

APRENDIENDO JUNTOS: HACIA LA DEFINICIÓN DE UN MARCO DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA INTEGRADA EN CATALUÑA.

ESTER SARQUELLA CASELLAS
JOAN CARLES CONTEL SEGURA

Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria (PIAISS),
Generalitat de Cataluña. Líder de proyecto en Fórum ITESSS, ESADECREAPOLIS.

PERE CATALÀ NAVARRO

Project Manager de Innovación, Responsable de Innovación en Salud y Pro-
ject Manager de Forum ITESSS, ESADECREAPOLIS.

SUMARIO

1. JUSTIFICACIÓN.

2. DESCRIPCIÓN DE LA INICIATIVA.

3. UNA PROPUESTA DE MARCO EVALUATIVO.

4. PROPUESTA DE INDICADORES.

5. DISCUSIÓN.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

PALABRAS CLAVE

Atención Integrada; Evaluación; Triple Meta; Consenso.

RESUMEN

La evaluación de la atención integrada, tanto en lo que se refiere al grado o proceso de implementación como a los resultados de dicha integración, es un reto en que muchos países y regiones están tratando de avanzar. En Cataluña, desde el PIAISS y en colaboración de Forum ITSSS, se promovió una iniciativa para empezar a avanzar en el desarrollo de una propuesta de marco evaluativo de la atención social y sanitaria integrada. En este artículo se presenta dicha iniciativa, así como los condicionantes, limitaciones y aprendizajes que se derivaron de la misma. Más allá de la propuesta inicial de definición de un marco de evaluación, resulta altamente valioso el proceso por el que se desarrolló este proyecto constituyendo una inversión muy rentable en cuanto a la generación de una cultura compartida entre actores de disciplinas, niveles y sectores habitualmente muy alejados.

KEYWORDS

Integrated Care; Evaluation; Triple Goal; Consensus.

ABSTRACT

Evaluation of integrated care; both in terms of the degree or process of implementation and the results of such integration; this is a challenge in which many countries and regions are trying to move forward. In Catalonia, the PIAISS, in collaboration with Forum ITSSS; proposed an initiative to begin advancing in forming a proposal for an evaluative framework of integrated social and health care. This article presents this initiative, as well as the constraints, limitations and learning derived from it. Beyond the initial proposal to define an evaluation framework, the process by which this project was developed constitutes a very profitable investment in terms of generating a culture that is shared between actors from disciplines, levels and sectors that are usually far removed.

1. JUSTIFICACIÓN.

Cataluña se enfrenta en la actualidad, al igual que otros países del mundo, a algunos retos de carácter demográfico y social que están poniendo, y pondrán todavía más, en tensión el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales.

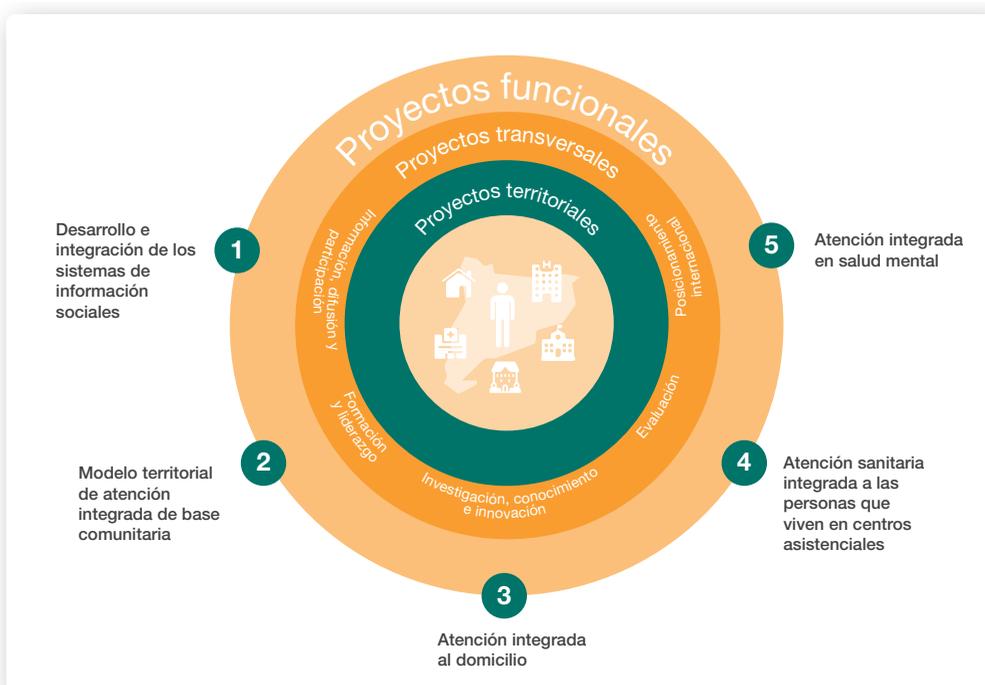
El cambio en la configuración de las redes de apoyo y los escenarios de convivencia, el aumento del envejecimiento, en la que se prevee que un tercio de la población será mayor de 65 años y más de un 12% será mayor de 80 años, y sus condiciones asociadas como la cronicidad, el crecimiento de situaciones de dependencia o discapacidad o la fragilidad, en combinación con un entorno económico y social complejo que incrementa el grado de vulnerabilidad social de las personas, supone un enorme

