

Casos prácticos gestión integrada de servicios de salud

Marcel Prats Vilallonga

PID_00245028

Tiempo mínimo previsto de lectura y comprensión: **3 horas**



Índice

1. Código IAM.....	5
2. Enfermedades cardiovasculares.....	7
3. Insuficiencia cardiaca congestiva.....	10
4. Unidad de alta resolución en enfermedades reumatológicas y del aparato locomotor.....	17
5. Paciente experto.....	23
6. Kaiser Permanente.....	25
7. Colaboración pública-privada.....	30
8. A modo de conclusión.....	32

1. Código IAM

El **Código Infarto** o **Código IAM** es un protocolo de actuación urgente que comprende la activación de una serie de dispositivos asistenciales que permiten la atención urgente en la fase aguda de la enfermedad, cuando se sospecha que un paciente sufre un infarto y es candidato a repercusión inmediata (desobstrucción de los vasos que están ocasionando el infarto).

A partir de este programa se atiende a cualquier paciente que alerte al Sistema de Emergencias Médicas de Cataluña (SEM 112) a causa de un dolor precordial y sea diagnosticado de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (uno de los tipos de infarto más letales, que supone aproximadamente el 40% del total de infartos).

El Código IAM es una experiencia innovadora desde el punto de vista de la gestión, ya que ha supuesto conseguir mejoras notables en resultados clínicos y en indicadores asistenciales para el infarto agudo de miocardio. El Código IAM ha supuesto un cambio en el paradigma de la atención altamente especializada que ha sido posible gracias al consenso entre los agentes implicados: sociedades científicas, proveedores y SEM.

Estos cambios, tanto organizativos –que afectan diferentes dispositivos del sistema de salud– como en la toma de decisiones asistenciales, muestran la importancia de las reformas organizativas por encima de las estructurales. A grandes rasgos, este programa se basa en una serie de premisas:

- Cambio en el centro de decisión: se pasa el testigo del cardiólogo al médico del SEM o al médico que haga el primer contacto médico.
- Sectorización del territorio que define de forma unívoca un destino predeterminado para cada paciente, en función del lugar donde se ha producido el infarto.
- Obligatoriedad de aceptación del caso por parte del hospital de referencia de infartos (hay diez en España).
- Obligatoriedad de devolver el paciente tratado y estabilizado en el centro de origen o en la unidad de cuidados intensivos / intermedias más cercana al domicilio del paciente, para evitar sobrecarga del hospital de referencia de infartos.
- Obligatoriedad de declarar los casos de activación del Código IAM por parte de los centros de referencia de infartos.

- Evaluación continua: es un estímulo para la mejora de los resultados y para la detección de las bolsas de ineficiencia del sistema; tiene el objetivo de tomar medidas correctoras y planificar la asistencia.

2. Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares comprenden un conjunto de entidades clínicas que afectan al corazón o a los vasos sanguíneos (arterias y venas). Los factores de riesgo modificables de predisposición son conocidos y categorizados, por lo que se puede incidir con actuaciones concretas para prevenir la aparición de estas enfermedades. La prevención integral de las enfermedades cardiovasculares se puede abordar desde diferentes momentos: se puede evitar la aparición con la promoción de hábitos de vida saludables (prevención primaria); detectando precozmente y evitando su desarrollo (prevención secundaria), o bien evitando las complicaciones y las secuelas una vez que se ha producido la enfermedad (prevención terciaria).

De estas enfermedades, el síndrome coronario agudo (SCA) es uno de los problemas más acuciantes de los sistemas sanitarios modernos, porque requiere rapidez de actuación y coordinación entre los diferentes niveles asistenciales en un intervalo de tiempo muy corto. De esta rapidez y coordinación depende el pronóstico de la enfermedad. La SCA es la presentación aguda de la cardiopatía isquémica: angina inestable, infarto con onda Q y sin ella, y la muerte súbita de causa cardíaca. En función del registro electrocardiográfico, se pueden distinguir dos tipologías de SCA, según se presente o no elevación del segmento ST. La presentación clínica de las diferentes SCA depende de la extensión y la duración de la isquemia secundaria a la obstrucción del flujo coronario. Un trombo no oclusivo o transitoriamente oclusivo es la causa más frecuente de la angina inestable o del infarto agudo de miocardio (IAM) no Q. La oclusión temporal no suele durar más de veinte minutos y produce angina de reposo. En el IAM no Q, la interrupción dura más tiempo. En el IAM Q, el trombo es oclusivo y la duración de la isquemia es más prolongada.

