

Marco teórico

Marcel Prats Vilallonga

PID_00245029

Tiempo mínimo previsto de lectura y comprensión: **1 hora**



Índice

Introducción.....	5
1. Definición de coordinación asistencial.....	9
2. Coordinación desde el punto de vista de la eficiencia y la calidad.....	11
3. Elementos necesarios previos a una atención integrada desde un punto de vista territorial.....	13
4. Coordinación asistencial desde el punto de vista del paciente.....	14
5. Algunas reflexiones para una correcta coordinación.....	15
6. Retos de la coordinación.....	16

Introducción

En algún momento, la mayoría de los países se cuestionan sus distintos sistemas sanitarios públicos, redefinen los conceptos en atención primaria, organizan sus distintos modelos de coordinación con atención especializada, distribuyen sus recursos, abordan las desigualdades en la población, se cuestionan los modelos en vigor y los comparan con otros modelos de distinta experiencia y resultados. Suele suceder cuando intentan alcanzar una serie de objetivos comunes:

- Reducir la morbilidad y la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (junto al sufrimiento consiguiente).
- Mejorar la salud y aumentar la calidad de vida de su población.
- Abaratar los costes de su sistema sanitario, a un nivel que su sociedad se pueda permitir.

De este modo, distintos países empezaron a organizar sus servicios sanitarios de la manera más eficiente posible para que se estableciera la máxima coordinación entre ellos. Cabe destacar el fuerte impulso que supuso el avance de las nuevas tecnologías, que permitió alejarnos de un modelo vertical para pasar a uno horizontal. El paciente pasó de ser el transmisor verbal en la cadena de engranaje de los distintos especialistas a ser el receptor de una atención más integrada en la que todos compartían una historia común. Los servicios verticales (hospitales, centros de atención primaria, sociosanitarios, de salud mental, etc.) capacitados solo para transmitir la información en su propio edificio u organización pasaron a establecer unas redes de información y una práctica clínica integradas entre sí y con acceso remoto desde cualquier punto. Los resultados internos de cada organización empezaron a divulgarse en la comunidad científica y se potenció el desarrollo de *benchmarking* y de la mejora continua de la calidad. Se alcanzaron cotas de eficiencia hasta entonces difíciles de imaginar.

En nuestro país coincidieron algunos hechos de gran importancia para lograr la mejora del sistema sanitario, como el reconocimiento como nueva especialidad de la medicina de familia, el impulso del papel de la enfermería y su gran potencial aún por alcanzar, el desarrollo de los centros de salud o centros de atención primaria como infraestructuras necesarias para la población, el papel de los hospitales, el desarrollo de nuevas tecnologías (no solo informáticas) y su especialización, la calidad como un objetivo integral de toda una orga-

Referencia bibliográfica

J. Gervás (2005). «Gestión y clínica, algo más que gestión clínica». *Gaceta Médica de Bilbao* (vol. 102, n.º 4, págs. 67-69).

nización, y la mejora de salud que conllevó la mejora de las condiciones económica y sociales de una sociedad que acababa de salir hacia solo unas pocas décadas de una dictadura.

Otro factor quizás más complejo de abordar fue el cambio cultural que todo ello supuso y que planteaba cuestiones de gran importancia:

- Cómo descentralizar procesos hasta entonces intrahospitalarios hacia nuevas estructuras integradas en un objetivo común.
- Cómo aceptar culturalmente que distintos profesionales se coordinen en un documento común porque todos ellos tienen un mismo objetivo.
- Cómo nuevos modelos de relación entre profesionales obligan a liderar, cooperar, coordinar y comparar, y no a mandar, controlar y obligar.

Durante un tiempo, el discurso de la atención integrada fue monopolizado por especialistas de hospital y de atención primaria; se dejó al margen al resto de los ámbitos. Pero, progresivamente, muchos otros servicios sanitarios fueron tomando relevancia, sobre todo con el aumento de la esperanza de vida. Estamos hablando de ámbitos sociosanitarios, de residencias, de centros de salud mental, de servicios de rehabilitación, de atención domiciliaria, de atención social, etc.

Hoy en día es necesario centrar el problema y buscar qué solución integrada de salud podemos ofrecer. Conocer cuál es el objetivo y saber definir cuáles son los cooperadores que, con criterios de calidad y eficiencia, ofrecen una mejor respuesta si trabajan de forma conjunta.

