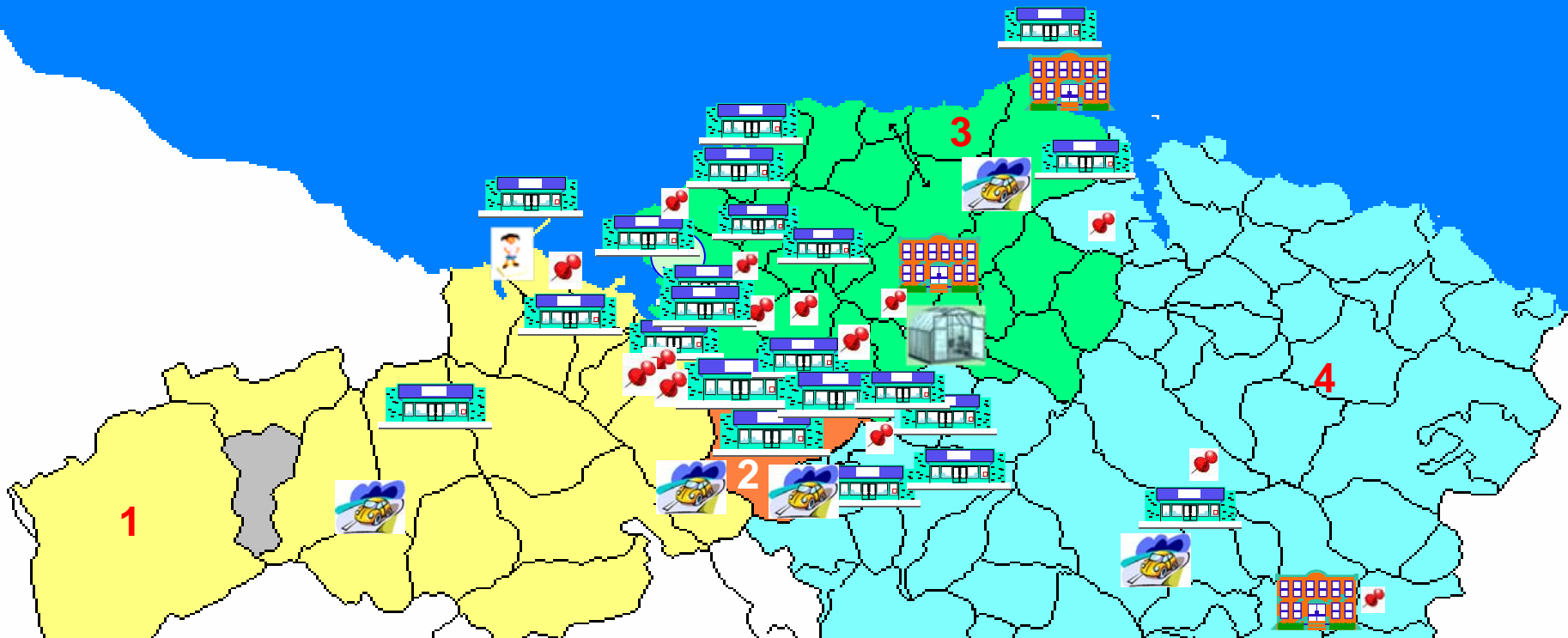


# EVALUACION DE LA INTEGRACION DE NIVELES DE LA RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA (RSMB)

16 de mayo de 2012



# DISPOSITIVOS DE LA RED



**25 CSM (6 Adultos/5 Infantil/3Drogod/ 12 Adult+Drog)**

**15 HOSPITALES DE DIA**

**3 HOSPITALES (436 camas)**

**1 C. TERAPEÚTICA**

**1 C. TERAPÉUTICO EDUCATIVO**

**5 EQUIPOS TAC**

**COMARCAS SANITARIAS**

- 1. MARGEN IZQUIERDA: 292.300 Habs.**
- 2. BILBAO: 353.000 Habs.**
- 3. URIBE: 200.000 Habs.**
- 4. INTERIOR: 253.000 Habs.**

# LA INTEGRACIÓN ASISTENCIAL COMO MEDIO PARA ...

...lograr los siguientes **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**:

- ❖ Ordenación del medio hospitalario
- ❖ Reconversión de recursos hospitalarios en estructuras alternativas
- ❖ Impulso y normalización de los programas de Rehabilitación



## COORDINACIÓN ASISTENCIAL

Concertación de las diferentes actividades que se requieren para atender al paciente a lo largo del continuo asistencial, con independencia del lugar donde se realicen de manera que se armonizen y se alcance un objetivo común sin conflictos.

