

Marco teóric

Marcel Prats Vilallonga

PID_00197980



Los textos e imágenes publicados en esta obra están sujetos –excepto que se indique lo contrario– a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 España de Creative Commons. Podéis copiarlos, distribuirlos y transmitirlos públicamente siempre que citéis el autor y la fuente (FUOC. Fundació para la Universitat Oberta de Catalunya), no hagáis de ellos un uso comercial y ni obra derivada. La licencia completa se puede consultar en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.es>

Índice

Introducción.....	5
1. Definición de coordinación asistencial.....	7
2. Coordinación desde un punto de vista de la eficiencia y calidad.....	9
3. Elementos necesarios previos a una atención integrada desde un punto de vista de atención primaria.....	10
4. Coordinación asistencial desde un punto de vista del paciente.....	11
5. Algunas reflexiones para una correcta coordinación.....	12
6. Nuevos problemas ante un intento de coordinación.....	13

Introducción

El motivo por el cual los países en algún momento se cuestionan sus distintos sistemas sanitarios públicos, se redefinen los conceptos en atención primaria (AP), se organizan sus distintos modelos de coordinación con atención especializada, se distribuyen sus recursos, se abordan las desigualdades en la población, se cuestionan los modelos ya existentes y se comparan con otros modelos de distinta experiencia y resultados, incluso en términos de innovaciones y contradicciones, es porque intentan todos ellos un único objetivo común: reducir la morbilidad y mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (junto al sufrimiento consiguiente), en resumen, intentan mejorar la salud, aumentar la calidad y abaratar los costes a un nivel que su sociedad se pueda permitir.

Entre las características de la atención primaria, destaca tanto el papel de *gatekeeper* como la coordinación, con capacidad de resolver la gran mayoría de los problemas que presentan los pacientes, con inmediatez y accesibilidad suficientes, y garantizando la continuidad e integración de los cuidados recibidos, integrando apropiadamente el alto valor predictivo negativo de los médicos generales al alto valor predictivo positivo de los especialistas.

Referencia bibliográfica

J. Jonay Ojeda Feo; J. M. Freire Campo; J. Gervás Camacho (2006). "La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional?". *Rev. Adm. Sanit.* (núm. 4(2), pág. 357-82).

Para poder asegurar que la AP sea el primer contacto, filtro o puerta de entrada en el sistema sanitario para la atención de la mayoría de los problemas de salud, es necesario asegurar previamente la asignación de cada una de las personas a un médico de atención primaria, asegurando una distribución geográfica homogénea de equipos de AP, tarea difícil en algunos modelos con estructuras no coordinadas entre sí.

En Europa, a pesar de que confluyen distintos modelos sanitarios, desde un modelo público (como en España, Portugal, Finlandia, Suecia. Recomendado por la Oficina Europea de la OMS) hasta un modelo mixto (como en Holanda, Gran Bretaña, Dinamarca y Noruega con equipos autogestionados, contratos de larga duración, coexistencia de la propiedad pública y privada de los CS) o un modelo privado (Italia, Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Luxemburgo, Suiza; y en los países del este de Europa), en la mayoría de los países con experiencia en el desarrollo de la AP (Dinamarca, España, Finlandia, Holanda, Irlanda, Italia, Noruega, Portugal o Reino Unido) el acceso a la atención especializada debe ser ordenada por los médicos de AP.

Referencia bibliográfica

J. Gervás (2005). "Gestión y clínica, algo más que gestión clínica". *Gac. Med. Bilbao* (núm. 102, pág. 67-69).

Referencias bibliográficas

M. Alfaro Latorre; J. Etreros Huerta; E. Terol García; F. Rico Jiménez. (2002). "Coordinación entre niveles asistenciales". *Atención Primaria en el INSALUD. Diecisiete años de experiencia* (cap. V). Madrid.

“En este sentido, estas experiencias previas en las que la atención primaria a través de sus profesionales médicos y equipos multidisciplinares atiende los problemas de salud de una población determinada como filtro de acceso al sistema sanitario han demostrado ser más efectivas y más eficientes que otros sistemas sanitarios en los que la población puede acceder a distintos dispositivos sanitarios sin necesidad de acudir al médico como puerta de entrada.”

Barbara Starfield (1994)

1. Definición de coordinación asistencial

El término *coordinación*, desde que surgió la necesidad de coordinación en el sistema de salud americano debido a su fragmentación de servicios, no tiene una definición concreta y prueba de ello es que existen publicadas más de 40 definiciones distintas. Se utilizan indistintamente términos como *coordinación*, *continuidad* e *integración asistencial* para definir básicamente la conexión de la atención que recibe un paciente desde múltiples fuentes de provisión. Entrarían dentro de las características de esta relación o gestión transversal la necesidad de participación de diferentes profesionales en la coordinación, profesionales que mantienen interdependencias, donde cada uno de ellos aporta un conocimiento complementario y acceso a distintos recursos, cuya relación se basa en el intercambio de información, y que mantienen un objetivo común: facilitar los servicios de salud apropiados y coordinados en el tiempo, modo y lugar adecuados para dar respuesta precisa a las necesidades complejas de nuestra población.