reto al que deben hacer frente las organizaciones sanitarias y de servicios sociales.

Para seguir proveyendo unos servicios sanitarios y de protección social de calidad, seguros y eficaces, se está planteando, como uno de los mayores retos para los sistemas de salud y servicios sociales en muchos países del mundo, la necesidad de reducir la fragmentación actual entre los distintos niveles, sectores y ámbitos de intervención.

En Cataluña, para poder impulsar esta agenda de atención integrada y por lo tanto la integración de servicios sociales y de salud desde el punto de vista de los ciudadanos, el Gobierno catalán puso en marcha en 2013 el PIAISS, Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social i Sanitaria. (Generalitat de Catalunya, 2014).

Figura 1. Proyectos operativos 2017-2020 del Plan de Atención Integrada en Cataluña.



El Plan ha planteado una agenda de transformación que, inspirada en los modelos de triple meta (Berwick, 2008, 27), permita avanzar en el desarrollo de un modelo que debe ser capaz de conseguir mejores resultados en salud y bienestar y calidad de vida, contribuir a una mejor experiencia de la atención de las personas y garantizar un uso óptimo de los recursos disponibles identificando como uno de los proyectos transversales la evaluación.

Este planteamiento centrado en las necesidades de la persona que debe considerarse desde una visión de sistema, viene avalado por la evidencia y el consenso internacional. Éstos permiten afirmar que el éxito en la lucha contra las desigualdades en salud y en condición social pasa por la capacidad de los países de implementar políticas de atención integrada entre los servicios de salud y los servicios sociales, tanto desde un enfoque poblacional como desde la óptica de su implantación territorial. Al mismo tiempo, este modelo de abordaje aporta, tal vez, mayores garantías de sostenibilidad (Nolte, 2014) futura a los sistemas de bienestar social.

A pesar de disponer en la actualidad de un amplio consenso en cuanto a cuáles son o pueden ser los elementos clave para promover dicha integración de servicios, tanto desde el punto de vista de la salud (WHO, 2015) como desde el punto de vista de la atención social (OECD, 2015) (Lara Montero, Van Duijn, Zonneveld, Minkman, & Nies, 2016), existen todavía pocos trabajos de referencia en lo que se refiere a la evaluación de la atención integrada, y en concreto a la evaluación de su progreso y éxito de

implementación. En particular, es especialmente incipiente la disposición de trabajos que consideren la atención integrada desde una perspectiva amplia en lo que se refiere a los sectores implicados: servicios sociales, salud y otros sectores de atención a las personas.

En este contexto, y puesto que el PIAISS se orientó desde su puesta en marcha hacia una estrategia inclusiva en lo que se refiere a los sectores implicados (sociales y sanitarios), era especialmente relevante avanzar en la disposición de un marco evaluativo compartido entre estos sectores.