La insuficiencia cardíaca aparece como consecuencia de una disfunción de la capacidad muscular del corazón. Las causas comunes de insuficiencia cardíaca son el infarto de miocardio y otras formas de enfermedad isquémica del corazón, hipertensión arterial, enfermedad valvular cardíaca y miocardiopatía. Es otra patología coronaria con una elevada carga de morbimortalidad y un notable impacto en la calidad de vida de los enfermos que la padecen. Por su condición endémica, cada día más geriátrica, y la necesidad de abordarla desde varios niveles asistenciales, hay que llevar a cabo un abordaje organizado que haga que la atención sea más resolutive y que minimice los reingresos hospitalarios. La insuficiencia cardíaca y el infarto agudo de miocardio son los diagnósticos que han experimentado un ligero aumento en relación con el total de altas hospitalarias por enfermedades del aparato circulatorio. El trata-

miento consiste habitualmente en medidas de estilo de vida (entre las cuales, especialmente, destaca la reducción diaria de la ingesta de sal) y en farmacoterapia o, en algunos casos, en cirugía cardiaca.

Las cardiopatías congénitas son deformaciones adquiridas y estructurales del corazón. Los niños con malformaciones del corazón y grandes vasos necesitan atención especializada de varios profesionales desde el nacimiento. Estas patologías ocasionan un gran impacto no solo en la salud de los afectados, sino también en su entorno familiar y, más tarde, escolar y laboral. En Cataluña se calcula que hay más de treinta mil personas afectadas por una cardiopatía congénita.

Rutas asistenciales

Actualmente, la Administración define las rutas asistenciales (RA) como el instrumento en el que intervienen todos los agentes de un territorio para aportar una respuesta integrada a un problema de salud

El modelo sanitario catalán en su plan de salud las define como:

«Una ruta asistencial es la consecuencia del pacto “escrito y formal” entre proveedores y profesionales para dar respuesta práctica a determinadas situaciones de salud que, previsiblemente, afectan a los pacientes y que precisan ser ordenadas y expresadas de forma explícita.»

De hecho, lo que la RA debe establecer es cómo se organizan los profesionales de estos proveedores para aplicar la mejor praxis clínica. Las RA tienen como objetivo principal mejorar la atención a las personas con determinadas condiciones de salud, a través de la coordinación entre agentes, la optimización de los circuitos asistenciales y la promoción de la buena práctica. Y tienen, además, los siguientes objetivos específicos:

- Asegurar que la atención a los pacientes se basa en la calidad y en las guías de práctica clínica de referencia en el territorio.
- Establecer y garantizar la fluidez, los tiempos apropiados y la efectividad de los circuitos, asegurando el *continuum* asistencial 7 x 24.
- Evitar duplicidades en las visitas y en las exploraciones complementarias a las que el paciente es sometido.
- Conseguir que no se omitan acciones asistenciales importantes.
- Ofrecer a profesionales y pacientes una referencia completa e inequívoca de cómo hay que gestionar los diferentes escenarios en los que, previsiblemente, un paciente con una determinada patología se puede encontrar.

- Facilitar un marco transparente de evaluación de los servicios y circuitos en la atención de las condiciones de salud incluidas.
- Adaptar los contenidos de la ruta de forma flexible y evolutiva, en función de cambios que se produzcan en los conocimientos biomédicos o en el entorno donde estos se aplican.

El diseño de una RA se basa en los mismos valores que los de la buena práctica clínica, dado que una y otra son términos inseparables.