Se centra en la interacción de proveedores y cuando se alcance su grado máximo, se considera que la atención está integrada



## ORGANIZACIONES INTEGRADAS

Son redes de Servicios de salud que ofrecen una atención coordinada a través de un contorno de prestaciones a una población determinada y que se responsabilicen de sus costes y resultados en salud.

Sus objetivos finales son:

- Eficiencia global del sistema
- Continuidad asistencial

Su objetivo intermedio:

- La mejoría de la coordinación asistencial o integración clínica



# CARACTERÍSTICAS DE UNA ORGANIZACIÓN INTEGRADA

- ❖ Presencia de un gobierno con rol estratégico y visión global de la organización.
- ❖ Estructura orgánica con mecanismos de coordinación que fortalecen la comunicación entre los servicios involucrados en la atención al paciente.
- ❖ Objetivos y estrategias compartidas.
- ❖ Cultura común con valores orientados a la colaboración , el trabajo en equipo y los resultados.
- ❖ Líderes que promueven la integración.
- ❖ Sistema de asignación interna de recursos que incentive la alineación de los servicios con los objetivos globales.
- ❖ Modelo de Atención que establezca roles, tipos de colaboración y mecanismos de coordinación adecuados entre los niveles asistenciales.



# COORDINACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION A LAS ENFERMEDADES CRONICAS EN EUSKADI

La estrategia para afrontar al reto de la cronicidad en Euskadi del Dptº de Sanidad y Consumo, apuesta por reorientar las organizaciones sanitarias hacia modelos más integrados que proporcionen una respuesta de calidad y más eficiente al paciente crónico.

En la actualidad hay varias experiencias que se pueden clasificar en 2 tipos:

- Unificación de diferentes organizaciones asistenciales en una única organización.
- Centrados en los procesos asistenciales, mediante rutas asistenciales conjuntas entre Atención Primaria y Especializada.





# FACTORES CRITICOS DEL ÉXITO DE LA INTEGRACION ASISTENCIAL

De la confluencia de las directrices de la actividad sanitaria (enfoque arriba-abajo) y de las iniciativas y la experiencia local liderada por los profesionales (enfoque abajo-arriba), se consideran como factores críticos del éxito:

- Liderazgo clínico
- Visión del sistema
- Enfoque poblacional
- Diseño de una atención centrada en el paciente
- Marco evolutivo robusto





# MARCO EVALUATIVO DE LAS EXPERIENCIAS DE INTEGRACIÓN ASISTENCIAL

Se trata de una herramienta de evaluación desarrollada por O+Berri (Instituto Vasco de Innovación Sanitaria) y OSAKIDETZA, adaptada para Salud Mental por la Red de Salud Mental de Bizkaia.

Comprende el análisis de 3 ejes:

- Estructura
- Procesos
- Resultados.

En los resultados se contemplan:

## - **Resultados Intermedios**

- control de pacientes
- coordinación y continuidad entre la atención primaria y especializada
- la reconfiguración asistencial
- colaboración interprofesional

## - **Resultados finales**

- satisfacción del paciente
- satisfacción de los profesionales
- del sistema, mediante satisfacción, efectividad y eficiencia