Avanzar en la disposición de marcos de evaluación compartidos entre los servicios sociales y de salud en cuanto al proceso y resultados de la implementación de la atención integrada es una tarea compleja por diferentes razones. En primer lugar, no existe una clara diferenciación entre la integración de servicios como proceso y la calidad de la prestación como resultado de dicha integración de servicios, lo que puede, en muchos momentos, llevar a la confusión. En segundo lugar, las intervenciones que se pretenden evaluar son complejas en sí mismas; complejas de entender, con muchos actores implicados y con perspectivas conceptuales y operativas muy distintas, por lo que es muy complicado establecer relaciones de causalidad de un modo razonablemente fundamentado. En tercer lugar, factores como “el tiempo” deben ser considerados para poder medir el impacto. Podemos disponer de marcos de evaluación que permitan conocer el grado o proceso de integración de servicios que se produce en un territorio, pero para poder

atribuir efectos en los resultados en salud, bienestar y calidad de vida de las personas atendidas por servicios integrados se requiere considerar el tiempo de implementación como factor. Por último, la disposición de datos no es homogénea en los distintos ámbitos de atención o sectores y eso también puede influir en la capacidad de diseñar modelos de evaluación más o menos complejos.

Para poder avanzar en la disposición de un marco de evaluación compartida de la implementación de experiencias territoriales de atención integrada entre los servicios sociales y los de salud, se promovió en Cataluña un partenariado entre el PIAISS y Fórum ITSSS¹. Siendo Fórum ITSSS un espacio de encuentro neutral para los distintos actores de los sistemas sanitarios y sociales, constituido con la misión de desarrollar marcos conceptuales y operativos útiles para crear modelos de atención integrada e integral, se definió como una de sus líneas de trabajo el desarrollo del citado marco de evaluación compartida en atención integrada.

2. DESCRIPCIÓN DE LA INICIATIVA.

Cuando se habla de implementar atención integrada a nivel territorial sabemos que existen diferentes palancas que efectivamente transforman el modelo de provisión y atención: sistemas de información, modelos de compra, formación de profesionales, liderazgo, gobernanza compartida... pero, hasta el momento, no se han dedicado suficientes esfuerzos a la superación de marcos evaluativos separados para cada

uno de los ámbitos de atención. Es en este sentido que entendemos que deben desarrollarse marcos evaluativos que incorporen progresivamente indicadores que actúen como “integradores” y también identificar, y en su caso suprimir, objetivos o indicadores que muchas veces actúan como barreras para la integración en la atención.

Con la finalidad de empezar esta discusión en cuanto a la disposición de marcos evaluadores que activen e impulsen una visión compartida y un trabajo colaborativo entre organizaciones y profesionales de distintos ámbitos asistenciales, se desarrolló en Fórum ITSSS una propuesta inicial, que debe entenderse como un producto vivo y todavía en desarrollo, sobre cómo podría evaluarse la atención integrada de base territorial.

A nivel metodológico, el trabajo contempló una primera fase de revisión bibliográfica y de exploración de experiencias nacionales e internacionales en la que participó un grupo de expertos multidisciplinares para conocer y compartir el estado del arte en la materia y, por lo tanto, poder aprovechar todo aquel conocimiento útil ya existente tanto en el contexto local como global. Posteriormente se realizó una segunda fase de consulta, deliberación y creación de la propuesta con el mismo grupo de expertos.

Tras ello, se inició un proceso de consulta, deliberación y creación de la propuesta, basada en el consenso y con una amplia participación de agentes relevantes en el ámbito, creando un grupo de trabajo multidisciplinar

¹ Fórum ITSSS es un proyecto impulsado por el centro de innovación ESADECREAPOLIS y la asociación de profesionales GESAPH y promovido por la Generalitat de Catalunya a través del Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria (PIAISS).

de expertos de 20 personas. El grupo de trabajo se constituyó como un equipo heterogéneo con expertos provenientes tanto del sector sanitario como del sector social, así como expertos de otros sectores de los que se pretendía captar conocimientos y experiencias replicables.

En relación a la primera fase, y una vez analizada y tratada toda la información de esta fase de búsqueda de referentes, con el grupo de expertos se identificaron y consensuaron algunos aspectos clave que todo el grupo consideraba relevantes:

- El modelo debe ser de carácter poblacional y territorial, con diferentes niveles de desagregación y granularidad;
- Es necesario realizar una identificación y priorización de objetivos para los que vamos a definir el marco evaluativo del modelo de atención integrada;
- Se requiere realizar una identificación y priorización de las dimensiones clave en el marco evaluativo;
- Debe existir un equilibrio estable entre las diferentes dimensiones del modelo con un número mínimo de indicadores en cada una de ellas. Algunas áreas, como la de experiencia de atención, han sido poco visibles y se les ha dado poca relevancia hasta ahora;
- Es necesario realizar una priorización de características o atributos a valorar en la selección y priorización de indicadores;
- Deberían reforzarse proactivamente

