

# 1

## La estratificación como herramienta para avanzar en la gestión poblacional

Patricia Arratibel Ugarte





**Patricia Arratibel Ugarte**

Deusto Business School Health (Universidad de Deusto). Bilbao

## Índice

1. El reto de la sostenibilidad de los sistemas de salud
2. Tendencia en los sistemas de salud avanzados:  
sistemas de salud en clave de gestión poblacional
3. Nuevos procesos de gestión e innovación
4. Nuevas herramientas para gestionar la salud de las  
poblaciones
5. Conclusiones
6. Bibliografía

# 1. El reto de la sostenibilidad de los sistemas de salud

Los retos a los que se enfrenta el sector sanitario en el siglo XXI son enormes. Factores clínicos, demográficos, epidemiológicos y tecnológicos, y una expectativa creciente de los ciudadanos, presionan a los sistemas sanitarios sometiéndolos al mayor *stress test* de su historia.

Todos estos factores inciden sobre la economía del sector. Por tanto, conseguir que los sistemas sanitarios sean sostenibles en el tiempo es el principal reto al que se enfrentan los gobiernos.

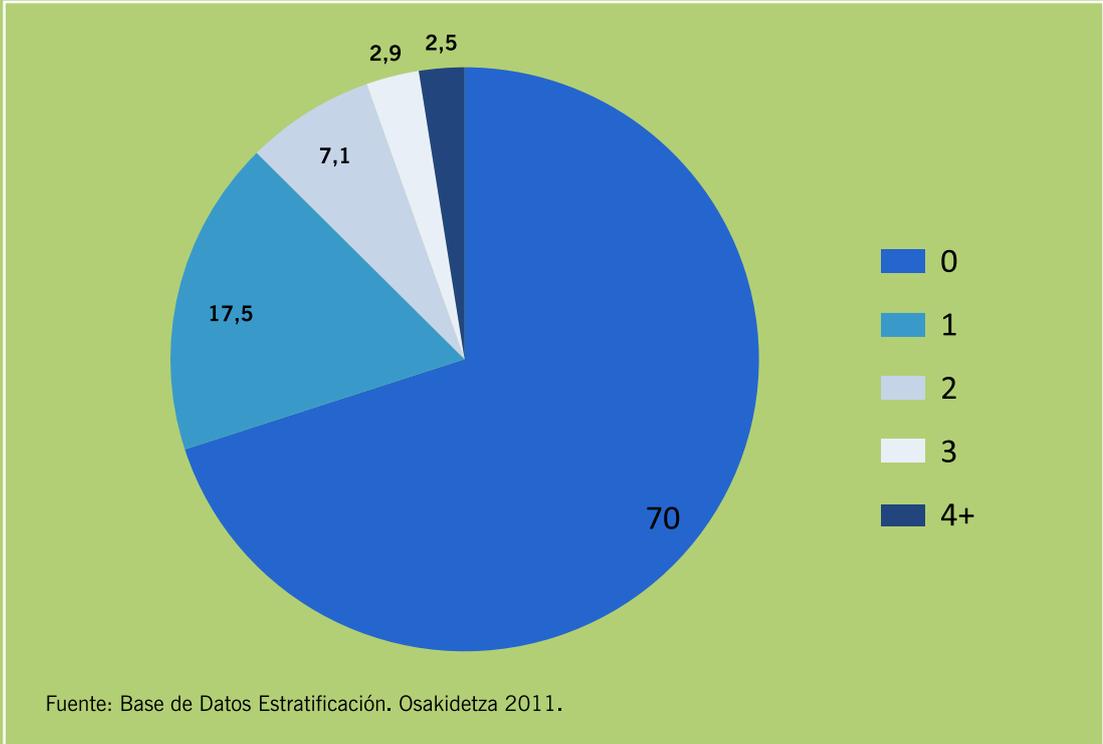
Sirvan de ejemplo algunos datos de la Comunidad Autónoma del País Vasco para ilustrar esta situación:

- El 30% de la población vasca ya es crónica (Figura 1).
- En el año 2040 se duplicará el número de pacientes crónicos mayores de 65 años (Figura 2).

- Cada vez tenemos más **enfermos crónicos** y más complejos (Figura 3).
- A medida que aumentan las enfermedades crónicas, el coste para el sistema sanitario se incrementa (Figura 4).
- El 5% de la población consume el 35% de los recursos (Figuras 5).
- El 61% del gasto total corresponde al nivel asistencial especializado.
- Cuanta más morbilidad, más gasto en recursos en el nivel especializado.
- El 15% de las urgencias se convierten en ingresos.
- El 50% de los ingresos son “no programados”.