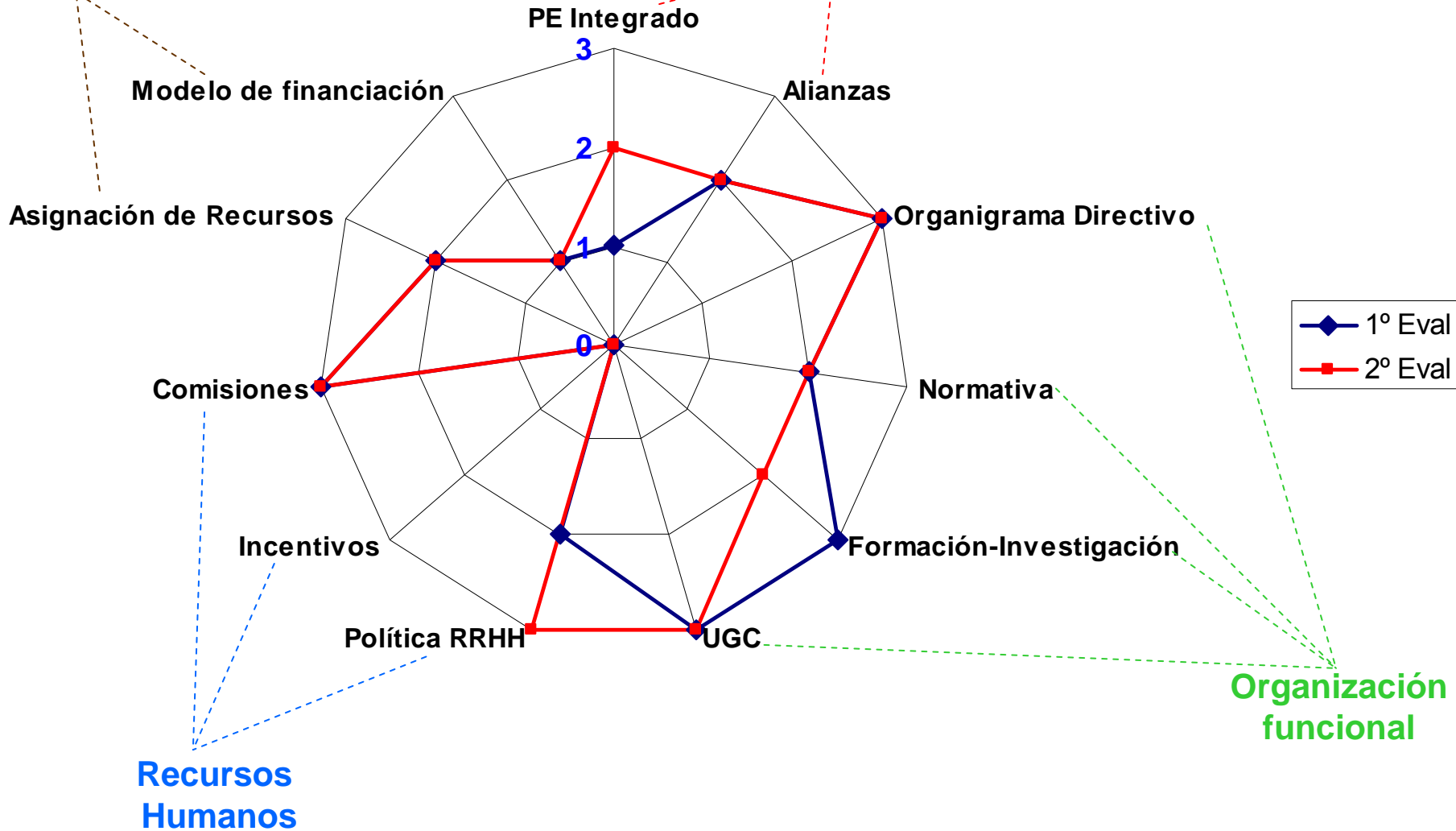
<u>EJE</u>	<u>DIMENSIÓN</u>	<u>INDICADOR</u>
Estructura	Estrategia	Desarrollo de planes estratégicos integrados Red de Alianzas
	Organización funcional	Grado de integración del organigrama Grado de adecuación del desarrollo normativo Grado de Integración de la formación e investigación Grado de desarrollo de Unidades de gestión clínica
	Recursos Humanos	Grado de Integración en la política de RRHH Reconocimiento del desempeño Participación en comisiones conjuntas
	Gestión económico-financiera	Grado de Integración en la asignación de recursos Modelo de Financiación
Procesos	Gestión P. asistenciales	Protocolos de derivación y continuidad asistencial Coordinación en la política del uso de medicamento
	Sistema información y comunicación	Grado de integración de los sistemas de información Disponibilidad de un cuadro de mando integrado Desarrollo de herramientas de telemedicina Comunicación entre niveles asistenciales
Resultados	Resultados Intermedios	Control y seguimiento de pacientes Coordinación/continuidad Reconfiguración asistencial Colaboración Interprofesional
	Resultados finales	Satisfacción de pacientes Satisfacción de profesionales Accesibilidad Efectividad clínica/calidad de vida Eficiencia



