

# El contrato-programa como instrumento para el cambio del modelo asistencial en el País Vasco

Iñaki Berraondo Zabalegui<sup>1</sup>

## Introducción

La población del País Vasco, como las de los países de nuestro entorno, está experimentando un aumento en la esperanza de vida que se acompaña de una mayor prevalencia de problemas crónicos y de un aumento significativo de la co-morbilidad que presentan las personas que atiende el sistema sanitario vasco.

Frente a este cambio en el patrón demográfico y epidemiológico, los sistemas sanitarios tienen que adaptar su enfoque estratégico para producir servicios que permitan satisfacer las nuevas necesidades asistenciales de una manera más efectiva y razonable, contribuyendo así a la sostenibilidad del sistema sanitario.

En este enfoque estratégico hay dos elementos que sobresalen por su potencial de acción en el cambio de paradigma asistencial:

- La Atención Integrada, como concepto y como estrategia operativa que permita afrontar las ineficiencias y también los problemas de seguridad clínica característicos de un sistema sanitario fragmentado en dos niveles ineficazmente complementarios, y
- El énfasis en lo sociosanitario, como una necesidad para mantener a las personas en su medio de vida habitual con una atención más racional y con el mayor potencial posible de independencia.

Estos dos elementos de cambio forman parte en Euskadi de una estrategia que incluye además la gestión clínica como amalgama que puede hacer posible sostener en el

tiempo un sistema sanitario público y de calidad. En este sentido, cabe entender la gestión clínica no como la administración y gestión de estructuras sino como la aplicación de las mejores evidencias en la toma de decisiones clínicas sobre a quién hay que tratar, con qué tipo de intervención, y en qué dispositivo asistencial.

La dirección estratégica está clara, los problemas se presentan en su implementación y en este proceso de cambio del sistema sanitario vasco, el Contrato-Programa (CP) es uno de los instrumentos que orientan en la dirección y magnitud de este cambio a las Organizaciones de servicios: Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs) diseñadas para evitar la fragmentación que caracteriza un sistema sanitario basado en Hospitales y en Comarcas de Atención Primaria. Las OSIs, aglutinan procesos y dispositivos de Atención Primaria con los de Atención Hospitalaria en una misma organización que tiene como objetivo final facilitar la colaboración para que se despliegue una Atención Integrada capaz de mejorar la efectividad y la eficiencia del sistema sanitario.

## Líneas estratégicas y objetivos del contrato-programa

El punto de partida para el desarrollo del CP lo constituyen las líneas estratégicas del Sistema Vasco de Salud y en especial el modelo de Atención Integrada de Euskadi (figura 1). Un elemento estratégico clave, que tiene como objetivo que se desarrollen interacciones clínicas productivas en la cabecera del paciente, para atender y mantener al paciente en el nivel de intensidad de cuidados de menor complejidad que sea adecuado a las necesidades de salud del paciente. Por tanto, el objetivo del CP como elemento regulador es orientar a las Organizaciones de

<sup>1</sup> Director de Aseguramiento y Contratación. Departamento de Salud. Gobierno Vasco

Correspondencia: i-berraondo@ej-gv.es

Osakidetza (OOSS), en la transformación necesaria del sistema vasco de salud. Al mismo tiempo, como instrumento de financiación persigue orientar al sistema hacia una financiación orientada a resultados alejando a las OOSS de un enfoque centrado en la actividad y en la productividad que caracteriza la orientación del sistema sanitario en las dos últimas décadas.

Este modelo de Atención Integrada plantea una transformación del sistema sanitario apoyada en tres ejes de actuación complementarios:

1. Un cambio en la cultura y valores de las OOSS que acompañe al cambio estructural (OSIs) que haga más fácil la colaboración entre profesionales. Para ello, se utiliza el modelo propuesto por D'Amour<sup>1</sup> alrededor de las 4 dimensiones que hay que trabajar para avanzar en colaboración entre profesionales.
2. Un modelo de gobernanza facilitador de la integración, lo que implica el despliegue de un modelo de gestión clínica eficiente y capaz de desplegar las diferentes estrategias que se desprenden de una población estratificada.
3. Un enfoque poblacional como elemento diferenciador de la intención estratégica de las OSIs, responsables ahora de la atención a la salud de poblaciones geográficamente delimitadas.

