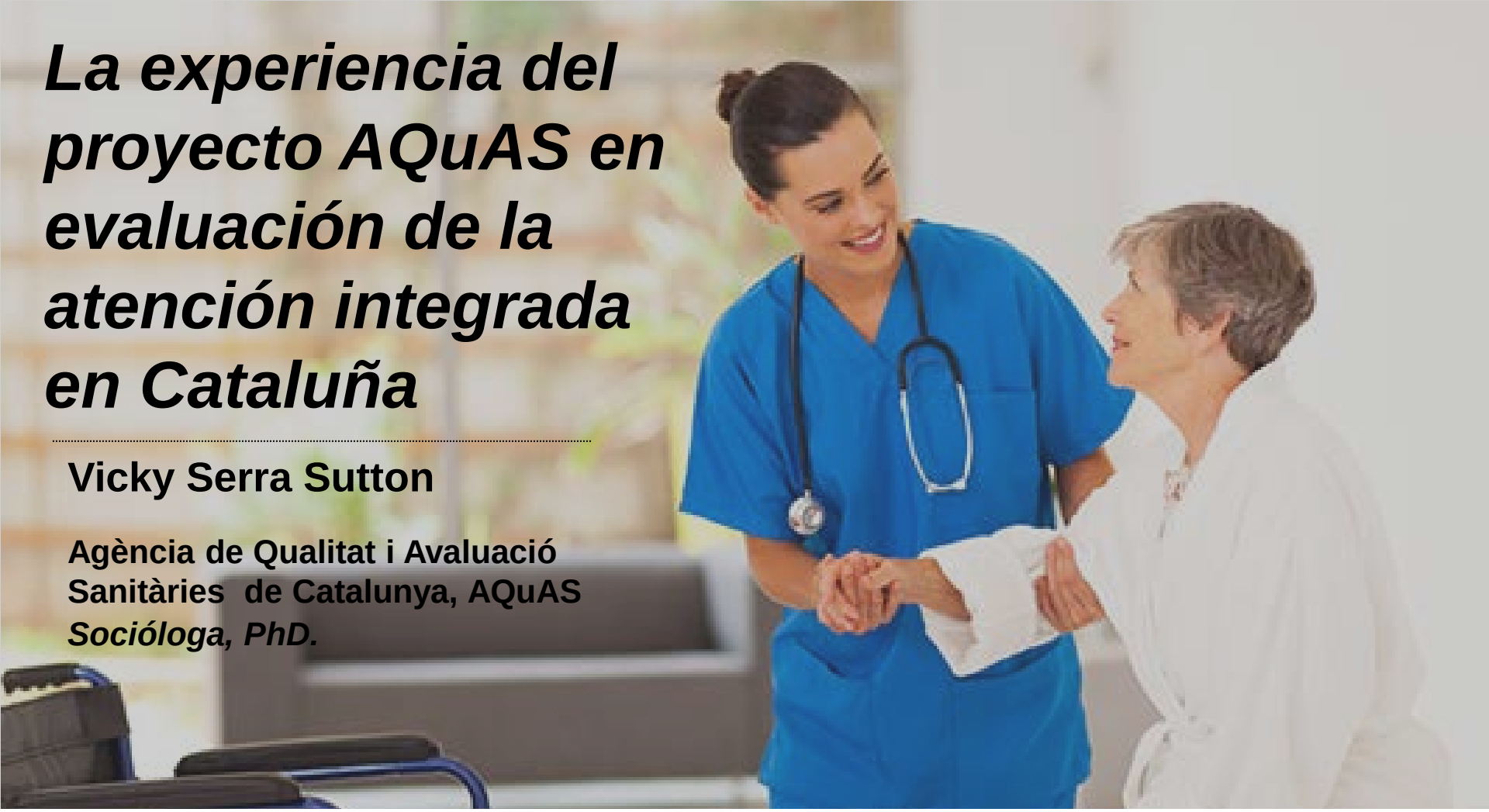
La experiencia del proyecto AQuAS en evaluación de la atención integrada en Cataluña



Vicky Serra Sutton

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, AQuAS

Socióloga, PhD.