¿Acaso no son el traumatólogo, el reumatólogo, el médico de primaria, enfermería, los fisioterapeutas, los rehabilitadores, las clínicas del dolor, entre otros, los responsables de que se pueda dar respuesta a patologías crónicas osteoarticulares?

Entre los principales actores que participan en lo que podríamos llamar atención integral se encuentra la **atención primaria (AP)**, quizás la figura más central, ya que es donde se dirigen los pacientes para buscar una respuesta integrada a todas sus dolencias, no solo en salud, si no también en prevención, promoción y rehabilitación, y, por qué no, para buscar la confianza necesaria con su médico, su enfermero o su centro de salud.

Entre las características de la atención primaria, destaca tanto su papel de *gatekeeper* (como puerta de entrada) como la coordinación y cooperación entre servicios. También su enorme capacidad de resolución –puede resolver la gran mayoría de los problemas que presentan los pacientes con inmediatez–, su accesibilidad, y que puede garantizar la continuidad e integración de los cuidados recibidos, integrando apropiadamente el alto valor predictivo negativo de los médicos generales con el alto valor predictivo positivo de los especialistas.

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, garantizando una distribución geográfica homogénea de equipos de AP, tarea difícil en algunos modelos con estructuras que no están coordinadas entre sí.

En Europa, por ejemplo, confluyen distintos modelos sanitarios:

- Modelo público (en España, Portugal, Finlandia y Suecia), que es el recomendado por la Oficina Europea de la OMS.
- Modelo mixto (en Holanda, Gran Bretaña, Dinamarca y Noruega), con equipos autogestionados, contratos de larga duración y coexistencia de la propiedad pública y privada de los centros de salud.
- Modelo privado (en Italia, Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Luxemburgo, Suiza y en los países del este de Europa).

A pesar de esta variedad, 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 (AE) debe ser ordenada por los médicos de AP.

Referencias bibliográficas

A. Rico (2006). «Política sanitaria y atención primaria (AP) en España: es necesaria una reforma de la reforma que nos acerque a Europa». En: VV. AA. *Tres décadas de evolución de la atención primaria en España (1976-2006)*. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud.

M. Alfaro; J. Etreros; E. Terol y otros (2002). «Coordinación entre niveles asistenciales». En: M. Aguilera; M. Alfaro; B. Crespo y otros (eds.). *Atención primaria en el INSALUD: diecisiete años de experiencia*. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Atención Primaria (págs. 240-260).

En este sentido, las experiencias en las que los profesionales médicos y los equipos multidisciplinares de AP atienden los problemas de salud de la población actuando como filtro de acceso al sistema sanitario especializado han demostrado ser más efectivas y más eficientes que los sistemas sanitarios en donde la población puede acceder a distintos dispositivos sanitarios sin necesidad de acudir al médico de AP como puerta de entrada.

Referencia bibliográfica

J. J. Ojeda; J. M. Freire; J. Gervas (2006). «La coordinación entre atención primaria y especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional?». *Revista de Administración Sanitaria siglo XXI* (vol. 4, n.º 2, págs. 357-382).

1. Definición de coordinación asistencial

En el ámbito de la gestión clínica, el término *coordinación*, desde que surgió la necesidad de coordinación en el sistema de salud americano debido a la fragmentación de sus servicios, ha sido definido de múltiples maneras.

Se utilizan indistintamente los términos *coordinación*, *continuidad e integración asistencial* y *salud en red* para definir básicamente la conexión de la atención que recibe un paciente desde múltiples fuentes de provisión.

En todas las definiciones destacan una serie de elementos comunes, como la necesidad de participación de diferentes profesionales que mantienen interdependencias entre sí, la aportación por parte de cada uno de ellos de un conocimiento complementario y el acceso a distintos recursos. Además, la relación entre estos profesionales y su conocimiento se basa en el intercambio de información. Y todo ello con un objetivo común: facilitar los servicios de salud apropiados y coordinados en el tiempo, en modo y lugar adecuados, para dar una respuesta precisa a las necesidades complejas de la población.

En resumen, los elementos necesarios para que haya coordinación como paso previo a la continuidad asistencial se pueden 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.
- La **sincronización** entre las partes para que la atención se preste en el momento y en el lugar adecuados.