Con este modelo como punto de partida, el CP debería de ser capaz de orientar a las OOSS en esta transformación y facilitar tanto la comparación entre OOSS como la identificación de buenas prácticas sin olvidar los objetivos inherentes al CP como herramienta reguladora y de financiación, como son:

- Comprobar el grado de despliegue tanto de la estrategia global como de una determinado plan o programa específico.
- Monitorizar y evaluar la actividad contratada y los resultados obtenidos por las OOSS, comparando la situación y resultados de las diversas OOSS desde una perspectiva homogénea.
- Conocer el grado de madurez en la gestión de la calidad y su evolución a través del tiempo en las OOSS.
- Verificar que se incorporan áreas de mejora para la consecución de los objetivos marcados.

- Apoyar en la toma de decisiones a través de la mayor información y conocimiento del sistema.
- Financiar a las organizaciones de acuerdo al cumplimiento de las estipulaciones del contrato.

### Marco de referencia para la contratación y modelo de evaluación

Con la finalidad de orientar al sistema, el CP se desarrolla a partir del marco de referencia adaptado y modificado del propuesto por Kelley y Hurst<sup>2</sup> (figura 2). A partir de este marco el CP identifica dos ejes de actuación:

El eje del diseño y planificación de servicios incluye tres dimensiones que son objeto de contratación: Los servicios que se considera necesario desplegar, los recursos y/o roles profesionales que el sistema de salud necesita desarrollar para adaptarse a nuevas necesidades y, por último, el modelo de Atención Integrada que las OOSS tiene que ir implementando. Obviamente resulta difícil en ocasiones deslindar y diferenciar entre estas tres dimensiones pero aportan a la OOSS una visión de los elementos clave del proceso de adaptación que se pretende acometer.

El eje de la “performance” del sistema, de la capacidad para conseguir los resultados esperados. En este sentido desde las OOSS se trata de conseguir una experiencia asistencial positiva para los pacientes que atienden, además de accesible y eficiente. De esta forma, entendiendo que una experiencia positiva para el paciente es aquella que es segura desde el punto de vista clínico, que es efectiva, se despliega con equidad y está centrada en el paciente, el eje de la performance incluye cinco dimensiones de contratación.

Para cada una de estas dimensiones de contratación, caracterizadas por una clara orientación a la transformación del sistema (figura 3), se han definido una serie de indicadores que orientan la acción. En su conjunto, el CP integra 47 indicadores.

Pero más allá del enunciado de un indicador sólidamente construido, la orientación del CP hacia la identificación de áreas de mejora y a la transformación / adaptación del sistema sanitario obliga a un abordaje de cada indicador diferente al que tradicionalmente se ha empleado en el despliegue tradicional del CP. Para ello, es necesario avanzar desde una evaluación del resultado del indicador a una evaluación de la

forma en la que una organización “trabaja” los resultados conseguidos. Un enfoque cercano e inspirado al que plantea el modelo EFQM en el que Osakidetza tiene además un importante recorrido y es, por tanto, muy familiar para sus profesionales.

Cada indicador se evalúa en tres aspectos complementarios:

- Su enfoque, es decir qué tipo de iniciativas, herramientas y sistemáticas utiliza la Organización en la planificación de acciones de desarrollo del indicador.
- Su despliegue o acciones que la OOSS ha efectuado para la aplicación práctica del enfoque con el que se trabaja el indicador
- Los resultados alcanzados en el indicador en cuestión.

Una de las características del marco de referencia utilizado es su orientación a organizaciones integradas. El CP está orientado a evaluar y apoyar a OSIs en su proceso de transformación desde la fragmentación a la integración. Por este motivo incluye todo el abanico de acciones que tiene que desplegar la OSI para abordar elementos claves como, por ejemplo, la continuidad asistencial para disminuir hospitalizaciones potencialmente evitables. No se trata ya de unos objetivos y acciones para el nivel de Atención Primaria y otras para el nivel de Atención Hospitalaria, sino de objetivos y acciones en el contexto de una organización que trabaja alrededor de un único proceso asistencial en el que colaboran profesionales de diferentes unidades y/o servicios. Como puede apreciarse en la figura 4, adaptada de Baker et al el abanico de acciones y los ámbitos de actuación para conseguir mejores resultados en continuidad asistencial es muy amplio. El CP desarrolla las tres estrategias (3 indicadores), para disminuir las hospitalizaciones evitables, desde la perspectiva de su enfoque (planificación de conjunto), ámbitos de despliegue, y por último, resultados obtenidos en tasas de infección nosocomial; tasas de readmisiones y tasas de condiciones sensibles a los cuidados ambulatorios.