Los elementos necesarios para que haya coordinación, como paso previo a la continuidad asistencial, se podrían reducir a tres:

- la conexión de los servicios sanitarios a lo largo del continuo asistencial mediante la transferencia de información,
- un objetivo común que facilite la creación de un plan unificado de atención a los pacientes y
- la sincronización entre las partes para que la atención se preste en el momento y en el lugar adecuados.

Los instrumentos de coordinación entre niveles basados en la programación, contribuyen a mejorar la coordinación a lo largo del continuo al concretar criterios de derivación entre niveles de atención y fijar objetivos asistenciales comunes, así como determinar el nivel de atención en el que la actividad es más eficiente. Entre ellos, destacamos las guías de práctica clínica, los protocolos y las trayectorias clínicas o mapas.

Se entiende por guías de práctica clínica compartidas (GPC) las recomendaciones sistemáticas, basadas en la mejor evidencia científica disponible, que orientan las decisiones de los profesionales respecto a un determinado proceso patológico y en todos los niveles de atención, recorriendo la historia natural de la enfermedad. Se entiende por protocolos cuando se refieren a un determinado segmento del continuo asistencial, y por trayectorias clínicas o

Referencia bibliográfica

K. G. Shojania; K. M. McDonald; D. K. Owens (2007). "Closing the quality GAP: a critical analysis of quality improvement strategies". *AHRQ* (núm. 7, Care coordination).

mapas de atención cuando se establecen planes multidisciplinares de atención del paciente, acciones secuenciales, respecto a objetivos concretos, y para un tiempo determinado.

2. Coordinación desde un punto de vista de la eficiencia y calidad

La coordinación asistencial se ha convertido en una prioridad para los sistemas de salud de muchos países, especialmente para atender los problemas de salud crónicos con intervención de múltiples profesionales. La coordinación entre niveles asistenciales permite alcanzar la continuidad asistencial, reducir costes y mejorar la calidad de la atención.

En países con sistemas de salud fragmentados que compiten por afiliados, como Estados Unidos, y sistemas de salud con base en la seguridad social, se desarrollaron diferentes iniciativas, denominadas redes de servicios de salud, para ofrecer una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones a una población determinada, responsabilizándose de sus costes y resultados en salud, con objetivos finales de mejora de la eficiencia y la continuidad en la provisión, a través de la coordinación asistencial.

Referencia bibliográfica

I. Vargas Lorenzo; M. L. Vázquez Navarrete (2007). "Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña". *Gac. Sanit.* (vol. 21, núm. 2). Servei d'estudis i prospectives en polítiques de salut, Consorci Hospitalari de Catalunya, Barcelona.

Coordinación, eficiencia y calidad son términos que van unidos en el sector sanitario y de los que existen estudios que avalan su interrelación, de manera que a mayor coordinación entre los niveles del sistema sanitario (primaria y especializada) y mayor coordinación incluso con otros sectores relacionados (educación, justicia, servicios sociales, entre otros), mayor eficiencia del sistema sanitario y mayor nivel de calidad.

"Habrà que dejar de hacer (bien o mal) lo que es innecesario hacer. Y habrá que hacer bien lo que hay que hacer".

Actualmente, distintos modelos que apuestan por la integración de salud distan aún de estar orientados a facilitar la continuidad de los cuidados, manteniendo estructuras por niveles asistenciales, con funciones para los distintos profesionales y con roles todavía no sustentados en evidencias fundadas.

Referencia bibliográfica

A. Torres; R. Lledó (2001). "La coordinación entre niveles asistenciales". *Rev. Calidad Asistencial* (vol. 16, pág. 232-233). Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

3. Elementos necesarios previos a una atención integrada desde un punto de vista de atención primaria

Los elementos que aparecen a continuación son algunos de los elementos necesarios previos a una atención integrada desde la perspectiva de la AP:

- Financiación pública.
- Atención centrada en la AP.
- Población asignada en un territorio concreto.
- Sistema de registro individual.
- Delimitación del territorio y de la población de referencia.
- Conocimiento de los problemas de salud de la población asignada.
- Análisis de las unidades de salud implicadas y cartera de servicios.
- Pago por capitación (según necesidades de la población).
- Puerta de entrada única.
- Función de filtro.
- Papel central del médico de primaria en la coordinación.
- Organización de los profesionales en AP y unidades de soporte.
- Organización de la atención especializada, hospitalaria y social.
- Atención personal global frente a atención a la enfermedad.
- Trabajo en equipo y equipos multidisciplinares.
- Programas de formación continuada.
- Identificación de productos.
- Protocolización clínica, protocolos, guías clínicas.
- Descripción de procesos con protocolización y simplificación de circuitos.
- Desarrollo de las tecnologías que permitan espacios comunes virtuales de intercambio de información (sistemas de información y registro común: historia clínica única o compartida).
- Orientación al proceso.
- Estructura administrativa en tipo de financiación, compra y provisión de servicios compra de servicios, contrato de gestión.
- Evaluación.
- Calidad.