áreas deficitarias como, por ejemplo, el área de “experiencia de la persona”. Las experiencias actuales en este sentido, tanto en nuestro entorno como en el entorno internacional, permiten empezar a disponer de métricas robustas y testadas que faciliten su uso;

- Cada sector o ámbito de atención puede mantener objetivos específicos y atribuibles a su área competencial. No todo debe estar en el mismo marco evaluativo de atención integrada;
- La no disposición de información, o la disposición de la información necesaria en tiempo y forma no adecuados puede ser una limitación clave para la efectiva utilización de un marco de evaluación. Pero a su vez es un estímulo para construir estas métricas a corto y medio plazo.

Figura 2. Imagen de algunos de los miembros del grupo de expertos del proyecto de definición de marco evaluativo compartido. Forum ITESSS.



A lo largo del año 2015 se realizaron 6 sesiones de trabajo, suponiendo 18 horas de actividad de los miembros participantes en las cuales se trabajaron los siguientes contenidos con distintas metodologías de consenso:

- Adopción de una propuesta de definición de atención integrada;
- Consenso en torno los objetivos de un modelo de atención integrada (ver figura 1);
- Conversión de los objetivos en resultados esperados (ver figura 2);
- Definición de las dimensiones que debe considerar un marco evaluativo considerando 3 ejes de análisis: nivel, ámbito e impacto;

- Selección de unos atributos que nos indiquen cómo debemos priorizar los indicadores del nuevo modelo de evaluación;
- Definición de los indicadores que potencialmente podrían utilizarse para evaluar modelos de atención integrada.

Por último, y con una propuesta razonablemente consensuada entre los actores, se abrió un debate más amplio con otros agentes del sistema para recibir aportaciones a la propuesta.

Aunque la propuesta de marco evaluativo no se consideró específica o únicamente aplicable para la estrategia de atención integrada en Cataluña, el contexto donde se desarrolló la misma ha condicionado y facilitado al mismo tiempo su elaboración.

3. UNA PROPUESTA DE MARCO EVALUATIVO.

La propuesta que se desarrolló es una propuesta inicial de indicadores para la evaluación de la atención integrada desde una base poblacional y territorial.

Después de adoptar un razonable acuerdo en cuanto a la definición de atención integrada y el alcance de la misma definición, un primer elemento sobre el que el grupo de expertos debió discutir fue si el marco evaluativo de la atención integrada debía considerar solo elementos que permitieran conocer el grado o progreso de la implementación o si debía también considerar la evaluación de los resultados esperados de la implementación de dichos modelos decidiendo no renunciar a ninguno de los dos enfoques para este primer trabajo.

Un segundo elemento de discusión fue la factibilidad en distintos contextos de la propuesta de evaluación. En este sentido, se reconoció, tal y como ha quedado recogido en el último informe de la OCDE, la “necesidad, o incluso la oportunidad, de desarrollar indicadores específicos para la atención integrada, aunque ya se pueden utilizar varios indicadores existentes para medir el desempeño de la atención integrada” (European Commission. Expert Group on Health Systems Performance Assessment, 2017). Por lo tanto, se intentó, en la medida de lo posible, incluir indicadores que fueran razonablemente factibles de considerar.

En lo que se refiere a la factibilidad del marco evaluativo, también se consideró adecuado formular, en términos no muy específicos, la definición de los indicadores

para que el modelo pudiera ser adaptado a las condiciones locales. Así pues, tiende a recomendar con carácter general indicadores a los que atribuir un valor “integrador”.

De nuevo, se debe destacar que el grupo consideró la propuesta como un punto de partida, un documento abierto y vivo sobre el que introducir y mejorar formulaciones atendiendo a la evolución de los propios modelos de atención integrada y de la disposición de datos e indicadores para la evaluación de los mismos. Hay indicadores de difícil cálculo ahora, que pueden ser factibles dentro de un corto o medio plazo, atendiendo a la recogida de información estructurada de variables necesarias para su cálculo.