V Congreso Internacional
Dependencia y Calidad de Vida
El reto de la cronicidad

Organizadores

Patrocinador

medirest
Una marca de Compass Group

Colaboradores

Madrid, 10-11 de marzo de 2015
Palacete Duques de Pastrana

La experiencia del proyecto AQuAS en evaluación de la atención integrada en Cataluña

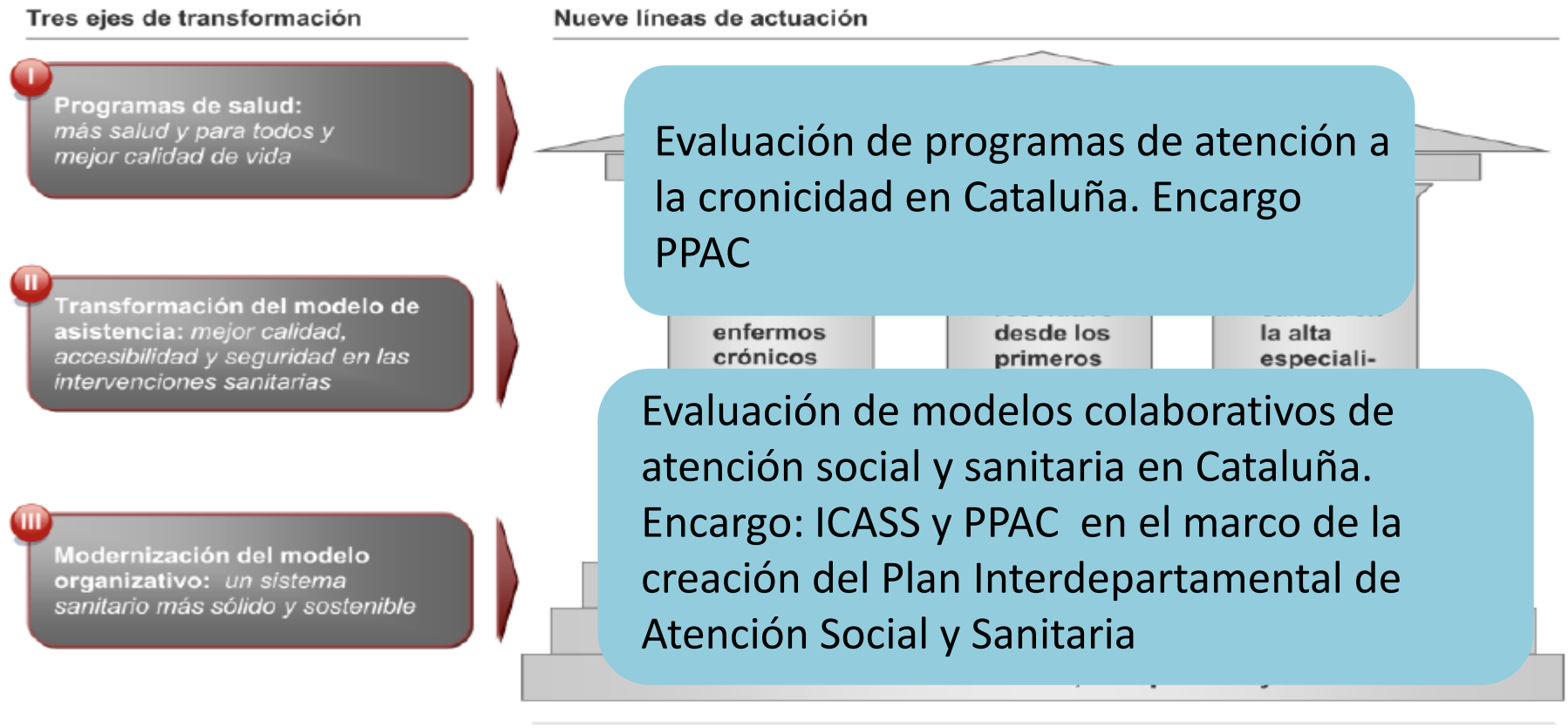
Objetivos presentación

- Describir el abordaje y resultados generales de iniciativas de evaluación de modelos de atención en cronicidad así como en el ámbito social y sanitario

- Aportar una reflexión sobre los retos que plantea la evaluación de sistemas integrados de atención social y sanitaria en base a estas experiencias

Contexto de evaluación atención integrada

Contexto de evaluación atención integrada en Cataluña. Líneas estratégicas del Plan de Salud



Fuente: Plan de Salud de Cataluña 2011-2015.

