ayuntamientos, Residencias de tercer edad...

2. EL MAPA ASISTENCIAL INTEGRAL: “un mapa para unirlos a todos”

La reflexión sobre el nuevo modelo trae como consecuencia el diseño y consenso sobre un nuevo modelo “ideal” pero compartido por todos los profesionales en este nuevo enfoque de atención integrada. El mapa asistencial es el núcleo de la organización, gran parte de su razón de ser, y a modo de un tablero por el que hacemos discurrir al paciente en la atención de su problema de salud (sea el que sea) y donde se establecen las reglas básicas del “juego”. Para organizar un mapa asistencial integral orientado al paciente deberíamos establecer su domicilio como el punto de inicio de la necesidad de atención, pero también como punto y final del proceso de atención; el lugar al que debe volver para reintegrarse a la sociedad.



3. LAS RUTAS ASISTENCIALES DE LA OSI BARRUALDE GALDAKAO: “la razón de ser de una atención transversal e integrada”

El primer acercamiento a las rutas consistió fundamentalmente en la transformación de los procesos “clásicos” asistenciales (urgencias, hospitalización, consultas externas, atención en consulta en atención primaria...) en “rutas genéricas o generales” que permitieran un primer ordenamiento de los flujos de atención a los pacientes. Se establecieron dos rutas generales (paciente agudo y paciente crónica) que establecen el marco general (los requisitos mínimos) del curso del paciente por el mapa asistencial.

Este primer acercamiento (en diseño, pero también en evaluación de casos) permitió establecer las bases para la definición preliminar de las primeras rutas específicas, centradas en problemas crónicos o patologías más prevalentes (EPOC, asma, final de la vida, atención a la mujer, etc.). De esta manera pudieron establecerse rutas específicas en función de las especificidades y necesidades de una población determinada, sobre todo de aquellos problemas más prevalentes de nuestra población.

Elementos de la ruta en nuestra OSI:

- Están coordinadas y gestionadas por un equipo de profesionales asistenciales (no necesariamente mandos jerárquicos), que establecen los objetivos clínicos a alcanzar con esa población.
- El foco no es tanto la actividad realizada sino más bien los resultados: busca Resultados en Salud (efectividad) Resultados en Cobertura, Resultados en Seguridad Resultados en Coordinación.
- Se basa en la mejor evidencia disponible, adaptando la misma a la realidad de nuestro contexto de atención.
- Tiene un responsable o coordinador de la ruta (equipo clínico).
- Se gestiona con Protocolos o Vías Clínicas y se apoya en diferentes procesos existentes. Mientras los protocolos establecen cómo debe de actuarse en una determinada situación, la ruta tiene una perspectiva mucho más poblacional en la resolución de los problemas de salud de esa determinada población.

- Mecanismo de control: revisión por la Dirección asistencial semestral. Cuenta con un plan de acción y un cuadro de mandos
- El concepto de “red” más allá de “ruta”, tiene que ver con la cobertura de necesidades de atención por agentes que están más allá de la propia OSI, y cuya colaboración es necesaria para una atención efectiva, por ejemplo Emergencias, Hospitales de media larga estancia, o incluso farmacias comunitarias. En la medida que nuestra organización no da respuesta a las necesidades del/de la paciente es necesario buscar otros y otras aliadas que participen de la atención del/ de la misma. Cuando esto ocurre hablamos de una red asistencial, en la medida que intervienen otras organizaciones sanitarias de Osakidetza (o no). La ruta se coordina con estos dispositivos, compartiendo los objetivos descritos para las rutas (resultados en salud).

PRINCIPALES BARRERAS

- Inercia asistencial (“siempre se ha hecho así”) agravada por la presión asistencial.
- Falta de conocimiento entre profesionales de los diferentes niveles asistenciales. Esto repercute directamente en la falta de confianza en “el otro”, lo que lleva a criterios diferentes, duplicidad de recursos. Falta de cultura de trabajo en equipo. En conclusión, lleva a la histórica tendencia del secuestro de pacientes, sin objetivos compartidos.

ELEMENTOS FACILITADORES

- Conocimiento personal entre profesionales.
- Definición clara de los objetivos clínicos a conseguir. Los objetivos clínicos son mejor aceptados que los objetivos de gestión.
- La integración desde el punto de vista de oportunidad de cambio.
- Compartir una única historia clínica electrónica entre los diferentes niveles asistenciales es fundamental. En este sentido Osakidetza cuenta con Osabide Global, sistema que reúne estas características.

ENSEÑANZAS QUE APORTA LA PRÁCTICA

Desde el punto de vista teórico, el modelo es mejor comprendido por los profesionales que los clásicos modelos de gestión (mapas de procesos etc..), porque se acerca más al enfoque clínico. También parece que los profesionales en su generalidad comprenden y aceptan que una atención transversal del problema del paciente repercutiría en una mejor salud (efectividad de la asistencia prestada), uso adecuado de recursos...Sin embargo, históricamente esta visión ha sido de difícil aplicación, por diversos factores (ausencia de organizaciones integradas, falta de madurez de la historia clínica, diferentes visiones entre la cultura de gestión y la cultura de los clínicos, heterogeneidad de los criterios a incluir en las rutas etc...). La

Práctica enviada por: David Cantero, el 13 de diciembre de 2018

experiencia que mostramos trata de salvar estos factores planteando un lenguaje común para todos (clínicos y gestores) poniendo como objetivo la salud tanto individual como colectiva de la población atendida, planteándose las rutas como una palanca de integración y de transformación del sistema sanitario.

INFORMACIÓN ADICIONAL

1. Página Web OSI Barrualde Galdakao https://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-gkobag01/es/contenidos/informacion/obaga_presentacion/es_def/index.shtml
2. “Hacia un nuevo modelo. Documento de reflexión sobre las bases del modelo de asistencia sanitaria en la OSI Barrualde Galdakao (documento 0, versión de 15 de marzo de 2016)”.
3. Plan Estratégico https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/obaga_estrategia_gestion/es_def/djuntos/Plan_Estrategico_2017-2020_CAS.pdf

2018



**NEW HEALTH
FOUNDATION**

CALIDAD SOCIAL Y SANITARIA

+34 954 414 785

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

WWW.NEWHEALTHFOUNDATION.ORG

Práctica enviada por: David Cantero, el 13 de diciembre de 2018