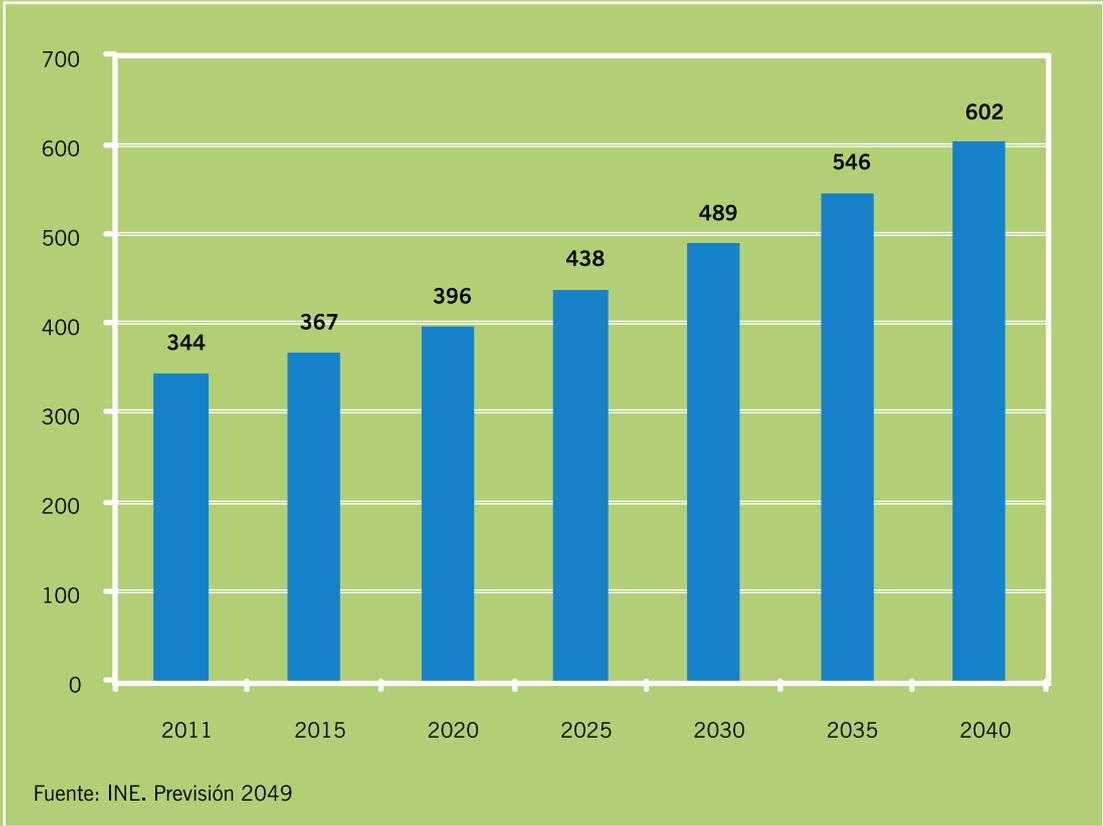
En este contexto, es fácil prever cuál será la evolución del gasto sanitario en los próximos

# F01



**Figura 1.**  
Distribución de la población en función del número de enfermedades crónicas.

# F02



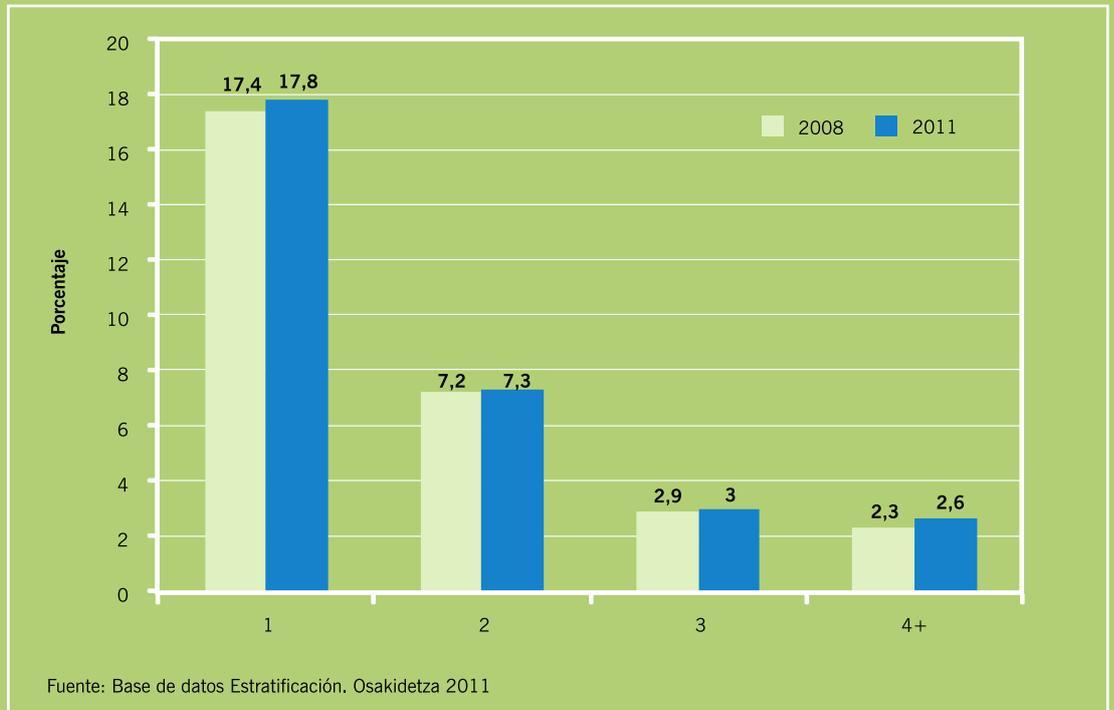
**Figura 2.**  
Previsión de la evolución del número de enfermos crónicos mayores de 65 años en el País Vasco.

Fuente: Base de Datos Estratificación. Osakidetza 2011.