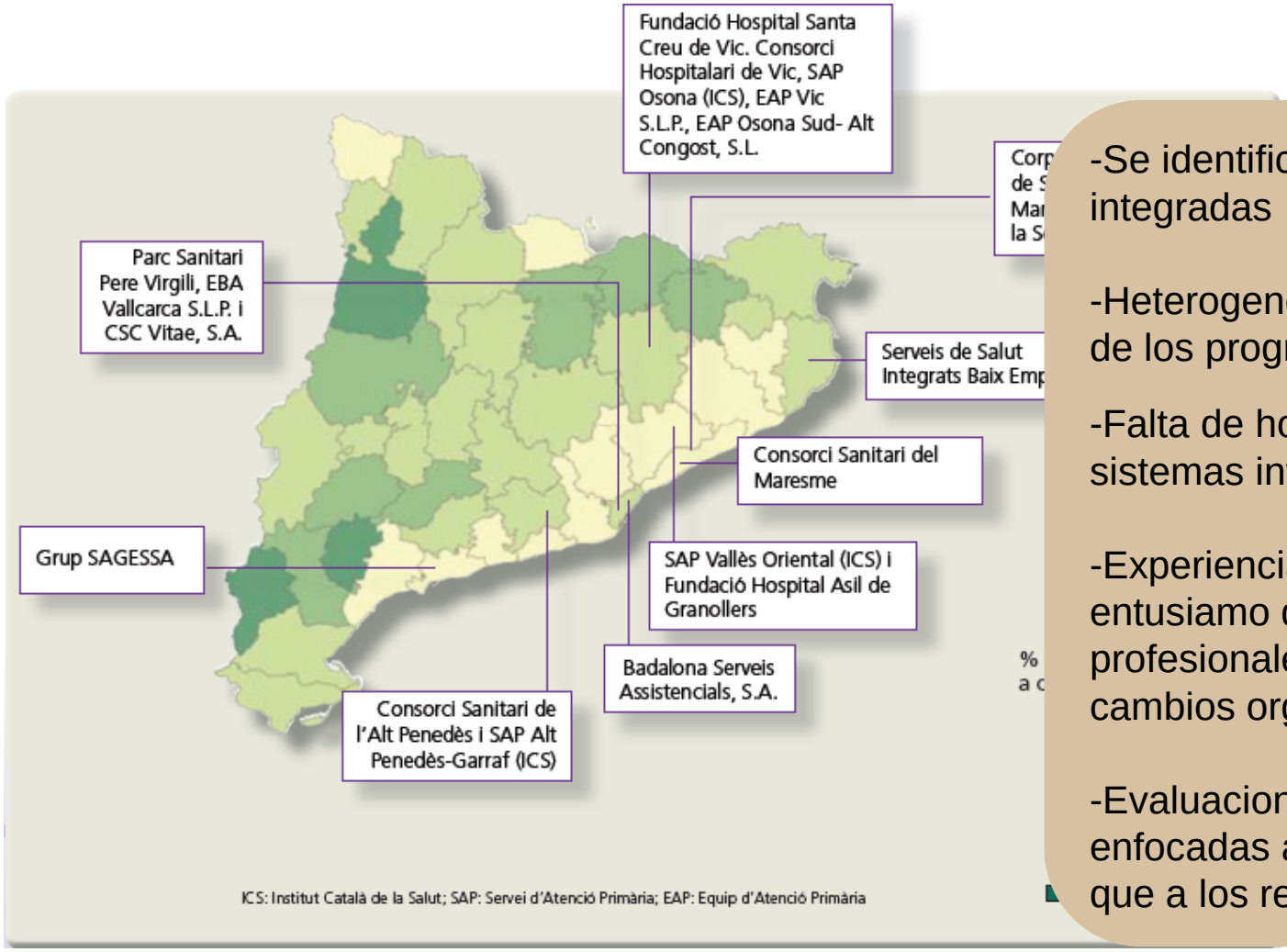
PPAC: Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad en Cataluña
ICASS: Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales

Evaluación de programas de atención a la cronicidad en Cataluña

Objetivos proyecto comisionado

- Evaluar programas de atención a la cronicidad mediante indicadores de calidad asistencial a través del análisis del desempeño y el *benchmarking* a nivel territorial en Cataluña

Descripción de experiencias de carácter integrado en el ámbito sanitario y de la cronicidad en Cataluña (n=9 experiencias, 2013)



-Se identifican 24, y 9 más integradas

-Heterogeneidad contenido de los programas

-Falta de homogeneización sistemas información

-Experiencias basadas en el entusiamo de algunos profesionales más que en cambios organizativos

-Evaluaciones internas enfocadas al proceso más que a los resultados

Propuesta marco conceptual para evaluar la atención a la cronicidad en Cataluña

Población diana[1]

Enfoque evaluación[2]

- Estructura
- Proceso
- Resultados intermedios
- Resultados finales

Dimensiones/ atributos

- ✓ Accesibilidad
- ✓ Adecuación
- ✓ Apoderamiento
- ✓ Atención centrada pacientes
- ✓ Atención integral
- ✓ *"Burn out"* profesionales y usuarios
- ✓ Continuidad asistencial
- ✓ Efectividad clínica
- ✓ Eficiencia
- ✓ Seguridad pacientes

Jerarquía de las medidas de resultado[3]

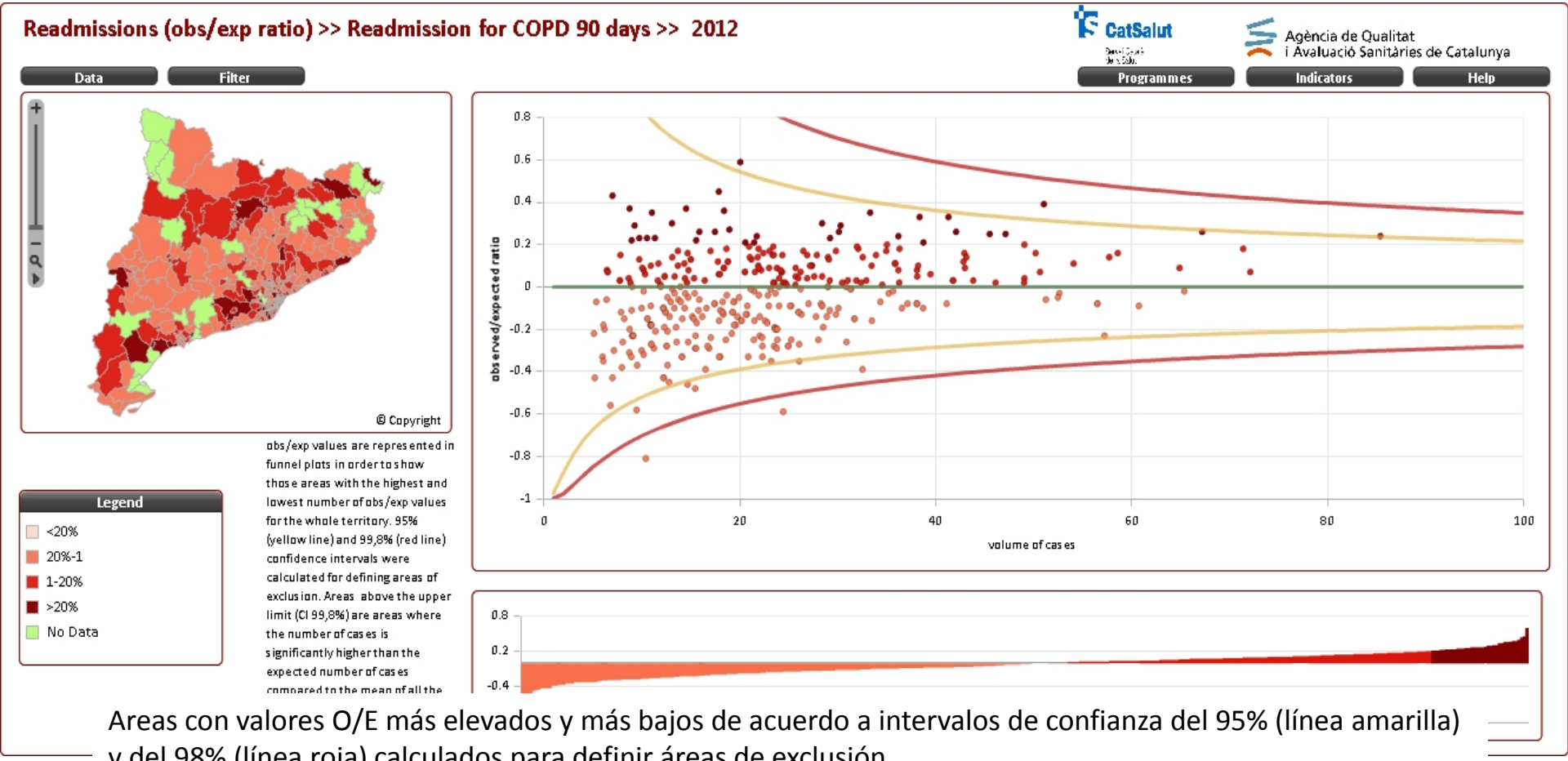
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Estado salud conseguido/ retenido	Proceso de recuperación	Mantenimiento de salud