4. Coordinación asistencial desde un punto de vista del paciente

Leatt et al. definieron diez criterios desde un punto de vista del paciente, en los que están reflejados todos y cada uno de los elementos de la atención integrada, y que resumimos a continuación:

- No repetir la historia del paciente en cada visita a un profesional.
- No realizar pruebas o exámenes por duplicado por falta de comunicación.
- No utilizar al paciente como única vía de transmisión de la información.
- No mantener un nivel de atención inadecuado por incapacidad de acceder puntualmente a otro nivel.
- Disponer de acceso 24 horas a un proveedor de servicios vinculado a la AP.
- Recibir información clara y precisa sobre la calidad de la asistencia y resultados.
- Tener fácil la accesibilidad para exámenes, visitas, exploraciones.
- Disponer de tiempo suficiente en las consultas de primer nivel.
- Ser requerido rutinariamente para prevenir complicaciones de problemas crónicos.
- Recibir apoyo domiciliario y capacitación en autocuidados que maximicen la autonomía.

Todas las organizaciones sanitarias públicas estarían de acuerdo con los diez criterios de Leatt pero, curiosamente, habría de preguntarse por qué ninguna de ellas o muy pocas pueden afirmar que disponen de respuesta afirmativa a los diez puntos expuestos.

Referencia bibliográfica

P. Leatt; G. Pink; M. Guerriere (2000). "Towards a Canadian model of integrated healthcare". *Health Pap.* (núm. 1, pág. 13-55).

5. Algunas reflexiones para una correcta coordinación

La experiencia de distintos modelos en atención integrada nos orienta a formularnos algunas preguntas previas cuya respuesta nos dirija a conocer qué puntos de nuestras organizaciones debemos tener más presentes para asegurar el éxito de nuestro proyecto.

- ¿Tiene acceso la atención primaria a un repertorio de pruebas diagnósticas suficiente para abordar las patologías prevalentes que le son consultadas?
- ¿Está implantado el manejo protocolizado de guías clínicas o mapas de las patologías que, con mayor frecuencia, son abordadas conjuntamente por ambos niveles?
- ¿Existe un sistema (informático) que dé respuesta al intercambio de información clínica entre los diferentes profesionales que tratan a un mismo paciente?
- ¿Tienen estabilidad las agendas de consultas externas y pruebas diagnósticas?
- ¿El tiempo destinado y rendimiento de estas tienen margen de mejora?
- ¿Tienen los médicos de atención primaria capacidad y métodos para gestionar la oferta disponible de servicios de atención especializada?
- ¿Se dispone de un sistema de organización eficaz del acceso del paciente a diferentes consultas y pruebas?
- ¿Se hace medicina preventiva comunitaria desde el hospital?
- ¿Existe un programa de formación continuada adecuado para el conjunto de profesionales del área?
- ¿Existen foros de encuentro entre los profesionales de ambos niveles?

6. Nuevos problemas ante un intento de coordinación

Cuando ambos modelos intentan proyectar modelos de coordinación surgen problemas que deben ser abordados desde la coordinación o atención integral; de estos, destacamos los siguientes:

- Desatención mutua entre la AP y AE (hospital).
- Dos unidades de gestión distintas, dos contratos de gestión.
- Mayor desarrollo científico en AE que en AP.
- Mayor estímulo y motivación profesional en el ámbito de la AE.
- Presión asistencial creciente, y difícil continuidad en la provisión de servicios.
- Utilización doble de recursos por AP y AE, con escasa corresponsabilidad en el uso de recursos.
- Escasa información clínica compartida sobre un mismo paciente.
- Falta de comunicación y diálogo entre AP y AE.
- Falta de seguimiento a pacientes hospitalizados, y falta de seguimiento en AP de pacientes posthospitalizados.
- Falta de uniformidad de criterios y escasas guías cénicas, mapas y protocolos efectivos.
- Desconocimiento de actividades del “otro nivel”, falta de “visión integral del paciente”, incluso con distinto concepto de “salud”.
- Masificación de la demanda asistencial en ambos colectivos.
- Retención excesiva de pacientes en AE, repetición de asistencia en AP.
- Insuficiente desarrollo de la reforma sanitaria.
- Tecnología que responde aún a colectivos separados.
- Desconocimiento de la AP a nivel secundario, desconocimiento de la AE a nivel de AP.
- Persistencia de la relación MF-especialista como alumno/profesor.

Referencias bibliográficas

N. Gómez Moreno; D. Orozco Beltrán; J. Merino (1997). “Relación entre atención primaria y especializada”. *Atención Primaria* (núm. 20, pág. 25-33).