# EJE 1: ESTRUCTURA (Ítems)

Recursos  
Económicos

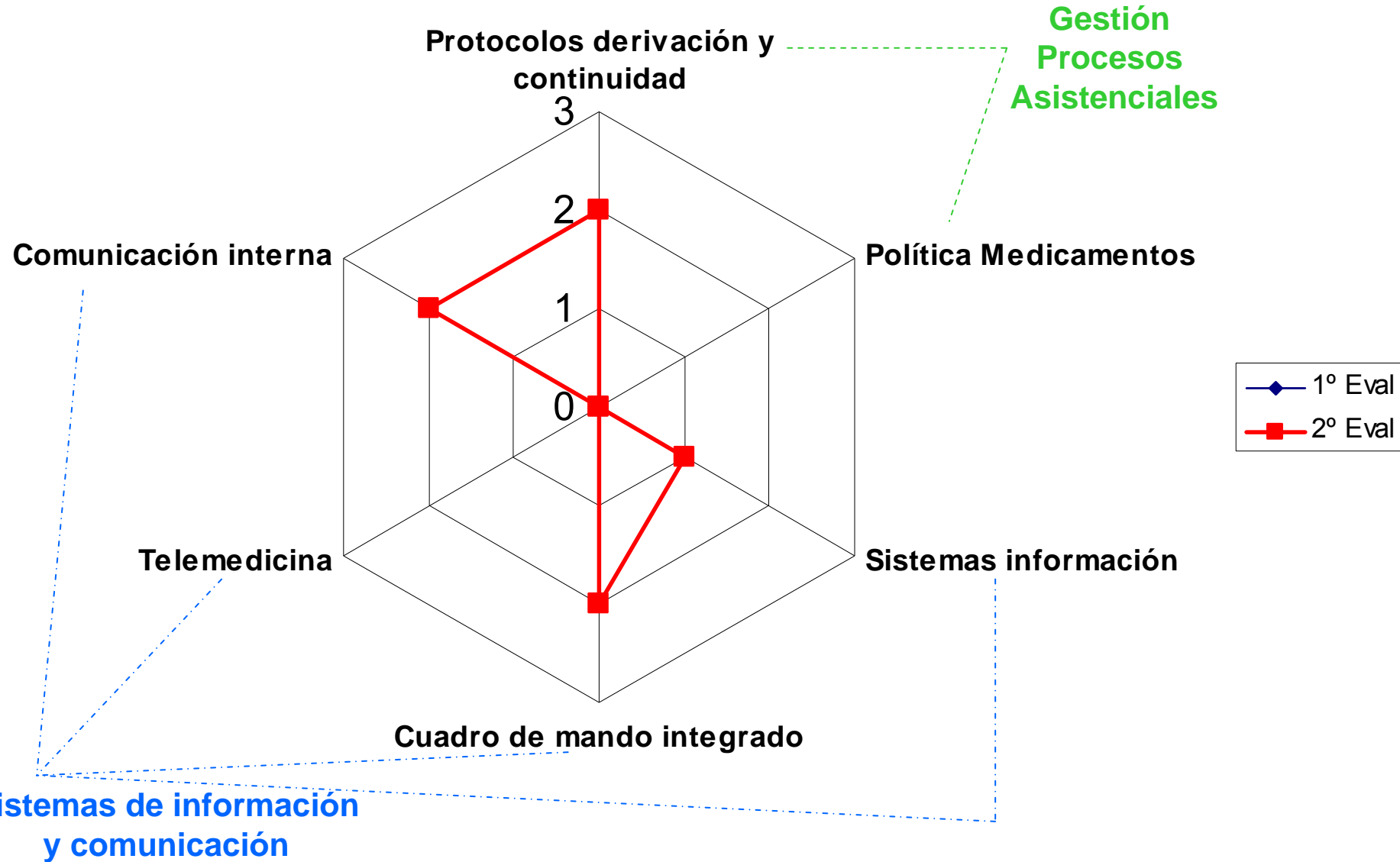
Estrategia



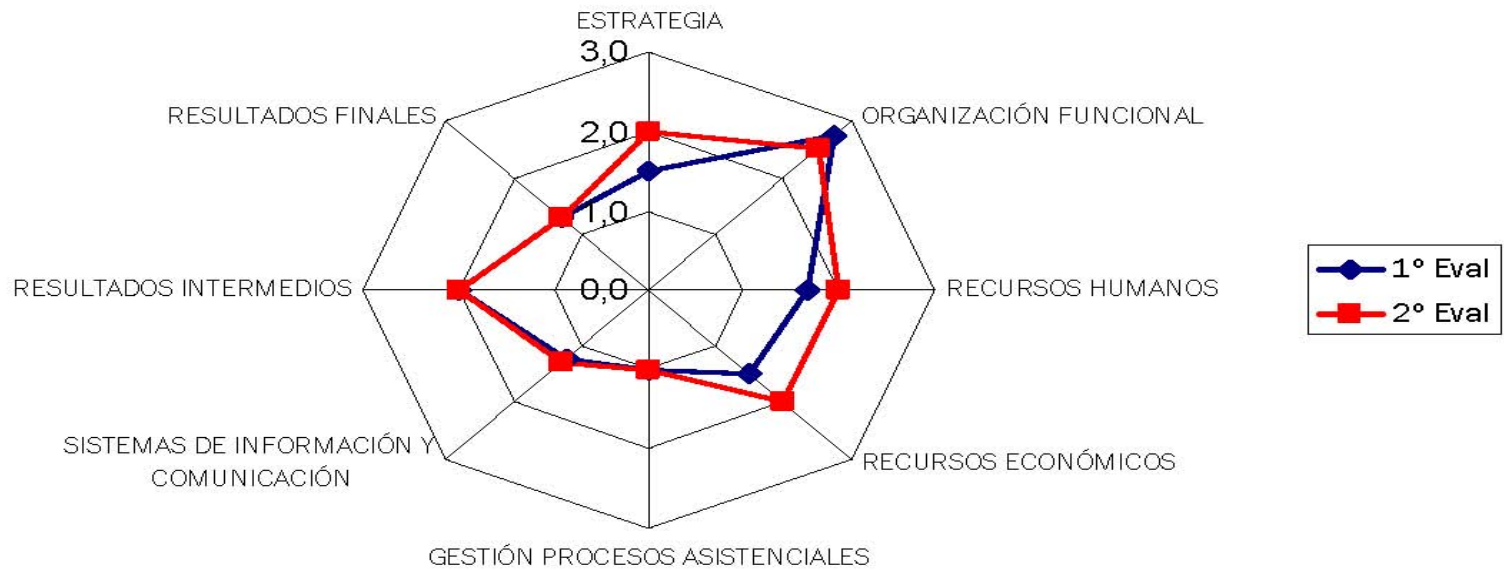