3. Insuficiencia cardiaca congestiva

Otro claro ejemplo de gestión transversal, en el que intervienen diferentes profesionales de ámbitos distintos, pero con un objetivo común, es el del tratamiento y control de la insuficiencia cardiaca congestiva (ICC).

A continuación, reproducimos el artículo «Integración de ámbitos asistenciales» de Carlos Peña Gil, del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, y de Josep Comín Colet, del Servicio de Cardiología del Hospital del Mar (IMAS). En él se detalla una reflexión acerca del abordaje de la ICC.

Referencia bibliográfica

C. Peña; J. Comín (2007). «Integración de ámbitos asistenciales». *Revista Española de Cardiología* (vol. 7, n.º supl. C, págs. 21-29).

El modelo convencional de asistencia ambulatoria al paciente con dolencias cardiovasculares crónicas está basado en atenciones puntuales fragmentadas por diferentes especialistas sin apenas comunicación ni coordinación con atención primaria. La mayoría de las consultas de cardiología, a pesar de los grandes recursos que consumen, presentan una baja eficiencia. Durante los últimos años, la especialidad de cardiología ha desarrollado múltiples avances diagnósticos y terapéuticos; sin embargo, el tratamiento ambulatorio de los pacientes, su organización, no se diferencia sustancialmente de la que se realizaba hace cuarenta años. El envejecimiento de la población y la alta prevalencia de las dolencias cardiovasculares crónicas han causado la saturación en el sistema.

La integración asistencial, que aquí se propone, es una respuesta organizativa que pretende interconectar los distintos elementos que participan en el tratamiento de una enfermedad concreta bajo un plan protocolizado. Los diferentes proveedores de servicios sanitarios se organizan de una forma coherente, lógica y sincronizada para asegurar la continuidad asistencial. En los últimos años se han introducido diferentes estrategias de mejora en nuestra especialidad, basadas en el tratamiento integrado de la enfermedad, para mejorar la calidad de la atención y la comunicación entre los diferentes especialistas y médicos de primaria involucrados en el tratamiento del paciente. Se describe un modelo multidisciplinario de integración entre ámbitos asistenciales para el tratamiento ambulatorio de la insuficiencia cardiaca basado en la intervención de la enfermería especializada.

Introducción

El desarrollo del sistema sanitario en la segunda mitad del siglo xx ha ido asociado a un aumento de la complejidad asistencial y organizativa; sus instituciones se han ido disgregando y deslocalizando a la vez que se producía el proceso de descentralización y especialización. Este proceso no se ha interrumpido y en nuestros días sigue vigente con el desarrollo creciente de las subespecialidades y el aumento ininterrumpido de las carteras de servicios, gracias a los avances tecnológicos y terapéuticos. Esta sofisticación y desmembración del sistema sanitario público no se ha acompañado de una mejora de su capacidad organizativa, con la consiguiente saturación e ineficiencia.

Numerosos estudios ponen de relieve los problemas de la falta de comunicación, coordinación e integración entre ámbitos asistenciales, con el consiguiente despilfarro en la gestión de recursos (duplicación de pruebas diagnósticas, varios especialistas tratando el mismo problema, etc.), la pérdida de continuidad en los procesos asistenciales y la disminución de la calidad de la atención prestada, cuando no una fuente de errores médicos. Atención primaria (AP) y atención hospitalaria continúan siendo dos mundos paralelos raramente relacionados, y los avances de coordinación entre ambos ámbitos han sido mínimos. Procesos parciales adecuados y hasta excelentes (p. ej., implantación de un *stent* coronario) es difícil que generen resultados óptimos si el resto del proceso asistencial (asegurar el tratamiento antiagregante ambulatoriamente, medidas de prevención secundaria o identificación precoz de la reaparición de la angina) no es óptimo.