# F03

**Figura 3.**

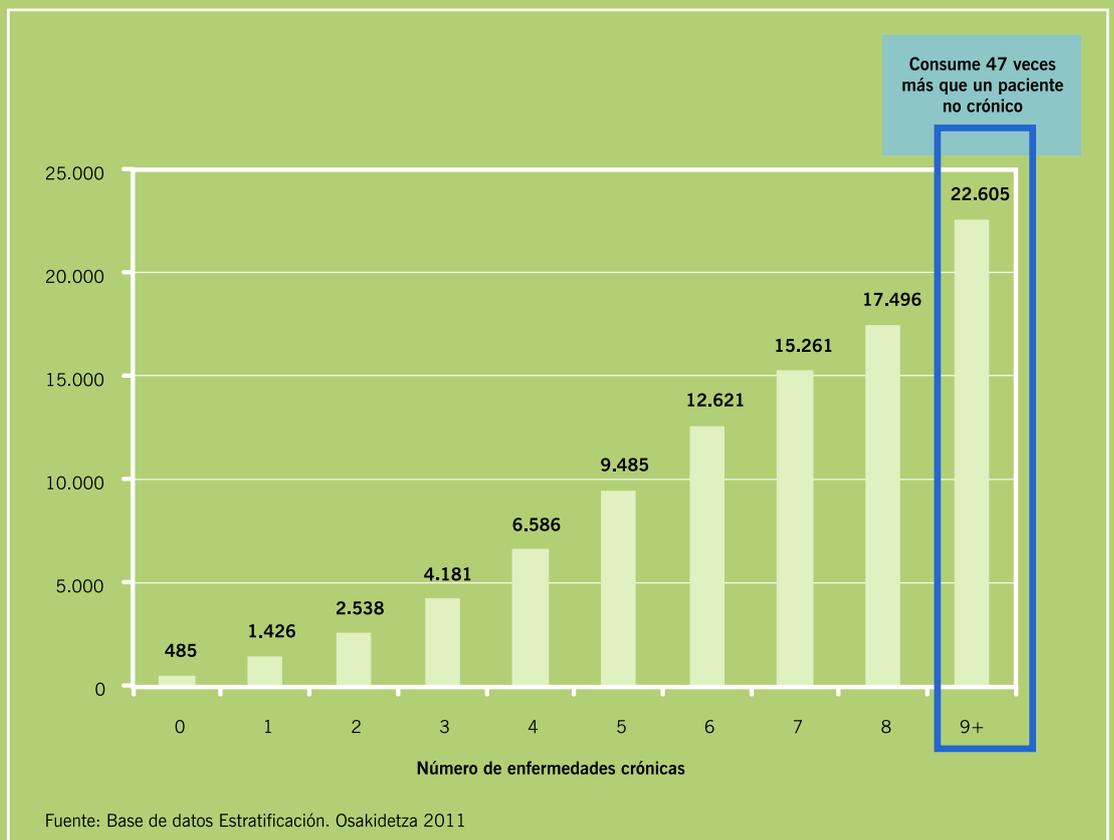
Número de patologías crónicas en población mayor de 14 años.



# F04

**Figura 4.**

Enfermedades crónicas y coste avanzado.





**Figura 5.**

El gasto sanitario desde una perspectiva poblacional.

RUB	Nº personas	% Población	Primaria	Prescripciones	Especialidad (sin ingreso)	Urgencias Hospital	Ingresos
5	23.883	1%	6,3%	7,6%	6,7%	2,5%	77%
4	80.168	3,5%	12,4%	11,4%	11,7%	4%	60,3%
3	720.644	31,4%	27%	20,6%	17,7%	4%	30,7%
2	527.441	23%	36%	19%	20,6%	7%	17,5%
1	311.862	13,6%	35%	24%	27,5%	11%	2,6%
0	628.303	27,4%					
<b>Total</b>		<b>2.292.301</b>	<b>100%</b>				

RUB: grupos de personas según grado de morbilidad (0 = menos mortalidad, 5 = máxima mortalidad)  
 Fuente: Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitaria (2012).

años. Sin embargo, la crisis económica nos ha enseñado que la disponibilidad de recursos no irá en proporción a las necesidades del modelo actual.

Considerando lo hasta ahora expuesto, es necesario modificar el *statu quo* y explorar nuevas

respuestas que permitan afrontar tales retos. Únicamente una gestión más eficiente de los recursos ya no es suficiente para dar respuesta a la complejidad del momento. Abordar una profunda transformación en el sector es inevitable por razones demográficas, epidemiológicas, de calidad y económicas, entre otras.

## 2. Tendencia en los sistemas de salud avanzados: sistemas de salud en clave de gestión poblacional

Por todo lo anterior, los sistemas sanitarios de todo el mundo están inmersos en la que puede calificarse como la reforma más importante en décadas. El objetivo general de estos cambios es mejorar los resultados de salud y la calidad de los cuidados, asegurando simultáneamente la sostenibilidad del sistema desde un punto de vista económico.

Estos procesos de transformación son complejos: implican no sólo preparar u orientar el sistema sanitario hacia una mejor gestión de los pacientes, sino además prepararlo para que esa gestión pueda realizarse en **clave poblacional** y del modo más eficiente posible.

Y es que hoy en día la mejor prestación de cuidados y gestión de pacientes, los mejores resultados poblacionales en salud y con-

seguir la eficiencia son tres objetivos que se encuentran “desalineados” en los sistemas de salud.

Diferentes agentes buscan la consecución de cada uno de ellos. Así, los expertos en lo que denominamos “salud pública” orientan sus intervenciones hacia la consecución de mejores resultados poblacionales; los clínicos se esfuerzan día a día en mejorar la prestación y la calidad de la medicina, y en procurar una gestión adecuada de los pacientes; y los directivos y gestores del sistema han puesto el foco de sus decisiones en la obtención de eficiencias. Por tanto, se hace necesario alinear estos objetivos. Y hacerlo conlleva un proceso complejo a medio plazo, pero inevitable si se quiere conseguir un sistema de salud sostenible y de calidad.

Los países y los entornos locales que están iniciando apuestas estratégicas por transformar sus sistemas de salud y orientarlos hacia las nuevas necesidades utilizan como marco estratégico la “triple meta”, para ensamblar los tres objetivos mencionados en todos los niveles del sistema. Se considera el marco estratégico clave para avanzar en la senda de estas reformas. Ayuda a los directivos a pensar en términos de **sistema** y con una **visión de salud poblacional**, dos elementos que hasta ahora han brillado por su ausencia en la agenda de políticas sanitarias.

Y es que el actual modelo de provisión de nuestro sistema sanitario está centrado en “estructuras” y no “en el paciente”. Es un modelo fragmentado, reactivo, paternalista y que ha evolucionado a través del desarrollo de un liderazgo vertical y de un sistema de financiación que ha puesto el foco en el desarrollo de actividades y estructuras.