Recursos  
Humanos

Organización  
funcional

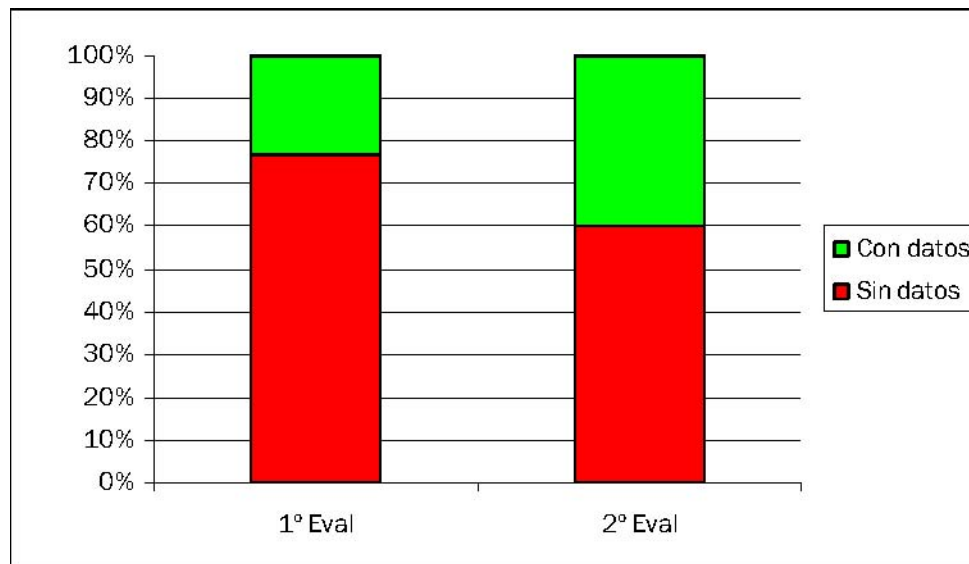
# EJE 2: PROCESOS (Ítems)