### Los indicadores

Con fines ilustrativos se pasa a exponer uno de ellos correspondiente a la dimensión Atención Integrada que incluye cuatro indicadores:

1. Tasas de Hospitalización por ACSC (Ambulatory Care Sensitive Conditions)
2. Grado de Integración Asistencial
3. Grado de coordinación sociosanitaria en residencias de personas mayores
4. Grado de coordinación en el paciente pluripatológico

El Grado de Integración Asistencial por ejemplo se analiza como se ha señalado en su enfoque, en el despliegue del mismo y en los resultados que obtiene la OOSS.

En el enfoque de la estrategia de integración se evalúan tres aspectos:

- Si se realizan evaluaciones y análisis de la coordinación entre los responsables de los diferentes ámbitos asistenciales
- La existencia de evidencias de sesiones y/o grupos de trabajo para la mejora de los diferentes circuitos asistenciales (pacientes pluripatológicos, sospecha de neoplasias, ...)
- La adopción o no de medidas correctoras.

Para el despliegue se analiza el grado de participación de los profesionales en el análisis del grado de coordinación y colaboración entre profesionales. Para ello se acepta cualquier metodología que haya podido utilizar la OOSS y a falta de ella se propone utilizar la encuesta D'Amour<sup>4</sup>. Esta encuesta analiza el grado de colaboración entre profesionales en los diez ítems que se consideran relevantes para el cambio desde una cultura de la fragmentación a una cultura de la colaboración (figura 1).

Finalmente el resultado se analiza expresado en la puntuación obtenida en la encuesta, o en su caso mediante la metodología utilizada por la OOSS. En la figura 5 pueden apreciarse los resultados obtenidos en OSI Bidasoa en los tres periodos en los que se realizó la encuesta. Hay que señalar que la primera medición se efectuó con la encuesta inicialmente diseñada por esta organización y que en el proceso de validación posterior<sup>4</sup> sufrió pequeñas modificaciones.

Esta forma de desarrollar los indicadores se repite en cada uno de los 47 indicadores que forman parte del CP.

### El modelo de evaluación

Como se ha señalado, el CP ha experimentado un cambio importante en su diseño y en los objetivos que persigue avanzando más allá de su papel como herramienta de financiación y de control de resultados. Pero para desarrollar los objetivos del CP que se refieren a su función transformadora y de apoyo a la mejora continua también se ha producido un cambio significativo en la metodología de la evaluación en sí.

Este cambio se ha operativizado en los aspectos claves del proceso evaluativo: en la forma y el método de este proceso. En primer lugar, y por lo que a la forma de evaluación se refiere, pasando de una evaluación reactiva en la que el evaluador (financiador), recibe de forma más o menos pasiva los resultados de la misma a una evaluación proactiva en la que la propia OOSS realiza de forma previa a la evaluación externa, una autoevaluación aportando evidencias de la forma en la que se autoevalúa. La autoevaluación implica una revisión crítica de la propia organización acerca de su estrategia y despliegue para conseguir unos buenos resultados asistenciales. Implica además una comparación de su metodología de trabajo con la de otras OOSS y la identificación de áreas de mejora.

En segundo lugar, en cuanto al método de evaluación, la autoevaluación se completa con una evaluación de contraste por parte de un equipo de evaluación (3-4 personas), externo al centro. Este equipo analiza los resultados e informes de la autoevaluación que ha efectuado la organización evaluada para después, consensuar en el equipo de evaluación los aspectos más importantes que se han de examinar en la visita de evaluación. Para esta visita el equipo de evaluación se desplaza a la organización durante 2-3 días a lo largo de los cuales conoce y documenta los aspectos del contrato programa que merece la pena examinar en esa organización con el objetivo de identificar sus puntos fuertes y áreas de mejora. Estos elementos así como la evaluación en su conjunto se recogen en un informe de evaluación que se entrega finalmente a la Dirección de la OOSS.

Hay que destacar que el equipo de evaluadores que realiza la evaluación externa, es mixto incorporando tanto a profesionales del Departamento de Salud (financiadores) como a profesionales de otras organizaciones de Osakidetza diferentes a la que está siendo evaluada (proveedores).

Se trata de una modificación importante porque el objetivo del equipo evaluador es ofrecer a la organización una visión externa de sus puntos fuertes y áreas de mejora en cada una de las dimensiones del CP. Al converger en un equipo profesionales con perspectivas diferentes el proceso de evaluación se ve enriquecido tanto para la organización evaluada como para los propios evaluadores.

