

Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012

M. Luisa Vázquez^{a,*}, Ingrid Vargas^a, Roberto Nuño^b y Nuria Toro^b

^a Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris, Servei d'Estudis i Perspectives en Polítiques de Salut, Consorci de Salut i Social de Catalunya, Barcelona, España

^b O+Berri, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria, Sondika, Bizkaia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de marzo de 2011

Aceptado el 27 de septiembre de 2011

On-line el 2 de febrero de 2012

Palabras clave:

Prestación integrada de atención de salud

Manejo de atención al paciente

Atención integral de salud

Niveles de atención de salud

R E S U M E N

La cada vez mayor complejidad de la atención, debida a la alta especialización y la intervención de numerosos servicios, junto al incremento de los pacientes crónicos y pluripatológicos, hacen aún más necesaria la coordinación asistencial, que se ha convertido en prioridad de los sistemas de salud. Los diferentes servicios regionales a los cuales se ha descentralizado el Sistema Nacional de Salud en España han desarrollado experiencias distintas para la mejora de la colaboración entre los diversos proveedores que intervienen en la atención al paciente. El objetivo de este artículo es analizar las experiencias de organizaciones sanitarias integradas en Cataluña y el País Vasco, y los programas de atención a la patología crónica en el País Vasco. Así, en Cataluña, que promovió la separación de la financiación y la provisión, y mantuvo la diversidad en la titularidad de los proveedores, se han ido creando paulatinamente organizaciones que gestionan de manera conjunta entidades proveedoras del continuo asistencial, las denominadas organizaciones sanitarias integradas (OSI). Estas organizaciones han evolucionado y, aunque mantienen algunas características comunes, también presentan diferencias en sus énfasis, por ejemplo en instrumentos formales o bien en la mejora de mecanismos de coordinación o estructuras más orgánicas. Esto se refleja también en sus resultados en cuanto a la cultura y la coordinación percibida en la organización. En el País Vasco, además de la creación de una OSI se están desarrollando experiencias para la mejora de la coordinación en la atención de la patología crónica, mediante el establecimiento de diversas formas de colaboración entre los diferentes servicios que intervienen.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Integrated delivery systems and other examples of collaboration among providers. SESPAS report, 2012

A B S T R A C T

Because of the steady increase in healthcare complexity, due to high specialization and the involvement of a number of services, as well as the increase in patients with chronic diseases and pluripathology, coordination has become a high-priority need in healthcare systems. The distinct regional services that comprise the decentralized Spanish National Health System have developed a number of experiences to improve collaboration among the providers involved in the healthcare process. The present article aims to analyze the experiences with integrated healthcare providers in Catalonia and the Basque Country and the chronic diseases programs of the latter. In Catalonia, which promoted the purchaser-provider split and maintained diversity in providers' ownership, organizations were slowly created that manage the provision of the healthcare continuum, known as integrated healthcare organizations (IHO). These organizations have evolved and, despite some common characteristics, they also show some differences, such as the emphasis on formal instruments or on coordination mechanisms and organic structures. This is also reflected in their results regarding culture and perceived coordination across the organization. In the Basque Country, in addition to the establishment of an IHO, a variety of integration experiences have been developed to improve the care of chronic diseases.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Se define «coordinación asistencial» como la concertación de las diferentes actividades que se requieren para atender al paciente a lo largo del continuo asistencial, con independencia del lugar donde se realizan, de manera que se armonicen y se alcance un

objetivo común sin conflictos¹. Se centra en la interacción de proveedores, y cuando alcanza su grado máximo se considera que la atención está integrada². El aumento de la complejidad del sistema, con la participación de numerosos servicios en la atención como consecuencia de la alta especialización³, la sustitución de la atención hospitalaria por atención ambulatoria y domiciliaria^{4,5}, junto con el incremento de la población con enfermedades crónicas complejas y de los pacientes pluripatológicos, contribuyen a dificultar la coordinación de la atención^{6,7}. Es por ello que la coordinación asistencial se ha convertido en objetivo prioritario de

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mlvazquez@consorci.org (M.L. Vázquez).

Puntos clave

- El reto de la coordinación asistencial se considera prioritario en los sistemas de salud, debido a la cada vez mayor complejidad de la provisión de la atención y al aumento de los pacientes crónicos y pluripatológicos, que requieren la intervención de diversos proveedores y servicios.
- La integración de servicios a través de diversas estrategias, como las organizaciones sanitarias integradas (OSI), no es un fin en sí mismo sino una estrategia para la mejora de la coordinación asistencial.
- En Cataluña, las OSI, que surgieron como consecuencia de la promoción de la diversificación de la gestión de la atención primaria de salud, se encuentran en diverso grado de desarrollo.
- En el País Vasco, las diversas experiencias de integración para la mejora de la atención de la patología crónica son aún incipientes.
- La introducción de las OSI en un sistema nacional de salud debe garantizar que se mantiene el mismo grado de coordinación intraorganización y extraorganización dentro de los territorios, para evitar generar desigualdades en la atención a la población.
- Es necesaria una evaluación del proceso, así como de sus resultados intermedios y finales, para conocer el aporte de la integración de los servicios en la mejora de la atención.