Tenemos que ser capaces de ir evolucionando hacia un modelo basado en **sistemas**, en el cual los diferentes agentes que proveen asistencia sanitaria colaboren en el ámbito local para sumar sus esfuerzos y buscar eficiencias en pro de la mejora de los resultados de salud de su población diana o de cobertura. Es decir, un modelo de provisión que funcione con **visión poblacional**, esto es, que planifique y desarrolle la atención a su población según el grado de morbilidad (estratificación del riesgo), y de manera complementaria, **coordinada** e integrada entre los diferentes prestadores de asistencia. Un modelo que sea valorado en función de los **resultados en salud que consiga** (no en función de la cantidad de actividad que sea capaz de desarrollar); es decir, trabajar por mejorar la atención clínica y social, favoreciendo la salud, la accesibilidad, la seguridad y la satisfacción de

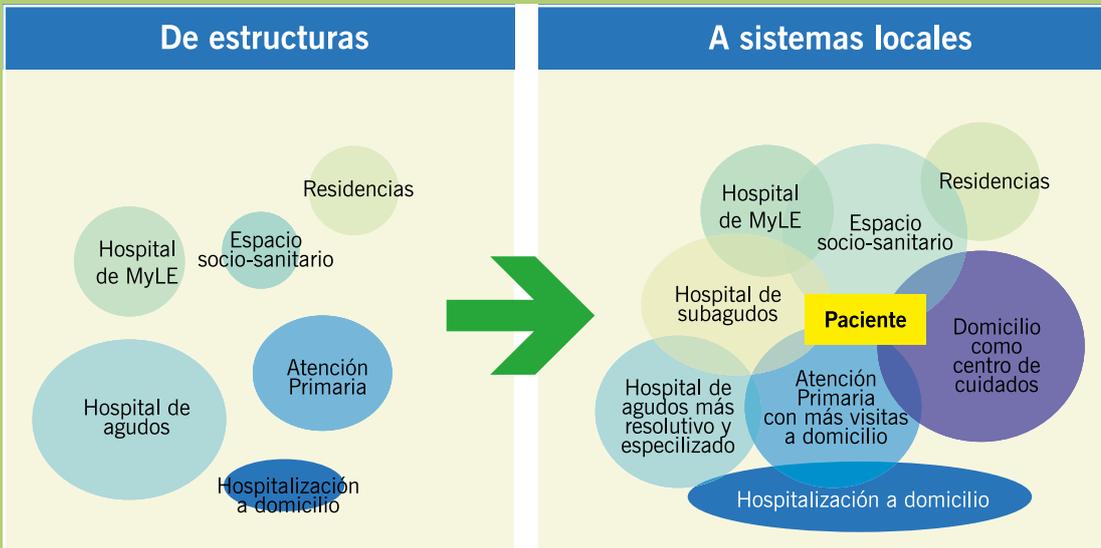
las personas, y respondiendo a las necesidades de atención de los pacientes. Un modelo de provisión que además sea capaz de identificar y obtener **eficiencias** en el ámbito local, como consecuencia de un uso más eficiente de los recursos evitando duplicidades y dando respuesta a los problemas en el nivel más eficiente para cada problema o necesidad de salud.

Este nuevo sistema se caracteriza por reordenar la atención asistencial poniendo el **foco en el paciente**, ayudándolo a ser corresponsable de su salud y empoderándolo en esta función.

Está claro que esta transformación precisa, asimismo, un nuevo liderazgo mucho más descentralizado que cuente con la capacidad de todos los agentes del sector para lograr su transformación, y requiere también un nuevo sistema de asignación de los recursos que premie la obtención de resultados en salud frente a la generación de volúmenes de actividad.

El nuevo modelo de atención emergente en España es el de un sistema de salud centrado en el paciente, de mayor calidad y más eficiente. Este modelo presupone más salud y mejores cuidados a un menor coste. Se empieza a observar, así, una tendencia general por favorecer e impulsar la creación de algún tipo de organización local de prestadores de servicios y cuidados que haga posible todo lo anterior. Una nueva organización local de prestadores más conectada, basada en la gestión de “sistemas” versus la tradicional gestión de “estructuras” que ha caracterizado el funcionamiento de nuestro sistema nacional de salud las últimas décadas y cuyo objetivo final sea mejorar poblacionalmente la salud de la población de referencia a la que atienden (Figura 6).

# F06



**Figura 6.** La transformación del sector salud: de un sistema sanitario centrado en “estructuras” a otro centrado en “el paciente”.

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estructuras y servicios sanitarios</li> <li>• Fragmentado</li> <li>• Reactivo, episódico</li> <li>• Paternalista</li> <li>• Acceso presencial</li> <li>• Liderazgo vertical</li> <li>• Financiación actividad</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• PACIENTE: organizado en torno a él y su trayectoria de atención</li> <li>• Continuidad y coordinación asistencial</li> <li>• Proactivo en la atención</li> <li>• Paciente responsable y emponderado en el conocimiento y gestión de su enfermedad</li> <li>• Acceso presencial y a distancia, gracias a la potencialidad de las tecnologías</li> <li>• Liderazgo distribuido</li> <li>• Financiación por resultados de salud</li> </ul> |
|---|--|

Fuente: Deusto Business School Health

### 3. Nuevos procesos de gestión e innovación

Los sistemas que han iniciado el proceso de cambio están incorporando una batería organizada de procesos gerenciales y organizativos que les permita dotarse de la capacidad necesaria para poder organizarse y prestar servicios en clave poblacional. A modo de ejemplo, en el año 2009 se puso en marcha en el País Vasco la “Estrategia para afrontar el resto de la cronicidad en Euskadi”.

Para cambiar el estado actual era necesario intervenir con un **enfoque multidimensional**, usando todas las “poleas de cambio posibles” para orientar y ayudar a los proveedores de asistencia sanitaria hacia su organización en **sistemas** locales de atención (Figura 7).