Hay que señalar finalmente, que la evaluación se ve apoyada por una herramienta web que permite la interacción de la organización con sus evaluadores a lo largo de todo el proceso.

### Valoración

Los cambios introducidos en la contratación han originado un cambio en la relación entre el financiador y los proveedores que ha supuesto mejoras identificadas por las dos partes en el proceso de contratación. Se trata sin embargo de un cambio en profundidad desplegado en poco tiempo y por ahora con un recorrido limitado. Por ello será necesario madurar tanto el CP en sí como la metodología de evaluación para que cumpla con la finalidad de orientación y apoyo a las OOSS de Osakidetza.

En cualquier caso, el CP actual y la metodología empleada han sido bien valorados tanto por los equipos de auditores como por las organizaciones evaluadas aportando valor al proceso de contratación y en consecuencia al proceso global de adaptación del sistema sanitario.

1. D'Amour D; Goulet L; Labadie JF, San Martín-Rodríguez L; Pineault R.: A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research* 2008, 8:188. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/188>
2. Kelley E; Hurst J: Health Care Quality Indicators Project; Conceptual Framework Paper. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf>
3. Baker GR et al. Enhancing the Continuum of Care: Report of the Avoidable Hospitalization Advisory Panel. Toronto: Ministry of Health and Long-Term Care; 2011 Nov. Disponible en: [http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/baker\\_2011/baker\\_2011.pdf](http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/baker_2011/baker_2011.pdf)

4. Nuño R, Berraondo I, Sauto R, San Martin L, Toro N: Development of a questionnaire to assess interprofessional collaboration between two different care levels. Disponible en: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN%3ANBN%3ANL%3AUI%3A10-1-114421>

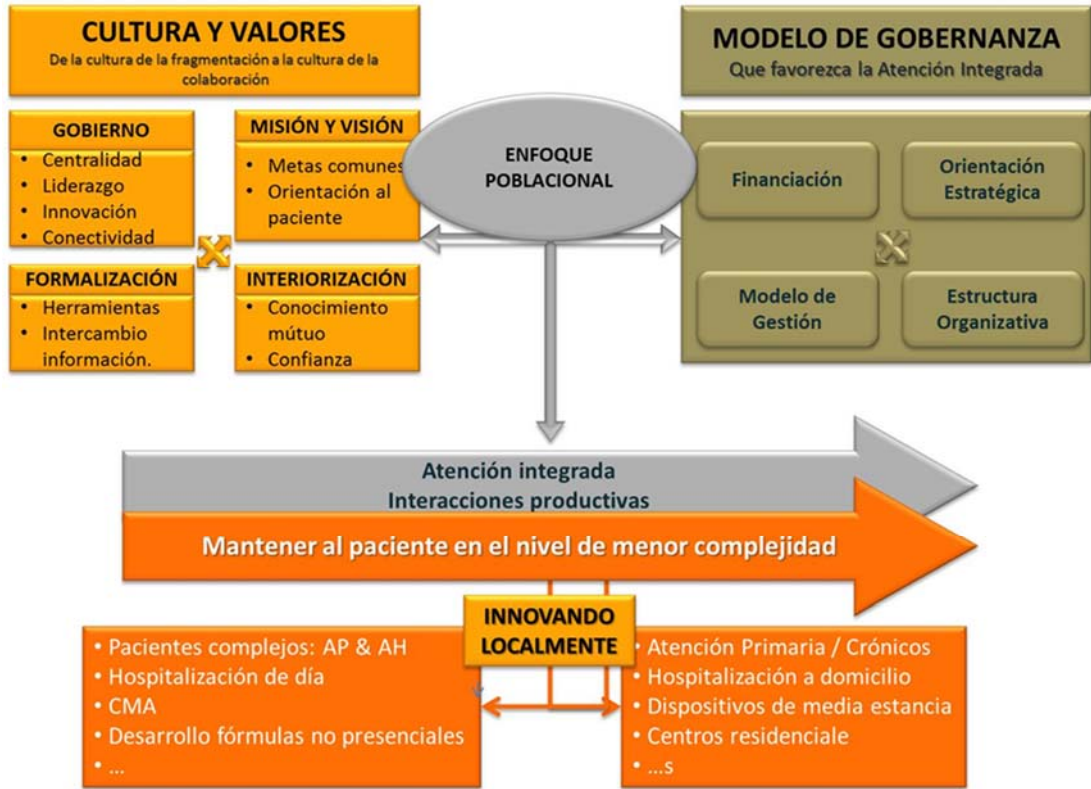


Figura 1.- Modelo de Atención Integrada de Euskadi. Elaboración propia.