Los indicadores incluidos en la propuesta se distribuyeron en un modelo de evaluación estructurado en 3 ejes de análisis (ver figura 1):

- Un eje para las cuatro dimensiones que el grupo consideró nucleares;
- Un eje para referenciar los niveles de análisis en cuanto a la desagregación potencial en el ámbito territorial;
- Un eje temporal o de madurez evolutiva, relacionado con el proceso de implementación de un proyecto.

Figura 3. Ejes de análisis de los indicadores incluidos en la propuesta de evaluación.



En cuanto a los atributos para valorar y priorizar los indicadores se acordaron los siguientes: Factibilidad; Impacto y Utilidad; Pertinencia y Sentido Común; Robustez; Transversalidad. Estos atributos, y la combinación de ellos, debe ser un elemento crítico en la selección de un núcleo o conjunto mínimo de indicadores en un territorio donde se esté implementando un modelo de atención integrada. La ponderación interna territorial que se realice de los distintos atributos también facilitará el proceso de priorización y selección de indicadores.

Por último, el grupo asumió algunas premisas previas que debían ser tomadas en consideración y se establece imprescindible para los indicadores:

- Que aporten valor en el proceso de atención. Es decir, que sean significativos en cuanto al avance en la implementación del modelo por lo que se refiere al impacto en las personas atendidas;
- Que no conduzcan a una interpretación ambigua y por lo tanto que exista consenso en cuanto a “su bondad” en la evaluación de los efectos de la atención integrada.;
- Que se consideren indicadores que respondan a requisitos temporales distintos. En algunos indicadores se requiere un tiempo suficiente para que se produzca un cambio de tendencia y por lo tanto, parece más fácil impactar a corto y medio plazo en algunos indicadores de proceso y menos en algunos resultados esperados;

- Que la evaluación tenga carácter poblacional, pero que al mismo tiempo aporte valor desde una perspectiva segmentada a diferentes grupos poblacionales especialmente significativos;
- Que la evaluación aporte valor a los distintos grupos de interés: persona usuaria, familia, profesionales, gestores o planificadores, entre otros;
- Que pueda considerar elementos de calidad y adecuación de la prestación de los servicios, así como de la coordinación entre éstos;
- Que los indicadores sean medibles, preferiblemente, a través de datos estructurados ya disponibles.

Se comparten a continuación los indicadores que el grupo recomendó incluir tras el proceso de trabajo y consenso. Según las dimensiones sobre las que parecen estar más relacionados (atención centrada en la persona, eficiencia y uso de recursos, efectividad y seguridad, y acceso y equidad) y su condición temporal (estructura, proceso o resultado).

Aun así, el grupo de expertos reconoció que, para poder evaluar el proceso e impacto de la implementación de la atención integrada a nivel territorial, se debían considerar unos indicadores de carácter general que hemos denominado indicadores basales y que permiten caracterizar a la población.

Indicadores de Análisis Basal

Población por género y grupos de edad.

Porcentaje de población mayor de 65 años.

Densidad de población.

Índice de envejecimiento.

Índice de sobre-envejecimiento.

Proporción de población extranjera.

PIB por habitante.

Prevalencia de Pacientes Crónicos Complejos identificados.

Prevalencia de Pacientes MACA identificados.

Prevalencia de Personas con necesidades de atención social complejas identificadas (PNASC).

Prevalencia de población con alguna discapacidad reconocida (general, por edad, según grado).

Prevalencia de población con reconocimiento de dependencia.

Cobertura de población con PIA de dependencia activo (personas beneficiarias de la ley de dependencia).

Nivel de instrucción de la población a partir de 16 años por sexo y grupos de edad (grado de alfabetización).

Indicadores territoriales de riesgo de pobreza y exclusión social.

4. PROPUESTA DE INDICADORES.

DIMENSIÓN: ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA.

Garantizar una atención centrada en la persona basada en decisiones compartidas que confieran una mayor responsabilidad y empoderamiento a las personas.

ESTRUCTURA

Existencia de sistemas, mecanismos, procedimientos de identificación de PCC, MACA y PNASC.

Disposición de tiempo para las prácticas colaborativas entre profesionales.

Disponibilidad de órganos, comisiones o entornos de discusión y participación de profesionales.

Disponibilidad de herramientas de apoyo en decisión compartida.

Existencia de modelo de estratificación sanitaria y social poblacional.