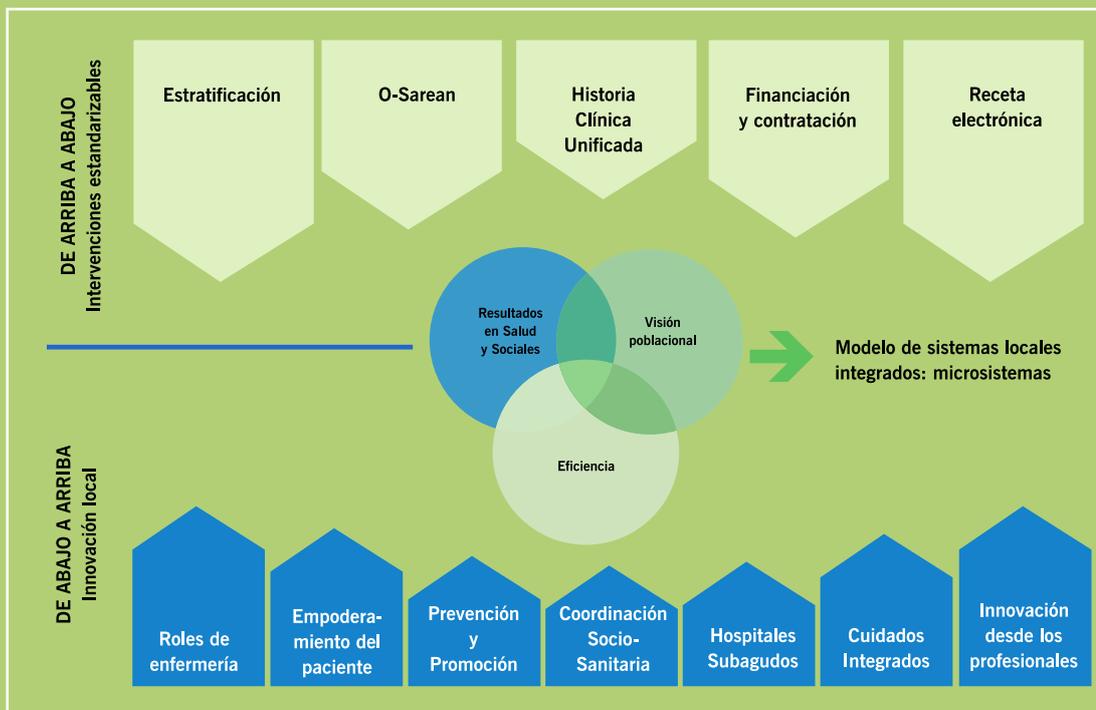
Se entiende por sistema local de salud o “micro-sistema” el conjunto de agentes que intervienen sobre una población de forma coordinada, aportando el **continuo asistencia**, compartiendo responsabilidad sobre los resultados en salud de dicha población y buscando eficiencias. Las tres características que los identifican son:

- La coordinación de proveedores de servicios sanitarios con responsabilidad compartida.

- La búsqueda de objetivos estratégicos con lógica poblacional según la estratificación del riesgo.
- La generación de mejoras de atención y de salud, así como de eficiencias económicas en su funcionamiento.

Las diferentes iniciativas que han surgido, como la descrita del País Vasco, se han centrado en reforzar el nivel asistencial comunitario, de modo que puedan prestarse más servicios fuera de los hospitales.

La pluralidad de iniciativas surgidas en los países que están aplicando esta línea de trabajo es tan variada como sistemas sanitarios hay en Europa; cada uno está tratando de moldear estos nuevos procesos adaptándolos a su propia realidad. También su grado de implantación difiere en gran medida: en muchos países se trata de simples experiencias piloto, mientras que en otros se ha avanzado más en la escalabilidad de ciertos programas y existe un compromiso más fuerte desde el campo de las políticas.



**F07**

**Figura 7.**

Proyectos de la estrategia de la cronicidad.

## 4. Nuevas herramientas para gestionar la salud de las poblaciones

Uno de los cambios más importantes que se producen en estos procesos de transformación es pasar de gestionar pacientes de modo individual por cada provisor de asistencia (atención primaria, hospitalaria, subagudos, larga estancia, espacio sociosanitario, ámbito social) a **compartir objetivos de mejora de la salud de la población de referencia** (gestión en clave poblacional).

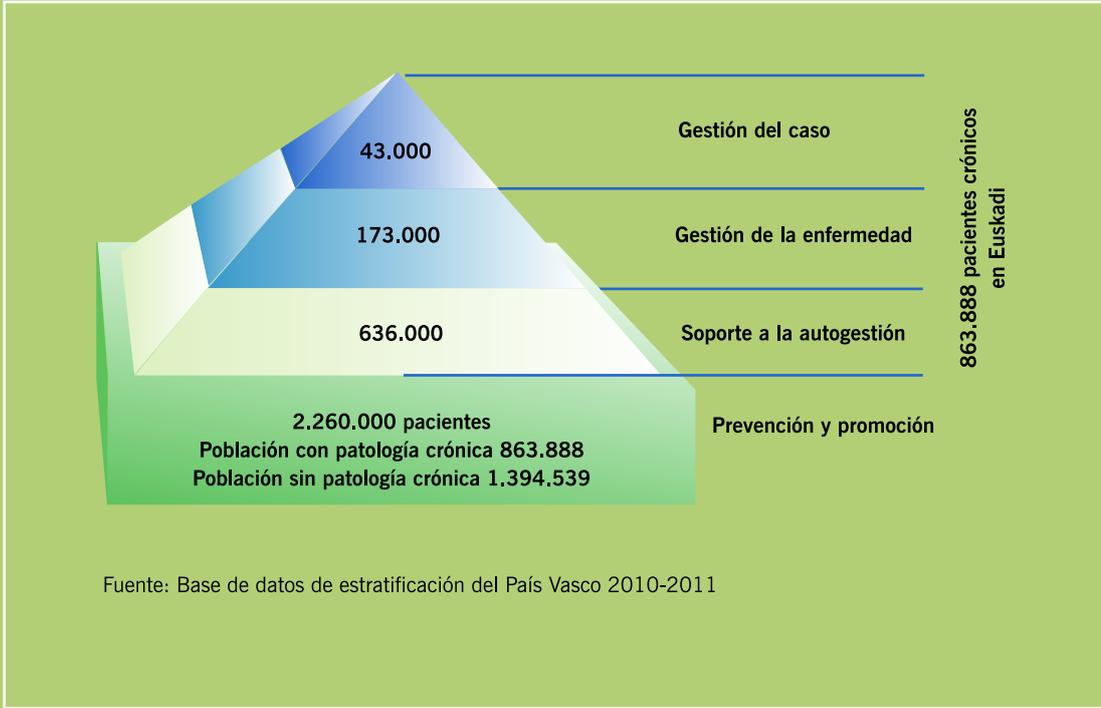
Para poder asumir con garantía de éxito este cambio de concepto entre los proveedores de asistencia es necesario desarrollar herramientas que faciliten dicha **gestión de la salud en clave poblacional**. Nos referimos, por ejemplo, al desarrollo de **procesos de estratificación poblacional según el riesgo en salud**.