1. Distribución según pirámide de Káiser; 2. Aproximación de A.Donabedian; 3. Aproximación de ME.Porter

Propuesta y desarrollo de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en Cataluña

>500 profesionales participaron en el proceso

Benchmarking: valores observados vs. experados (O/E) por por áreas básicas de salud para los **reingresos a 90 días de pacientes con EPOC**



Areas con valores O/E más elevados y más bajos de acuerdo a intervalos de confianza del 95% (línea amarilla) y del 98% (línea roja) calculados para definir áreas de exclusión.

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Evaluación de modelos colaborativos de atención social y sanitaria en Cataluña

Objetivos proyecto comisionado

- ❑ Evaluar de forma externa 9 modelos colaborativos de atención social (servicios sociales básicos) y sanitaria (atención primaria de salud) en Cataluña

Estudio cualitativo de casos

- ✓ entender el fenómeno estudio (modelos colaborativos y sus beneficios/ resultados)
- ✓ identificar características similares y diferenciales
- ✓ aspectos de mejora, necesidades de los profesionales y modelos

¿Por qué una evaluación cualitativa?

Joint Commissioning in Health and Social Care: an exploration of definitions, processes, services and outcomes. National Institute for Health Research, NHS

- ✓ fenómeno complejo
- ✓ se encuentra poca evidencia científica robusta sobre los resultados/ beneficios
- ✓ describen las experiencias con mejores prácticas y exploran el significado y opinión de los resultados a través de los discursos de los profesionales

El conocimiento se construye en base a la percepción e interpretación de los individuos (construcción social de la realidad)