Existencia de planes de formación o actividades formativas para profesionales.

Disposición de herramientas de valoración multidimensional / integral y de planificación de la atención consensuadas.

Disposición de sistemas, protocolos o mecanismos de identificación de las personas que ejercen el rol de cuidadoras y su riesgo de claudicación.

Existencia de actividades y grupos que promuevan el autocuidado y los hábitos saludables para la salud y bienestar

Existencia de programas específicos para la atención al final de la vida, incluyendo la planificación de decisiones anticipadas.

PROCESO

Proporción de personas en situación de complejidad que disponen de una valoración integral.

Proporción de personas en situación de complejidad que disponen de un Plan de atención compartido.

Adherencia al programa: proporción de personas en situación de complejidad o cuidadores que participan de la elaboración del plan de atención y se hacen corresponsables del mismo.

Proporción de personas en situación de complejidad que tienen un profesional de referencia asignado.

Proporción de personas en situación de complejidad que se benefician de la metodología de gestión del caso.

Proporción de personas cuidadoras en riesgo de claudicación.

Número de personas que participan en actividades o grupos de promoción de la salud, auto cura y auto responsabilización de la salud y el bienestar.

Número de horas de formación compartida entre profesionales de sectores, ámbitos y niveles distintos.

Número de horas anuales dedicadas a la participación en órganos, comisiones o entornos de discusión y participación entre profesionales.

RESULTADO

Calidad de vida de las personas beneficiarias y de las personas cuidadoras.

Mejora de la calidad de vida relacionada con la salud de las personas en situación de complejidad y sus cuidadores.

Percepción o experiencia de buena atención desde una perspectiva de atención integrada.

Grado de cumplimiento de las voluntades y preferencias expresadas.

Nivel de alfabetización en salud, *health literacy* y programas de mejora.

Proporción de personas que mueren en casa o donde escojan.

Mortalidad evitable de las personas atendidas.

Prevalencia e incidencia de personas con hábitos de vida no saludables.

Experiencia de los profesionales en el trabajo en entornos de atención integrada.

DIMENSIÓN: EFICIENCIA Y USO DE RECURSOS.

Contribuir a una mayor sostenibilidad del actual sistema de bienestar mediante un uso más adecuado de los recursos disponibles.

ESTRUCTURA

Existencia de estrategias colaborativas con asociaciones de enfermos, familiares y/o entidades de representación de la ciudadanía.

Existencia programas comunitarios preventivos.

Ratios de personal de atención directa (atención primaria) en relación al conjunto de población y con respecto a la población identificada como compleja.

Existencia de herramientas que agreguen costes de provisión de servicios sociales y de salud.

PROCESO

Indicadores de cobertura (% de población y % de población en situación de complejidad), de los programas de atención al domicilio (ATDOM, servicios de ayuda a domicilio por parte de servicios sociales (SAD), teleasistencia (TLA), hospitalización a domicilio, PADES, Programa Soporte a Atención Primaria por parte de Salud Mental (PSI)...).

Indicadores de cobertura de otros servicios sociales y sanitarios.

Indicadores de intensidad (horas semana o mes) de uso de determinados servicios sociales y sanitarios.

Indicadores de accesibilidad (tiempo de espera) para el acceso a servicios sociales y sanitarios.

Tiempo de resolución: respuesta del sistema.

Utilización de recursos después del alta hospitalaria.

Ratio de copago por parte de la ciudadanía para el acceso a servicios sociales y de salud.

Reiteración del uso del servicio (como uso de un recurso inadecuado a esa situación).

Tiempo entre descompensaciones de una persona en situación de complejidad que requiere un ingreso.

RESULTADO

Costes por habitante en: servicios sociales y sanitarios, atención domiciliaria (y peso de dicha atención respecto al gasto total), atención primaria y comunitaria (no especializada), especializada y teleasistencia, entre otros. Por separado y de manera agregada.

Diferencias en un mismo territorio y entre territorios para el acceso al mismo servicio social o de salud.

DIMENSIÓN: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD.

Que una práctica o intervención mejore el estado de bienestar de la población objeto de atención, estimando si es una medida adecuada para conseguir el resultado esperado. Incluye también el análisis y la prevención de errores, previniendo daños no deseados sobre las personas y aprendiendo de los errores.