La estratificación realiza una clasificación prospectiva de la población basada en la identificación de necesidades futuras de cuidados sanitarios, a partir del nivel de complejidad y de la comorbilidad de las personas. La estratificación de la población permite clasificar a

los pacientes en función de su morbilidad según las patologías más prevalentes, y seleccionar aquellos con necesidades y patologías similares, favoreciendo una atención proactiva e integrada con intervenciones concretas (Figura 8).

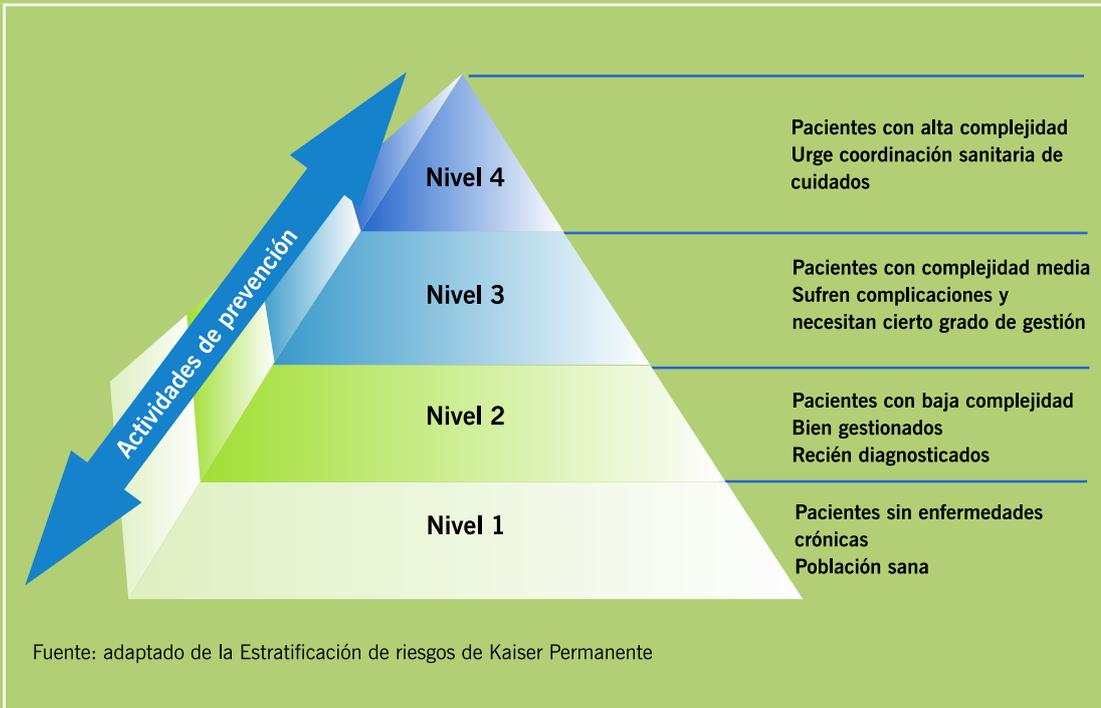
En España, cada vez hay más comunidades autónomas avanzando en esta dirección. Y es que disponer de la población de referencia estratificada según su riesgo en salud permite planificar y definir intervenciones adaptadas y focalizadas hacia grupos poblacionales concretos. A modo de ejemplo, el País Vasco fue la comunidad pionera, en el año 2012, en definir objetivos de salud poblacionales (frente a individuales) para los diferentes prestadores de servicios en cada sistema local de salud e iniciar un nuevo proceso de asignación de los recursos económicos vinculado al cumplimiento de dichos objetivos, gracias al desarrollo de su proceso de estratificación poblacional; fue lo que se denominaron *Planes de intervención poblacionales*.

# F08



**Figura 8.** Distribución de la población del País Vasco en función de la estratificación del riesgo en salud.

# F09



**Figura 9** Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi (Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco).

Estos planes permitieron por primera vez definir y planificar conjuntamente, entre todos los agentes sanitarios que atendían una población local (centros de atención primaria, hospital, centros de subagudos y centros de media y larga estancia), objetivos e intervenciones específicas dirigidas a grupos de pacientes diana en cada estrato de la pirámide de riesgo (Figura 9).

Así, las prioridades de intervención con la población sana, esto es, la población ubicada en la base de la pirámide y que representa el mayor volumen de la población de un micro-sistema o sistema local de salud, en aquellos momentos fueron incrementar el cribado y el consejo antitabáquico y aumentar la vacunación antigripal. En este nivel de atención, se hace especialmente importante la actividad local coordinada de los agentes sanitarios, el resto de los agentes comunitarios y las políticas de salud pública.