## EVOLUCIÓN PUNTUACIÓN 2011 (1º Y 2º EVALUACIÓN)



## Evolución sistema de información: Datos obtenidos del EJE 3. Resultados



# RESULTADOS DE LA RECONFIGURACIÓN ASISTENCIAL

1. Equilibrio de la atención hospitalaria en un modelo comunitario
  - a. Cartera de servicios con camas de Agudos, Subagudos y Rehabilitación
  - b. Disminución de camas de larga estancia y residenciales (77 camas)
2. Desarrollo del ámbito comunitario sanitario
  - a. Incremento de plazas Hospitales de Día (De 300 a **368** plazas)
  - b. Incremento de plazas en dispositivos de Tratamiento Asertivo Comunitario (De 30 a **125** plazas)
  - c. Desarrollo de TAC para personas sin hogar en Bilbao (40 plazas)
  - d. Plan de atención psiquiátrica en violencia de género (Bilbao y en fase de desarrollo en Barakaldo)

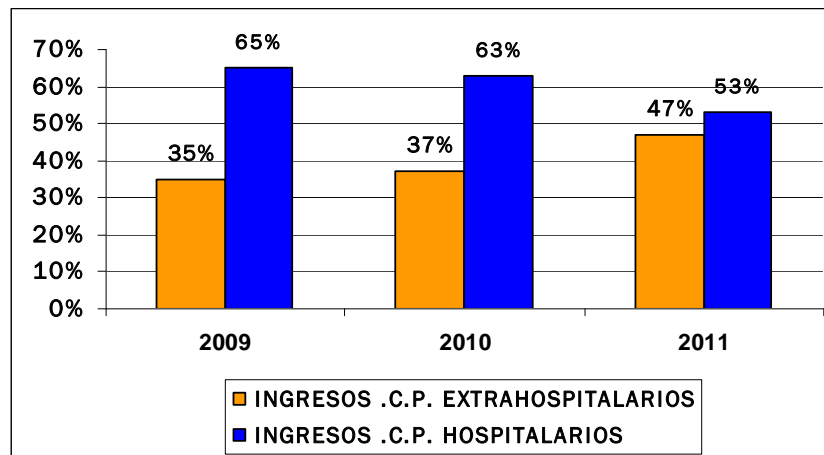


3. Desarrollo del espacio socio-sanitario (en coordinación con la Dirección Territorial de Sanidad)
  - a. Incremento de plazas pisos (20 nuevas plazas)
  - b. Incremento de plazas en mini-residencias (25 nuevas plazas)
  - c. Acuerdos con Diputación Foral de Bizkaia para discriminación positiva de pacientes de salud mental en residencias normalizadas
  - d. Acuerdos de gestión conjunta de listas para acceso a dispositivos sociosanitarios
  - e. Establecimiento de un sistema de alianzas con instituciones del 3º Sector (AVIFES, ERAGINTZA, BIZITEGI, ARGIA)
  - f. Próximo acuerdo con VVMM y AVIFES (6 plazas en vivienda normalizada)
4. Desarrollo de proyectos piloto para la atención del trastorno mental común mediante un modelo colaborativo con Atención Primaria





5. Consolidación de programas dirigidos a poblaciones con mayor necesidad de control clínico que permitan la mejora de la efectividad clínica y la calidad de vida
  - a. Atención al trastorno mental grave del niño y adolescente
  - b. Primeros episodios psicóticos
  - c. Atención al trastorno mental grave de curso crónico
6. Cambio del modelo de financiación de la RSMB para acompañar la reconfiguración asistencial hacia un modelo comunitario



- a. Incremento del 12% en la financiación de programas de carácter comunitario
- b. 42% de la financiación del Anexo II del CP corresponde al desarrollo de la Estrategia de Crónicos impulsada por el Departamento de Sanidad