Merece la pena destacar algunos de los instrumentos de coordinación entre niveles basados en la programación que contribuyen a mejorar la coordinación a lo largo del continuo, ya que sirven para concretar criterios de derivación entre niveles de atención y fijar objetivos asistenciales comunes, así como para determinar el nivel de atención en el que la actividad es más eficiente. Entre ellos, cabe señalar las guías de práctica clínica, los protocolos y las trayectorias clínicas o mapas, y las rutas asistenciales.

Referencia bibliográfica

K. G. Shojania; K. M. McDonald; D. K. Owens (2007). «Closing the quality GAP: a critical analysis of quality improvement strategies». *Technical Review* (vol. 7, n.º 9). Agency for Healthcare Research and Quality.

Las **guías de práctica clínica** compartidas (GPC) son 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.

Los **protocolos**, por su parte, son documentos que hacen referencia a un determinado segmento del continuo asistencial, mientras que las **trayectorias clínicas** o **mapas de atención** se utilizan para establecer planes multidisciplinares de atención del paciente, acciones secuenciales respecto a objetivos concretos y para un tiempo determinado.

2. Coordinación desde el punto de vista de la eficiencia y la 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 que requieren la intervención de muchos profesionales. La coordinación entre niveles asistenciales permite alcanzar la continuidad asistencial, reducir costes y mejorar la calidad de la atención.

Tanto en países con sistemas de salud fragmentados que compiten por afiliados, como Estados Unidos, como en aquellos con sistemas de salud con seguridad social, se desarrollaron diferentes iniciativas bajo la denominación «redes de servicios de salud» para ofrecer una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones a una población determinada, que se responsabilizaba de sus costes y resultados en salud. Los objetivos finales eran la mejora de la eficiencia y la continuidad en la provisión, a través de la coordinación asistencial.

Por lo tanto, **coordinación**, **eficiencia** y **calidad** son términos que van unidos en el sector sanitario. Existen numerosos estudios que avalan la importancia de su interrelación y que demuestran que:

A mayor coordinación entre los niveles del sistema sanitario (primaria y especializada) y también con otros sectores relacionados (educación, justicia, servicios sociales, entre otros), mayor eficiencia del sistema sanitario y mayor nivel de calidad.

Si decidimos priorizar la coordinación, la eficiencia y la calidad para ser más resolutivos a la vez que eficientes, debemos dejar de utilizar viejas prácticas que solo conducen a saturar el sistema sanitario sin ofrecer una mejora real para el paciente.

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

Referencia bibliográfica

I. Vargas; M. L. Vázquez (2007, marzo-abril). «Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña». *Gaceta Sanitaria* (vol. 21, n.º 2, págs. 114-123).

Proyecto «Essencial»

De entre las distintas experiencias que intentan «deshacer» aquello que no es necesario «hacer», para poder dedicar el tiempo a «hacer» otras cosas, es decir, para aumentar la resolutiveidad, la eficiencia y, en consecuencia, la calidad, citamos como ejemplo el proyecto catalán «Essencial».

«Essencial» es una iniciativa de la Consejería de Salud de la Generalitat de Cataluña que identifica prácticas clínicas de poco valor añadido y promueve recomendaciones para evitar su realización. Por ejemplo:

- ¿Es necesaria una radiografía de cráneo en <2 años con traumatismo craneal leve y riesgo moderado de lesión intracraneal? (publicado 27.07.2016).
- ¿Es útil el enema opaco en el diagnóstico de patología de colon? (publicado 13.05.2016).
- ¿Debemos administrar en mujeres posmenopáusicas con riesgo bajo de fracturas un tratamiento de larga duración con bifosfonatos?

Si en nuestra práctica médica somos capaces de mejorar nuestra capacidad de resolución y evitar prácticas que no aportan valor, dispondremos de más tiempo para dar mejor respuesta a otros objetivos de salud. En consecuencia, incrementaremos no solo la calidad y la eficiencia, sino también la seguridad. (Destaquemos aquí a título de ejemplo el blog del doctor Varela, en el que cita diez artículos de 2003 que hablan de una práctica médica inapropiada).

Actualmente, algunos de los modelos que apuestan por la integración de la 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 aún no sustentados en evidencias fundadas.