ESTRUCTURA

Existencia de planes funcionales a nivel territorial (o rutas) de atención a la complejidad social y sanitaria.

Existencia de un punto de contacto único o de respuesta coordinada en modelo de atención integrada.

Existencia de sistemas de captación activa.

Existencia de pactos, rutas y mecanismos que garanticen una atención a las necesidades sociales y sanitarias en un modelo 24/7 de continuidad asistencial.

Existencia de pactos, rutas y mecanismos que garanticen la atención en los procesos de transición asistencial.

Existencia de programas de apoyo a los servicios sociales y sanitarios de atención primaria por parte de los servicios especializados.

Existencia de comisiones y órganos de gestión descentralizada de listas de espera y acceso a recursos.

Oferta unificada sanitaria y social de programas de apoyo a cuidadores.

Proporción de servicios con acceso a la historia clínica y social compartida de las personas.

PROCESO

Existencia de mecanismos para identificar y analizar disfunciones en las rutas.

Personas participantes en el programa “Planificación al Alta” contactadas 48 horas después del alta hospitalaria (Continuidad).

Post alta: grupos de riesgo. Identificación en cada hospital de grupos preferentes de riesgo para priorizar planificación de alta intensidad, tiempo de espera, frecuentación y estancias, uso de determinados servicios sociales y sanitarios.

Proporción de personas con polifarmacia, y de éstas, cuántas se benefician de revisión periódica.

Indicadores de adherencia terapéutica.

RESULTADO

Hospitalizaciones potencialmente evitables. Tasa de hospitalizaciones por agudización de enfermedades crónicas (adecuación).

Adecuación del servicio a necesidades. Medidas de recogida de déficits en provisión.

Mortalidad hospitalaria de personas atendidas y grupos de riesgo (complejidad).

DIMENSIÓN: ACCESO Y EQUIDAD.

Reducir las inequidades en la prestación de servicios y mejorar el acceso a estos niveles territoriales.

ESTRUCTURA

Mecanismos, sistemas y protocolos de armonización de criterios de acceso a los servicios.

Tiempo de desplazamiento por acceso al servicio.

Mapas de variabilidad en utilización de servicios.

Existencia de un punto de contacto único o de respuesta coordinada en modelo AI.

Existencia sí o no de garantías 24/7.

Existencia de mecanismos de identificación de la demanda no atendida.

PROCESO

Demanda no atendida.

Personas institucionalizadas: cobertura, estancia y duración de la estancia.

Tiempo de espera para la activación de servicios, en particular en los servicios de atención domiciliaria de ambos sistemas.

Tiempo de espera entre la solicitud y la prestación derivada del reconocimiento de dependencia en las personas no institucionalizadas.

Tiempo de espera medio en urgencias.

Estancia media por tipo de recurso.

Rotaciones por tipo de recurso.

Intensidad en el uso de recursos de atención domiciliaria.

RESULTADO

Ingresos urgentes relacionados con procesos o enfermedades crónicas – Métrica sintética o específica para algunas enfermedades crónicas.

Reingresos de usuarios hospitalizados – 30 días o definir límite (30 días es lo habitual en el gran conjunto de enfermedades crónicas pero podría ser de 7, 90 ó 180 días).

Días acumulados de hospitalización relacionados con procesos o enfermedades crónicas.

Uso del servicio de urgencias con métrica poblacional.

Frecuentación de urgencias de las personas en situación de complejidad clínica (PCC).

Frecuentación de las personas en situación de complejidad clínica y social a los servicios de atención primaria de salud y de servicios sociales básicos.

Ingresos y reingresos en condición PCC y MACA : uso de recursos (especialmente internamiento).

5. DISCUSIÓN.

Evaluar el desarrollo de la atención integrada es un reto al que intentan dar respuesta muchos territorios a nivel internacional en el presente. Y del mismo modo que en otros lugares, en Cataluña se reconoció, desde la puesta en funcionamiento del PIAISS, que la generación de herramientas y metodologías para evaluar la atención integrada sería un desafío.