La integración es una respuesta organizativa que pretende interconectar los distintos elementos de la asistencia sanitaria prestada evitando la fragmentación de los cuidados de los pacientes. Coordinación, continuidad e integración asistencial son términos que, aunque no significan lo mismo, se suelen utilizar indistintamente para referirse a una misma idea: la conexión de la atención que recibe un paciente desde múltiples fuentes de provisión. Se trata de un proceso de reconciliación de elementos previamente separados, donde el paciente se sitúa en el centro del sistema sanitario. En el proceso asistencial intervienen profesionales diversos, el espacio de atención es múltiple y las actuaciones se realizan en tiempos diferentes; no obstante, estos condicionantes se dan sobre un único e indivisible paciente.

El concepto «integración» adquiere matices diferentes según lo utilice un gestor, un médico de familia (MF), un especialista, una enfermera o un paciente, y según el problema de salud que aborde. El MF echa en falta un tratamiento integrador con el especialista en el proceso diagnóstico, mientras que el especialista ve más patente la necesidad de un enfoque multidisciplinario en el tratamiento de enfermedades crónicas. En este marco se han desarrollado los programas de gestión por enfermedades, que pretenden integrar los recursos y desarrollar una red coordinada de servicios que proporcionan continuidad asistencial a la población. La correcta integración de procesos, real o virtual, dentro de un sistema sanitario es imprescindible como herramienta de mejora continua de la calidad, para mantener la eficiencia del sistema y mejorar la atención de determinadas dolencias.

Análisis de la situación

En nuestro sistema de salud se produce un predominio de la atención hospitalaria en el conjunto del sistema, a la vez que un desconocimiento por parte de los médicos hospitalarios de la práctica realizada en AP; por todo ello, la atención se encuentra muy fragmentada, con un predominio de recursos sobre la fase aguda de la enfermedad. Todo ello provoca un reducido grado de integración entre distintos ámbitos asistenciales escasamente coordinados (AP, especializada, servicios de urgencia, servicios sociales, etc.). Esto permite que el paciente tenga dos o más historias clínicas abiertas con datos diferentes y en compartimentos estancos, en ocasiones sin que sus propios médicos tengan conocimiento de ello.

La comunicación entre MF y especialista se realiza en la mayoría de los casos a través de una «hoja de interconsulta». Las tasas de remisión presentan una gran variabilidad interindividual, con cifras que oscilan entre el 4 y el 9% de los pacientes visitados. Algunas de estas interconsultas buscan más información que atención; otras son producto de la «derivación sistemática», en ocasiones por presión de los pacientes y en otras por falta de confianza del MF. Los especialistas caen también a veces en la «recitación sistemática» de pacientes remitidos para una consulta puntual o que han experimentado un evento agudo; en muchos casos, estas revisiones innecesarias se deben a la inercia o al desconocimiento y la desconfianza de la labor del MF. La falta de control del sistema puede permitir, por ejemplo, que una dislipidemia sea tratada por un MF, un cardiólogo y un endocrinólogo, y que los facultativos no lo sepan. Son todavía anecdóticas las «consultas de acto único», las «consultas de atención inmediata», las «consultas de enfermería» y los protocolos de derivación consensuados.

Una consecuencia de esta falta de coordinación es la masificación de los servicios de urgencia hospitalaria, donde el paciente acude en busca de una valoración integral sin que sea estrictamente de carácter urgente, lo que denominamos «fenómeno de escape». La falta de conocimiento personal hace que la comunicación entre ambos ámbitos asistenciales, tanto formal (informes) como informal (consultas telefónicas), brillen por su ausencia y, cuando se establecen, se suelen diluir con el tiempo al no haber un marco definido para ello. El modelo actual, en el que hay una «jerarquía de conocimientos» donde la opinión de uno impera sobre la del otro, no facilita que este diálogo mejore y hace que la desconfianza y las críticas entre ámbitos los distancien. Es del todo inusual que los especialistas informen al MF cuando uno de sus pacientes ingresa y que el MF discuta con los especialistas la indicación de una cirugía mayor. Este problema se agrava tras el alta hospitalaria, lo que ocasiona que pacientes con enfermedades complicadas, a veces con múltiples y prolongados ingresos en un corto periodo, lleguen al MF sin pautas de seguimiento compartido.