Figura 2.- Marco de referencia para la contratación en Euskadi.



PERSPECTIVA	DIMENSIÓN	ELEMENTOS A EVALUAR
 <b>DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DE SERVICIOS</b>	D1 De recursos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Despliegue de elementos estructurales que favorezcan la integración sociosanitaria.</li> <li>Despliegue de nuevos roles de enfermería.</li> </ul>
	D2 De servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Despliegue de elementos que pueden facilitar una asistencia sanitaria que consiga una experiencia satisfactoria y segura de los/as ciudadanos/as en su relación con el sistema sanitario.</li> <li>Despliegue de servicios que faciliten la reorientación de las organizaciones centradas en la productividad y reactivas a la demanda asistencial hacia un enfoque proactivo, centrado en proporcionar a los/as pacientes el recurso asistencial de menor complejidad y más efectivo para satisfacer sus necesidades de salud.</li> <li>Despliegue de servicios que pueden facilitar la adaptación del Sistema de Salud a los nuevos retos planteados por las enfermedades crónicas y el envejecimiento</li> </ul>
	D3 Estructurales y de procesos de Atención Integrada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Despliegue de elementos estructurales que favorezcan un enfoque poblacional en el contexto de una atención sociosanitaria integrada.</li> <li>Despliegue en las OOSS de elementos facilitadores de una mayor integración asistencial entre niveles.</li> </ul>
 <b>PERFORMANCE DE LA ORGANIZACIÓN</b>	D4 Resultados de la Atención Integrada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elementos que favorezcan la sostenibilidad del sistema.</li> <li>Iniciativas para la mejora de los resultados en salud de los pacientes.</li> </ul>
	D5 Experiencia segura en el proceso asistencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sostenibilidad del sistema evitando los costes asociados al tratamiento y recuperación asociado a los efectos adversos</li> <li>Despliegue de una cultura de seguridad con un enfoque preventivo y proactivo hacia los problemas de seguridad de pacientes.</li> </ul>
	D6 Efectividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Puesta en marcha de intervenciones efectivas con impacto probado en términos de salud.</li> </ul>
	D7 Equidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consideración de aspectos relacionados con la equidad en el análisis de los resultados de salud de las OOSS y mejora de las intervenciones para disminuir las desigualdades en salud.</li> </ul>
	D8 Centrada en paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grado de orientación al paciente desde el respeto de sus necesidades, preferencias, valores e independencia, su participación, capacitación, información y trato, así como de la consideración de sus demandas en la mejora del sistema.</li> </ul>
	D9 Accesibilidad y Listas de Espera	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacidad de la organización para equilibrar correctamente las necesidades de atención sanitaria del paciente con los servicios disponibles y coordinar los servicios proporcionados al paciente en la organización.</li> </ul>
	D10 Eficiencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relación entre los recursos utilizados en la OOSS y los logros obtenidos de manera que se optimice esta relación y se favorezca la sostenibilidad del Sistema.</li> </ul>

Figura 3.- Ejes y dimensiones de la contratación.

	Menos Ef. adversos prevenibles	Mejor transición AP & AH	Mejor prevención enf. crónicas
	Mejoras en seguridad clínica	Mejoras en continuidad de cuidados	Mejoras en la gestión de pacientes crónicos
Ámbitos de intervención	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitales A</li> <li>Centros L y ME</li> <li>Comunidad – RG</li> <li>AP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitales A</li> <li>Centros L y ME</li> <li>Comunidad - RG</li> <li>AP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>AP</li> <li>Salud Pública</li> <li>Hospitales A y ME</li> </ul>
Estrategias alineadas	Sistemas notificación Prácticas seguras	Atención Integrada Conciliación medicación	Prevención y gestión enf. Crónicas / Atención Integrada
Indicadores	Estancia M; caídas l. nosocomial; úlceras xP	Reingresos	Hospitalizaciones por ACSC

Figura 4.- Evitando hospitalizaciones evitables, adaptado de Baker GR et al<sup>3</sup>



Figura 5.- Resultados 2010-13 en OSI Bidasoa en la encuesta D'Amour.