Respecto a la población que se sitúa en el segundo nivel de morbilidad (autogestión), esto es, la población que ha sido recién diagnosticada de una enfermedad crónica, que presentan baja complejidad y están bien gestionados, se priorizó realizar un seguimiento mayor de su riesgo cardiovascular, aumentar las tasas de vacunación antigripal, aumentar las tasas de deshabituación tabáquica, aumentar la actividad física y el seguimiento de la dieta especialmente de las personas diagnosticadas de diabetes, así como aumentar el número de pacientes activos entre la población diabética ubicada en el nivel de autogestión.

Avanzando un nivel más en la morbilidad de la población se sitúan las personas que presentan una complejidad media, pero que sufren complicaciones y precisan cierto grado de gestión. Es a partir de este nivel cuando,

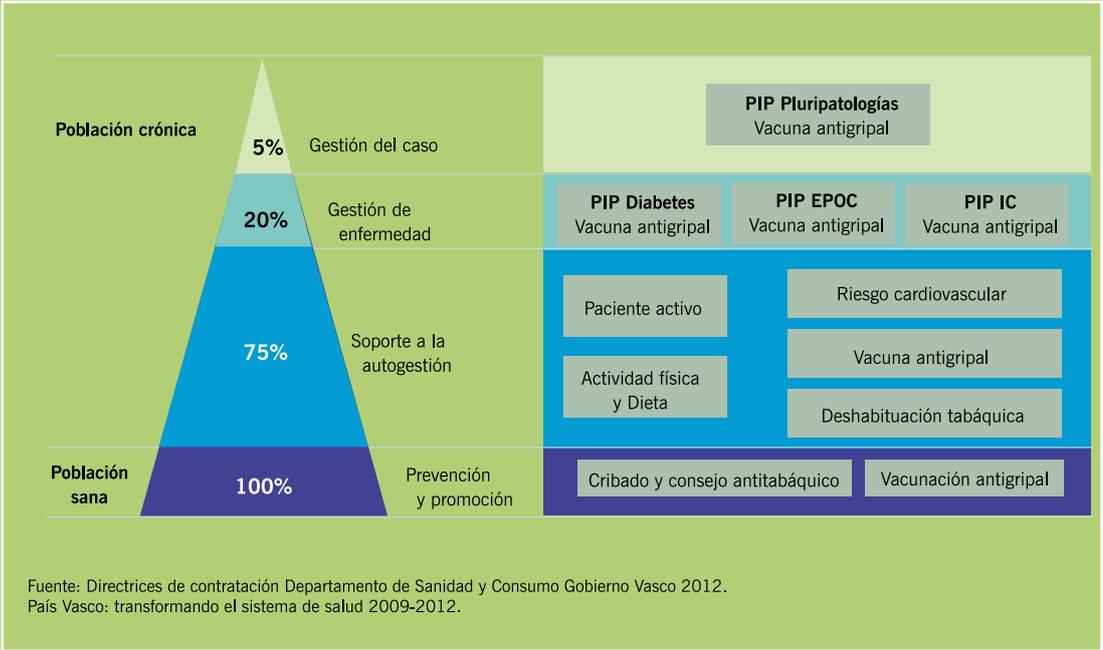
de manera especial, la actividad coordinada e integrada de los diferentes agentes que proveen atención sanitaria es más oportuna y necesaria para garantizar la continuidad de los cuidados. Se priorizaron en este nivel la diabetes, la insuficiencia cardiaca y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Por último, en la cúspide de la pirámide poblacional de cada microsistema se encuentran los pacientes con alta complejidad, aquellos para los que, debido a su estado de salud, urge la coordinación sanitaria y sociosanitaria de cuidados. En este colectivo se ubican, entre otros, los pacientes pluripatológicos, y son el colectivo priorizado para intervenir durante el año 2012 con la definición y la implementación de un plan de intervención poblacional para pacientes pluripatológicos (Figura 10).

Para seleccionar los grupos de población sobre los que intervenir en cada nivel de riesgo se utilizó la base de datos de estratificación que contenía la información capturada desde Osabide atención primaria (diagnósticos y tratamientos) y el CMBD (conjunto mínimo básico de datos) hospitalario. A partir del agrupador ACG Grouper (*Adjusted Clinical Groups*) se calculó un índice de coste predictivo (IP) o estimación del gasto sanitario que presentará cada paciente el año siguiente, en el que la unidad es la media del gasto del año anterior. Esta base fue depurada eliminando los casos de pacientes fallecidos e inactivos mediante su cruce con la base de datos de la tarjeta individual sanitaria, así como procediendo a la eliminación de determinados diagnósticos que distorsionan las poblaciones diana de cada microsistema, especialmente por tratarse de personas atendidas en centros de referencia de la comunidad autónoma (por ejemplo, neoplasias, inmunosupresión o insuficiencia renal crónica).

# F10

**Figura 10.** Definir y desarrollar estrategias de intervención por cada segmento o estrato de población.



Sin embargo, estas herramientas de estratificación no sólo facilitan la definición de intervenciones más ajustadas y focalizadas en grupos específicos de personas según su riesgo en salud, sino que también **ayudan a trabajar conjuntamente y en equipo a los diferentes profesionales que componen hoy nuestros sistemas sanitarios**, que tradicionalmente han trabajado de manera independiente, con lo que aumentan las posibilidades de intervención y de desarrollo de mejoras. A modo de ejemplo, los profesionales que trabajan en el área de salud pública mejorando día a día la epidemiología de la población, o las personas que desarrollan actividad asistencial o práctica clínica en contacto diario con los pacientes (clínicos, personal de enfermería, auxiliares...). Ambos grupos no comparten de manera natural muchos espacios de trabajo conjuntos, o al menos no todos los posibles. Hay casos en que verdaderamente es natural que se reúnan para mejorar intervenciones que realizan conjuntamente, por ejemplo intervenciones de prevención, como puede ser la vacunación contra la gripe. Sin embargo, esto no ocurre en otras áreas, como son el diseño y el desarrollo de intervenciones para la mejora de la diabetes, la hipertensión u otros problemas de salud. El potencial recorrido de mejora en la definición de intervenciones poblacionales en las que puedan participar de manera conjunta ambos perfiles profesionales es muy largo.