Elementos necesarios para la integración

Para potenciar la integración entre los diferentes proveedores de servicios sanitarios se deben crear modelos asistenciales que aseguren una atención continua a lo largo del tiempo. Requisitos imprescindibles para el desarrollo de estos modelos son el conocimiento de las partes, la comunicación entre ellas y el trabajo coordinado con objetivos comunes.

Comunicación

La comunicación entre el MF y el especialista se realiza, en la mayoría de los casos, de forma escrita. Es excepcional la comunicación verbal, telefónica, electrónica o directa y, además, no está normalizada por la administración sanitaria. El soporte de la comunicación lo constituye, como hemos comentado, la «hoja de interconsulta», en la que constan los datos de filiación y el motivo de consulta. En ocasiones el «motivo de consulta» es ilegible, en otras es ininteligible por escueto o por no contener información histórica del paciente. El medio de transporte de esta comunicación puede variar desde el correo interno que debe realizarse por medio del propio paciente. La tasa de respuesta que llega al MF ronda el cincuenta por ciento, en algunos casos sin identificación. Las respuestas en ocasiones no incluyen los resultados de las pruebas complementarias ni pautas para la continuidad del tratamiento. La medicina defensiva hace que las respuestas sean concisas y en ocasiones genéricas en negativo («se excluye», «no indicativo de», etc.).

Carencias en la comunicación hacen que los pacientes tengan que consultar de forma repetida, en ocasiones, a diferentes especialistas. El teléfono presente en casi todos los consultorios no se utiliza apenas para aclarar información o hacer consultas que evitarían la tramitación de una interconsulta. En nuestro sistema tampoco es costumbre la comunicación de errores médicos, ni tan siquiera el fallecimiento de los pacientes, con la pérdida de un importante conocimiento y el sesgo en la «experiencia clínica» del profesional.

Para establecer una correcta comunicación hay que asegurar una adecuada transferencia de información, y la historia digital y las aplicaciones de la telemedicina constituyen el único marco en el que se pueden desarrollar. Para ello, la existencia de una historia clínica digital única es entendida como el elemento central integrador de los diferentes ámbitos asistenciales. Desde esta plataforma se puede compartir información en tiempo real e identificar en todo momento el origen de cada información. Las herramientas de la telemedicina pueden evitar desplazamientos innecesarios de pacientes de los centros de salud al hospital («interconsulta sin paciente») y permitir la interpretación a distancia de pruebas complementarias. Además, pueden facilitar también la comunicación de los pacientes con sus médicos, volviéndose estos accesibles y más cercanos. El soporte digital hace que la información permanezca, sin que desaparezca en caso de extravío u olvido del paciente.

El informe de atención es el elemento clave de la comunicación y en él se plasma el resultado de la intervención, sea una hospitalización, una consulta ambulatoria o una prueba complementaria. Es, por tanto, el garante de que el esfuerzo diagnóstico terapéutico del acto médico trascienda a este para transmitirse al paciente y al resto de los profesionales implicados en su salud. Sin él, una asistencia no puede considerarse de calidad. El informe, en formato papel o digital, debe ser entendible, legible, claro y conciso, a la vez que ha de evitar los errores por desinformación, mala interpretación y errores de prescripción.

Coordinación

La coordinación describe una relación estructurada entre diferentes ámbitos de salud que actúan en un mismo proceso sobre el que se establecen objetivos comunes, con independencia del lugar en el que se encuentren. La ausencia de coordinación hace que procesos de atención cada vez más complejos se vuelvan descontrolados e ineficaces. Esta coordinación no existe por defecto y es en muchas ocasiones el propio paciente o sus familiares quienes han de asumir tal responsabilidad.