Vanderstoep SW, 2009

RESEARCH Open Access

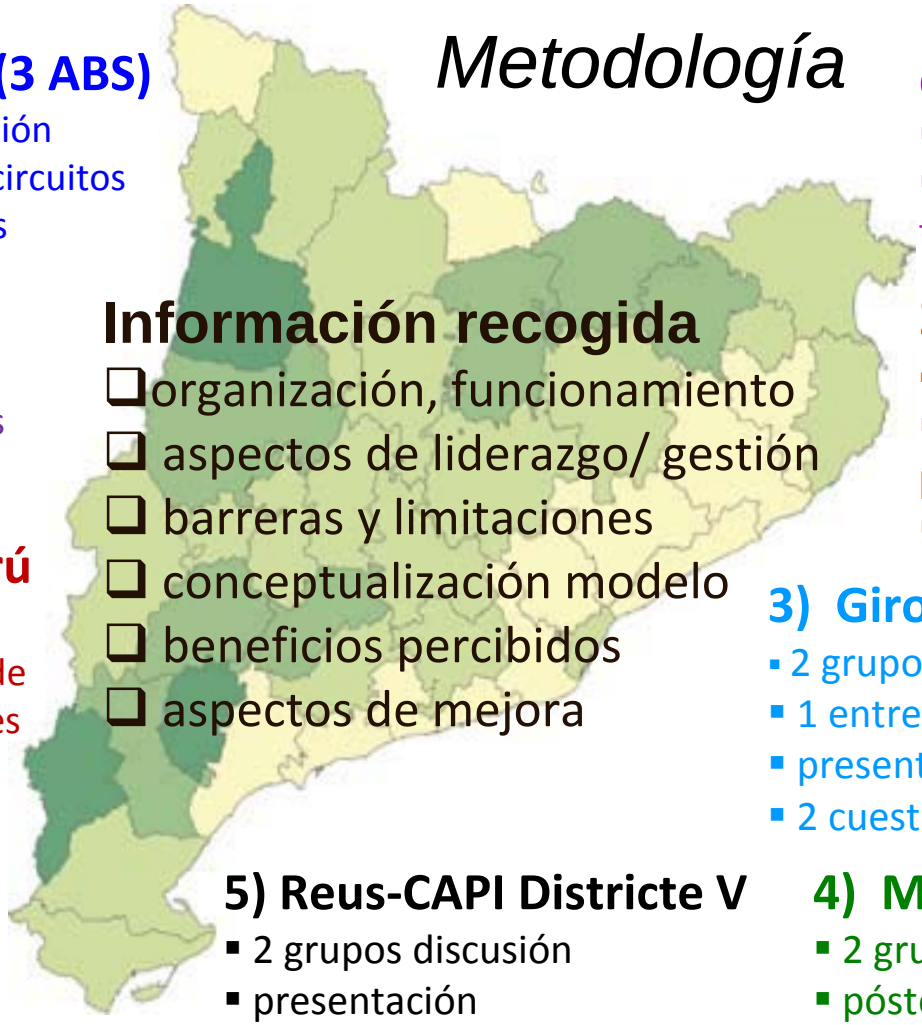
Making sense of joint commissioning: three discourses of prevention, empowerment and efficiency

Helen Dickinson[1*], Jon Glasby[1], Alyson Nicholds[2], Helen Sullivan[3]

From The Limits of Market-based Reforms
Birmingham, UK. 1 October 2012

BMC Health Services Research

Metodología



1) Manconmunitat de la Plana-Tona
- 2 grupos discusión
- presentación/ plan funcional

2) Lleida ciudad
- 2 grupos discusión
- presentación/ protocolos
- 2 cuestionarios

3) Gironès
- 2 grupos discusión
- 1 entrevista
- presentación/ protocolos
- 2 cuestionarios

4) Mataró
- 2 grupos discusión
- póster plan de salud
- 1 cuestionario

5) Reus-CAPI Districte V
- 2 grupos discusión
- presentación

6) Alt Penedès
- 2 grupos discusión
- presentación
- 2 cuestionarios

7) Vilanova i la Geltrú
- 2 grupos de discusión
- presentación/ resultados de necesidades de profesionales
- 3 cuestionarios

8) La Garrotxa
- 2 grupos de discusión
- presentación/ circuitos
- diversos subproyectos

9) Sabadell (3 ABS)
- 2 grupos discusión
- presentación/ circuitos
- 2 cuestionarios

Información recogida
- ❑ organización, funcionamiento
- ❑ aspectos de liderazgo/ gestión
- ❑ barreras y limitaciones
- ❑ conceptualización modelo
- ❑ beneficios percibidos
- ❑ aspectos de mejora

Perfiles profesionales más frecuentes: trabajo social, educación social, enfermería, medicina familiar y comunitaria, medicina interna, psiquiatría; ámbito gestión/ profesionales que hacen atención

Clasificación de los modelos colaborativos de atención social y sanitaria evaluados

Según objetivos/ alcance (principal) + liderazgo + fase

Fase I

Definición proyecto+ conocimiento profesionales

Fase II

Diseño y escritura del plan funcional, circuitos

Fase III

Modelo definido. Implementación y experiencia como equipo

Fase IV

Fases avanzadas. Formalización +evaluación y mejora continua

Modelos focalizados en los usuarios con perspectiva preventiva explícita (más social)