Referencia bibliográfica

A. Torres; R. Lledó (2001). «La coordinación entre niveles asistenciales». *Revista de Calidad Asistencial* (vol. 16, n.º 4, págs. 232-233).

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

Destacamos a continuación los veintiséis elementos clave que un sistema sanitario de salud debería contemplar antes de implantar un modelo integrado de salud:

- Financiación pública en servicios integrados.
- 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 continua.
- 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.
- Seguridad.

4. Coordinación asistencial desde el punto de vista del paciente

Leatt, Pink y Guerriere definieron diez criterios desde el punto de vista del paciente en los que quedan 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 la incapacidad de acceder puntualmente a otro nivel.
- Disponer de acceso veinticuatro horas a un proveedor de servicios vinculado a la AP.
- Recibir información clara y precisa sobre la calidad de la asistencia y los resultados.
- Tener una accesibilidad fácil a exámenes, visitas y 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 estos diez criterios, pero, curiosamente, hay que preguntarse por qué ninguna o muy pocas de ellas pueden afirmar que disponen de respuesta afirmativa a los diez puntos expuestos.

Referencia bibliográfica

P. Leatt; G. Pink; M. T. Guerriere (2000). «Towards a Canadian model of integrated healthcare». *Healthcare Papers* (n.º 1(2), págs. 13-55).

5. Algunas reflexiones para una correcta coordinación

La experiencia de distintos modelos de atención integrada nos orienta a formularnos una serie de preguntas cuya respuesta nos ayudará 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 el rendimiento de estas agendas 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 continua adecuado para el conjunto de profesionales de cada área?
- ¿Existen foros de encuentro entre los profesionales de ambos niveles?

Referencia bibliográfica

M. Alfaro; J. Etreros; E. Terol y otros (2002). «Coordinación entre niveles asistenciales». En: M. Aguilera; M. Alfaro; B. Crespo y otros (eds.). *Atención primaria en el INSALUD: diecisiete años de experiencia*. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Atención Primaria (págs. 240-260).

6. Retos de la coordinación

En la aplicación de los modelos de coordinación surgen una serie de problemas que deben abordarse desde el ámbito de la gestión:

- Desatención mutua entre 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 ámbito AE.
- Presión asistencial creciente y difícil continuidad en la provisión de servicios.
- Utilización doble de recursos por AP y AE, con escasa corresponsabilidad en este uso.
- 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 poshospitalizados.
- Falta de uniformidad de criterios y escasas guías clínicas, 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 AP y AE.
- Retención excesiva de pacientes en AE, repetición de asistencia en AP.
- Insuficiente desarrollo de la reforma sanitaria.
- Tecnología que responde aún a ámbitos separados.
- Desconocimiento de la AP a nivel secundario, desconocimiento de la AE en la AP.
- Persistencia de la relación médico de familia - especialista como la que hay entre alumno-profesor.

Referencias bibliográficas

M. Alfaro; J. Etreros; E. Terol; F. Rico (2002). «Coordinación entre niveles asistenciales». En: M. Aguilera; M. Alfaro; B. Crespo y otros (eds.). *Atención primaria en el INSALUD: diecisiete años de experiencia*. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Atención Primaria (págs. 240-260).

N. Gómez; D. Orozco; J. Merino (1997). «Relación entre atención primaria y especializada». *Atención Primaria* (vol. 20, n.º 1, págs. 25-33).

M. Alonso y otros (2002). «Relación entre niveles asistenciales». Documentos de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

El sistema sanitario hasta ahora se ha definido en dos grandes grupos, la atención hospitalaria por un lado y, por el otro, la atención primaria. Se habla de coordinación cuando estos dos sistemas intentan compartir información para ofrecer una respuesta más eficiente y de mayor calidad. Pero ambos sistemas parten de una atención centrada en la patología aguda, mientras que en la

actualidad la mejora en la calidad de vida, el aumento de la esperanza de vida y la prevalencia de patologías crónicas nos obligan a reconsiderar nuevas organizaciones centradas en la población de mayor edad.

Necesitamos unas organizaciones más centradas en la atención a las patologías crónicas, desde el abordaje de patologías del aparato locomotor, hasta soporte en salud mental o diabetes, tanto en hospitales de día como en unidades de soporte en atención primaria. Y se precisan también circuitos rápidos de atención ante casos de extrema gravedad que necesitan ser priorizados.