muchos sistemas de salud⁸ y ha generado una tendencia a reducir las estrategias de promoción de la competencia, en favor de políticas que enfatizan la colaboración entre proveedores de salud. Así, en las últimas décadas ha habido una proliferación de intervenciones, tanto políticas (planes intersectoriales, sistemas de compra y financiación de servicios de salud, por ejemplo introducción de sistemas de pago capitativo)^{9,10} como organizativas (organizaciones sanitarias integradas^{11–13}, introducción de numerosos y variados mecanismos y estrategias de coordinación, guías de práctica clínica compartidas, puestos de enlace, programas de gestión de casos o de enfermedades, etc^{14–16}).

Una de las respuestas de ámbito organizativo han sido las denominadas organizaciones sanitarias integradas (OSI)¹⁷, es decir, redes de servicios de salud que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones a una población determinada y que se responsabilizan de sus costes y resultados en salud¹⁸. Sus objetivos finales son la mejora de la eficiencia global del sistema y la continuidad asistencial, con un objetivo intermedio: la mejora de la coordinación asistencial o integración clínica.

Pueden diferenciarse diversos tipos de OSI^{18–20} según sus características básicas: amplitud y profundidad de la integración de servicios del continuo asistencial, nivel de producción interna de servicios y forma de relación entre las entidades que la constituyen^{19,21}. Las evaluaciones realizadas hasta el momento no son concluyentes sobre la relación entre tipos de OSI y su desempeño. Por ello, para su evaluación se desarrolló un modelo¹³ basado en el análisis de los factores externos (población, territorio, otros proveedores en el área y sistema de compra de servicios) e internos (gobierno, dimensión estratégica, estructura organizativa, incentivos, cultura), que influyen en los resultados en relación a la coordinación asistencial, la continuidad y la eficiencia. Este modelo fue modificado posteriormente para distinguir entre niveles de políticas, incorporar modelos de atención e incluir también los resultados sobre el acceso a la atención y la equidad de acceso (fig. 1)²², fundamentales en los sistemas públicos de salud. De acuerdo con la literatura, las características de las OSI que contribuyen a una mejor coordinación son: a) la presencia de un gobierno con un rol estratégico y visión global de la organización^{23,24}; b) una estructura orgánica con mecanismos de coordinación que fortalecen la comunicación entre los servicios involucrados en la atención del paciente; c) objetivos y estrategias compartidas²⁴; d) una cultura común con valores orientados a la colaboración, el trabajo en equipo y los resultados²⁵; e) líderes que promuevan la integración²⁶; f) sistema de asignación interna de recursos que incentive la alineación de los servicios con los objetivos globales¹⁸; y f) modelo de atención que establezca roles, tipo de colaboración y mecanismos de coordinación adecuados entre los niveles asistenciales.

España posee un Sistema Nacional de Salud financiado por impuestos, de cobertura universal y descentralizado a las 17 comunidades autónomas²⁷. La atención se organiza en dos niveles: atención primaria, como puerta de entrada y coordinadora

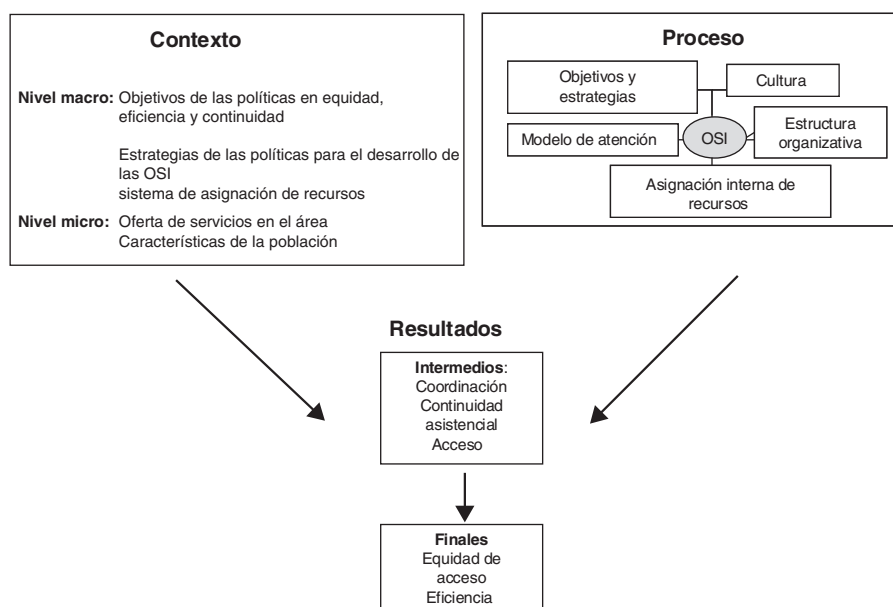


Figura 1. Modelo para el análisis de resultados de las organizaciones sanitarias integradas²².

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1073738>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1073738>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)