- La Garrotxa (1996, IV)
- Tona (2013, II)
- Mataró (2013, I)

Modelo basado en gestión de casos (cronicidad, más salud)

- Gironès (2013, III)
- Alt Penedès (2013, II)

Modelo primarista (servicios sociales básicos y primarios de salud integrados)

- Sabadell (1996/ 2012)
- Reus (2002, IV)
- Vilanova i la Geltrú (CAPI - ABS3) (2011, III)

Modelo focalizado en la mejora de la eficiencia territorial con equilibrio ámbito social y en salud

- Lleida (2013, II)
- Vilanova i la Geltrú (ABS1 & ABS2) (2013, I)

Beneficios percibidos por los profesionales en los modelos

Grupos/ ámbitos	*Beneficios y resultados esperados de una mayor atención integrada entre el ámbito social y sanitario*			
Para los profesionales	Atención más preventiva e identificación necesidades en salud y sociales	Seguridad de profesionales y mayor facilidad para el trabajo	Más conocimiento y comprensión del otro y recursos disponibles	Puesta en valor del trabajo social (óptica salud) realizado
Para los gestores	Optimización de recursos y evitar duplicidades	Mejora de la calidad asistencial	Mayor agilidad de los procesos (eficiencia)	Mayor satisfacción de profesionales y usuarios
Para los usuarios y cuidadores	Mayor seguridad y tranquilidad (no se marea tanto a usuarios cuidadores)	Respuestas más individualizadas y basadas en su necesidad	Disminuye el estigma de ser usuario de servicios sociales	Facilita la accesibilidad

Necesidades percibidas y recomendaciones

Tona

…" se deberían definir estrategias para **superar los miedos** y frustración de experiencias previas, que el modelo se quede por el camino…"

…"necesidad de **legitimación** de los Departamentos (social y salud), de establecer objetivos comunes bajo contractos programa, territoriales o mecanismos de cooperación …"

Mataró

"…hace falta **acompañar a los modelos en los cambios culturales y organizativos:** transformación de competencias, modelo, métodos de trabajo… todo esto crea muchas resistencias…"

Necesidades percibidas y recomendaciones

Vilanova i la Geltrú

"… la voluntada política y acuerdo tiene que estar muy clara…"

"…incorporar a las formaciones universitarias del ámbito sanitario el trabajo colaborativo con el ámbito social como elemento necesario y de mejora de la atención al paciente …"

La Garrotxa

"… es necesario ir hacia un modelo real de atención centrada en la persona…"

"… el Plan Interdepartamental es importante para marcar directrices y líneas estratégicas para todos los modelos …"

Retos entorno a la evaluación de la atención integrada desde AQuAS

- Entender el **fenómeno** (conceptualización) e identificar aspectos clave de mejora y **necesidades** percibidas por l@s profesionales implicados (multidisciplinariedad, ámbitos y perfiles profesionales diferentes)

- Medición de **resultados** de una atención más coordinada e integrada entre niveles, ámbitos y proveedores diferentes (sistemas de información, poblaciones comunes entre ámbitos, tiempo de evolución para evidenciar impacto, etc.)

- Más allá de los ensayos clínicos aleatorizados para evidenciar **beneficios/ riesgos** de la atención: aplicación de indicadores y abordajes de evaluación cualitativos

Estrategias para asegurar la independencia, transparencia y validez de la evaluación

- Evaluación externa realizada por una institución pública y equipo de investigación multidisciplinar (AQuAS)

- El equipo de investigación no necesariamente comparte la opinión o perspectiva ideológica de los decisores

- Protocolo y guía para garantizar el rigor metodológico (triangulización de analistas, documentación, revisión por pares de los informes, revisión por modelos/ programas, participantes)

¡Muchas gracias!

Vicky Serra Sutton
vserra@gencat.cat

Mireia Espallargues
mespallargues@gencat.cat

Más información:
http://aquas.gencat.cat/ca/projectes/mes_projectes/