En España tenemos desarrolladas las herramientas que permiten estratificar el riesgo de los pacientes, y estamos más y mejor preparados que antes para diseñar e implementar intervenciones poblacionales en ámbitos locales. Una vez que un entorno sanitario tiene estratificada su población, le es factible llevar a cabo intervenciones dirigidas a proteger y cuidar a los grupos de riesgo más

vulnerables, es decir, puede llevar a cabo actuaciones a nivel poblacional y, por tanto, se facilita el desarrollo de la protección social. Adicionalmente, esto permite **colaborar con otros agentes que componen el ámbito comunitario** y que no necesariamente forman parte del sector salud, pero que comparten la responsabilidad de desarrollar condiciones locales para que la población sana pueda seguir estándolo el mayor tiempo posible, y para que la población que debe cuidar de un modo más especial su salud también pueda hacerlo en las mejores circunstancias. Nos referimos a ayuntamientos, asociaciones, empresas, corporaciones y resto de agentes que contribuyen a crear y desarrollar nuestros entornos comunitarios más próximos.

Sin embargo, nuestra salud individual depende de muchos factores, entre ellos, de nuestros comportamientos y hábitos. Algunos de estos comportamientos están bajo nuestro control individual, pero otras veces nuestros comportamientos están limitados por factores fuera de nuestro control inmediato, como por ejemplo vivir en un barrio con una ubicación peligrosa para poder andar o pasear, la mayor o menor accesibilidad a un establecimiento de ultramarinos donde poder comprar frutas o verduras frescas, o la proximidad de nuestra vivienda a una fábrica que genere más o menos contaminación.

Todo lo anterior es modificable por la acción coordinada y consensuada de todos los agentes responsables de crear nuestro entorno comunitario local. Por ello, cada vez más los agentes sanitarios y no sanitarios trabajan de manera coordinada para mejorar la salud de sus poblaciones. Dichas actuaciones son ejemplos de cómo gestionar poblaciones y sumar en beneficio de la sociedad.

## 5. Conclusiones

Diferentes sistemas de salud en todo el mundo están probando e implementando más y más iniciativas de colaboración multiagente en los diversos entornos locales con el objetivo de descubrir nuevos modelos de prestación de cuidados que redunden en mejores resultados de salud y mejores cuidados para sus poblaciones, y que puedan ser asumibles en los nuevos escenarios económicos del futuro.

Más y más sistemas de salud están apuntando y priorizando el desarrollo de intervenciones en aquellos grupos más vulnerables, permitiendo así mejorar la salud de estos grupos y hacer un uso más eficiente de unos recursos económicos que son limitados.

Esta tendencia de desarrollo de sistemas locales capaces de gestionar y mejorar la salud de sus poblaciones será la que mantenga ocupados a los diferentes agentes y profesio-

nales sanitarios (y no sanitarios) en los próximos años.

Todo ello va a requerir **nuevos perfiles profesionales** en el sector. De un lado, nuevos directivos y gestores que, además de poseer conocimientos de gestión avanzados en el sector, desarrollen un estilo de liderazgo nuevo, capaz de generar, potenciar y gestionar innovaciones, de sentirse cómodos con la gestión de redes y sistemas frente al tradicional control de estructuras, de aprender rápido y en constante movimiento, manteniendo siempre una visión de conjunto que aglutine varios objetivos simultáneamente. De otro lado, profesionales sanitarios que, además de mejorar permanentemente su actividad diaria, desarrollen cada vez más habilidades y competencias para trabajar en equipo y ejercer un mayor liderazgo organizativo y de gestión.

## 6. Bibliografía

- Gobierno Vasco: Departamento de Sanidad y Consumo. *País Vasco: Transformando el Sistema de Salud 2009-2012*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2012.
- Gobierno Vasco: Departamento de Sanidad y Consumo. *Innovación local como motor de la transformación del nuevo sistema de salud vasco 2009-2012*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2012.
- Gobierno Vasco: Departamento de Sanidad y Consumo. *Manual de Evaluación Planes de Intervención Poblacional: Contrato programa 2012*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2012.
- Gobierno Vasco: Departamento de Sanidad y Consumo. *Compartiendo el Avance de la Estrategia de Cronicidad: Evolución de los proyectos 2010-2012*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2012.
- Gobierno Vasco: Departamento de Sanidad y Consumo. *Consolidación del proyecto de Contratación y Financiación Sanitaria: Avances a lo largo del periodo 2009-2012*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2012.
- Gobierno Vasco: Departamento de Sanidad y Consumo. *Nuevo modelo de provisión de Euskadi: Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas y su gobernanza*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2012.
- Gobierno Vasco: Departamento de Sanidad y Consumo. *Informe sobre la evolución de los proyectos de la estrategia de cronicidad 2009-2011*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2011.
- Gobierno Vasco: Departamento de Sanidad y Consumo. *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2010.
- Orueta JF, Mateos del Pino M, Barrio Beraza I, Nuno Solinis R, Cuadrado Zubizarreta M, Sola Sarabia C. Stratification of the population in the Basque Country: results in the first year of implementation. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria* 2013;45(1):54-60.
- Rentería RB, Ugarte PA. Implementando la Triple Meta: "Lecciones" desde el ámbito directivo. *Papeles de economía española* 2014;(142):7-13.