# PLAN DE INTERVENCIÓN POBLACIONAL

## GESTIÓN DE CASO: TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

Indicador	Estandar
Identificación de pacientes TMG.	Si
Listado validado de pacientes que cumplen criterios TMG	Si
<b>EFECTIVIDAD 15</b>	
Creación de programa de atención al TMG en el CSM	SI
Gestor de caso en CSM	SI
% de pacientes TMG atendidos en alternativas a hospitalización incluidos en Gestión de Caso (TAC+HD)	90%
Nº de pacientes TMG atendidos en CSM incluidos en Gestión de Caso	400
% pacientes TMG en gestión de caso con PIR actualizado	100%
Existencia de coordinación con AP en la atención a pacientes con patología orgánica crónica	SI
<b>EFICIENCIA 15</b>	
% de pacientes TMG en gestión de caso que precisan ingreso hospitalario	<15%
% de días de ingreso consumidos sobre total de días posibles (Sumatorio de días de ingreso de todos los pacientes TMG en gestión de caso/Nº de días del periodo a estudios x nº de pacientes TMG en gestión de caso)	<4%
% de pacientes TMG en gestión de caso atendidos en urgencias de psiquiatría	MEDIR



# PLAN DE INTERVENCIÓN POBLACIONAL

## GESTIÓN DE ENFERMEDAD: TRASTORNO MENTAL GRAVE DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

Indicador	Estandar
Identificación de pacientes TMG-NA. Listado validado de pacientes que cumplen criterios TMG-NA.	Si
<b>EFFECTIVIDAD</b>	
% pacientes con 1º consulta en programa TMG-NA ≤30 días	≥95%
% pacientes con diagnóstico <3 meses	100%
% pacientes con Plan Individual de Tratamiento ≤1mes tras valoración diagnóstica	100%
% pacientes con PAI ≤2meses tras valoración diagnóstica	100%
% pacientes con PIT y PAI revisado cada 6 meses	100%
%pacientes TMG-NA en tratamiento intensivo	38,6%
<b>EFICIENCIA</b>	
% pacientes que precisan ingreso hospitalario (Se puede medir cruzando con BD de Basurto)	Medir
<b>RESULTADOS EN SALUD</b>	
Diferencia de puntuación Ingreso-Alta (Escala CGAS)	Medir
% pacientes que abandonan el programa <9 meses	<10%



# PLAN DE INTERVENCIÓN POBLACIONAL

## GESTIÓN DE ENFERMEDAD: PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS (PEP)

Indicador	Estandar
Identificación de pacientes PEP. Listado validado de pacientes que cumplen criterios PEP.	Si
<b>EFFECTIVIDAD</b>	
% de pacientes vistos en 1º consulta en <72 horas	100%
% de pacientes citados para consulta en <7 días tras hospitalización	100%
Programa de cribado de factores de riesgo y enfermedades crónicas en CSM y seguimiento en AP. Diseño y despliegue	SI/NO
% de pacientes que reciben psicoeducación	MEDIR
% pacientes con Plan Individual de Tratamiento en <2 meses tras ingreso	100%
% pacientes con escala PSP (semestral el 1º año; anual después)	90%
<b>EFICIENCIA</b>	
Tiempo de psicosis sin tratar (DUP)	MEDIR
% pacientes que precisan hospitalización	<20%
<b>RESULTADOS EN SALUD</b>	
% pacientes que cumplen criterio de remisión tras 1 año / 2 años de ingreso en el programa	≥20%
% pacientes que abandonan el programa <1 año	<20%



## RESULTADOS

Tras la segunda de evaluación de la integración de la RSMB muestra un **alto grado de avance en Estructura** (estrategia única, alianzas sociosanitarias, organigrama matricial con dirección única, comisiones conjuntas, unidades de gestión clínica transversales, presupuesto y contrato de gestión único); **medio en Procesos** (protocolos de derivación entre dispositivos, no se ha desarrollado prescripción conjunta, HC electrónica incipiente, carencias en comunicación interna); y **bajo en Resultados** principalmente debido a la falta de indicadores intermedios (de gestión de enfermedades y casos; coordinación/continuidad asistencial) y finales (efectividad clínica; calidad de vida de los pacientes). No se ha podido estudiar la satisfacción de pacientes y profesionales al encontrarse los cuestionarios en fase de validación.



## CONCLUSIONES

La evaluación de la efectividad de la integración de la RSMB va a permitir avanzar hacia un “sistema asistencial ideal”. Señala el camino a seguir para desarrollar un modelo asistencial basado en necesidades de salud poblacional que coordina e integra la atención en un continuo. Además, es esperable que fomente la cultura evaluativa entre los profesionales asistenciales al incluir indicadores de resultado clínico.





**Eskerrik asko zure arretagatik**

**Gracias por su atención**