Si aún no existe acuerdo en la respuesta a la pregunta ¿qué es la atención integrada?, resulta aún más complejo intentar evaluarla. En nuestro contexto, sí que se adoptó un consenso en cuanto a la definición y alcance en el grupo de expertos. Un consenso que, de algún modo, nos ponía delante un desafío todavía más complejo en tanto que la definición de atención integrada sobre la que se pretendía desarrollar la propuesta debía ser inclusiva tanto para la atención social como para la atención sanitaria. En este sentido, entendemos que el desafío es más complejo porque si no existen grandes experiencias reales en este ámbito, cabe considerar que aún menos tienen esta dimensión social y sanitaria.

Un segundo elemento de discusión fue alrededor del contenido de la evaluación. El marco evaluativo debía considerar elementos que permitieran conocer el grado de integración, entendiendo que la integración de servicios no es una finalidad “per se” o, por el contrario, debía evaluar los resultados y el impacto de dicha provisión de servicios integrados. Finalmente, la propuesta consideró las dos visiones incorporando indicadores tanto de estructura, como de

proceso y resultado.

La construcción de un marco evaluativo compartido basado en el modelo de triple meta de base poblacional y territorial constituirá, sin duda, un elemento altamente facilitador y determinante en la aceleración e implementación real de los modelos de atención integrada y centrada en la persona, tanto en Cataluña como en otros contextos.

Existen múltiples beneficios en el desarrollo de un marco de evaluación para la atención social y sanitaria integrada. El trabajo que se desarrolló en el contexto del Fórum ITESS nos permitió comprender que todavía existen dificultades importantes en lo que se refiere a la evaluación y en la disposición de datos que puedan generar una propuesta de marco de evaluación. Estas dificultades son especialmente significativas en el ámbito de los servicios sociales. Pero aún así, también permitió reconocer de un modo compartido entre actores muy significativos del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales la necesidad de avanzar en esta dirección.

El proceso de desarrollo de la propuesta ha demostrado también que éste es un reto importante desde un punto de vista de encaje en la cultura de la evaluación en ambos sistemas y que nos obliga a seguir disponiendo de espacios de generación de conocimiento compartido. Haber incorporado en la fase inicial de análisis del estado del arte todas las experiencias locales previas, o iniciativas que de un modo u otro podían ser entendidas como potencialmente interesantes a compartir entre el grupo

de expertos, ha enriquecido de un modo muy significativo la comprensión de los desafíos y beneficios a los que se enfrenta la evaluación de la atención integrada.

En cuanto al contenido específico de la propuesta de evaluación, se asume su carácter provisional, abierto y claramente perfectible y evolutivo en el tiempo. A pesar de que la propuesta de indicadores a incluir en el marco evaluativo tiene claras deficiencias en cuanto a la factibilidad de ser consideradas en la fase actual, se considera que el proceso de conocimiento y reconocimiento entre actores y el consenso en relación a las dimensiones y los atributos que deberían cumplir los indicadores que finalmente se pudieran incluir ya tiene en sí mismo un gran valor.

Una parte importante de los indicadores incluidos, como por ejemplo, la evaluación de los costes de la prestación de servicios o la movilidad entre servicios, todavía son de difícil utilización, ya que se requiere seguir mejorando la disposición de datos y elaborando nuevos métodos para calcular con precisión y para comparar las intervenciones en las diferentes formas de atención integrada.

En definitiva, es necesario seguir invirtiendo en ampliar la consistencia y robustez del enfoque de la propuesta elaborada en esta primera fase y seguir mejorando los métodos de disposición, recolección y análisis de la información necesaria para alimentar el marco evaluativo.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Berwick, D. N. (2008, 27). The Triple Aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 759-69.

European Commission. Expert Group on Health Systems Performance Assessment. (2017). *Blocks. Tools and methodologies to assess integrated care in Europe*. Luxembourg: Publication Office of the European Union.

Generalitat de Catalunya. (2014). *Acord Gov/28/2014, de 25 de febrer, pel qual es crea el Pla Interdepartamental d'atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS)*. Barcelona: DOGC.

Lara Montero, A., Van Duijin, S., Zonneveld, N., Minkman, M., & Nies, H. (2016). *Integrated Social Services in Europe: a study looking at how local public services are working together to improve people's lives*. Brighton: European Social Network.

Nolte, E. P. (2014). *Policy Summary 11. What is the evidence on the economic impacts of integrated care?*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

OECD. (2015). *Integrating Social Services for vulnerable groups: bridging sectors for better service delivery*. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.

WHO. (2015). *People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Interim report*. Geneva: World Health Organisation.