El incremento creciente del número de pacientes con dolencias cardiovasculares y el aumento en la complejidad de los medios diagnósticos y terapéuticos hacen que el modelo actual de asistencia cardiovascular sea ineficiente. El número limitado de cardiólogos clínicos hace previsible y necesario que el cardiólogo actúe de organizador y líder de equipos multidisciplinarios de intervención coordinando el resto de los recursos disponibles en el tratamiento del paciente cardiológico.

El camino de la coordinación ha de llevarnos a la unión integrada esfuerzos en equipos multidisciplinarios, reales o virtuales, donde cada uno de los profesionales sepa en qué momento está el otro, y así poder afrontar los problemas que la asistencia impone y asegurar una asistencia continua a la enfermedad.

Continuidad

El concepto de continuidad en la atención se refiere a que diferentes profesionales, en centros de trabajo distintos y en momentos diversos, establecen una visión compartida del trabajo asistencial con un objetivo común, que es el paciente. La conti-

nuidad en la atención tiene su razón de ser en las enfermedades crónicas y complejas que requieren de la intervención, a lo largo del tiempo, de diferentes facultativos. Cuando no existe, la atención al paciente pluripatológico es fragmentada, con atenciones puntuales por diferentes especialistas, sin seguir ningún plan. Desde que un ciudadano entra en contacto con el sistema sanitario hasta que se solucione su problema de salud, todos los aspectos, medios, lugares y profesionales que intervienen se deben integrar en un único proceso asistencial. Así, podemos hablar de continuidad cuando los servicios son dispensados de forma complementaria, en el momento preciso, con un plan predefinido. Los procesos de atención deben estar protagonizados por los mismos médicos, enfermeras y equipos a lo largo del tiempo, de forma ininterrumpida, coordinada y sistematizada, sin que dependa de un sobresfuerzo. El usuario, cada vez más informado y formado, tiene menos capacidad de resignación ante los sinsentidos que en ocasiones le ofrece su sistema de salud y quiere encontrar en la sanidad la misma continuidad que encuentra en otros proveedores de servicios.

Lamentablemente, la organización de los servicios sanitarios no está orientada a facilitar la continuidad de los cuidados. La propia estructuración por ámbitos implica un reparto de funciones y roles que responde más a intereses corporativos u organizativos que a las necesidades de los pacientes. Mejorar determinados procesos de atención no depende de la mejora de un profesional individual, sino de aumentar la eficiencia conjunta de los esfuerzos que ya se realizan. Lograr continuidad en el proceso en dolencias crónicas requiere la participación de todos los profesionales asistentes y la elaboración de forma metodológica de un plan estructurado en el que se tengan en cuenta las características locales y los medios disponibles.

Algunas experiencias proponen crear, para coordinar, una tercera figura denominada «enlace», que en el caso del médico la realiza un facultativo que se desplaza de una forma periódica a los centros de salud para el estudio conjunto de casos, evitando el desplazamiento de los pacientes. Por su parte, la enfermera de enlace potencia la figura de la enfermera como gestora de cuidados, y hay experiencias hospitalarias y comunitarias. La enfermera hospitalaria de enlace facilita una mayor coordinación entre los profesionales de los distintos ámbitos, gestionando la adecuada transición del paciente del hospital a su domicilio, en estrecha coordinación con los profesionales de atención primaria. También participan en labores de educación de pacientes, familiares y cuidadores sobre medicaciones, dietas y cómo relacionarse de nuevo con el sistema sanitario.

Resolutividad

Cuando un paciente demanda atención al sistema de salud, lo que busca es que se le solucione el problema de forma eficaz y rápida con los mínimos contactos médicos posibles. El MF o los especialistas no son más que partes del proceso, lo realmente importante es el funcionamiento global del proceso en el que embarcamos al paciente, que sea resolutivo. En realidad, en la mayoría de los casos desconocemos si nuestro trabajo en conjunto es o no resolutivo. De hecho, hasta podemos trabajar desconociendo cómo es el proceso en sí, cuáles son las peregrinaciones que realizan los pacientes y cuánto tiempo consumen en hacerlas. Este desconocimiento de procesos y resultados hace que el profesional se distancie de ellos y evite involucrarse, lo que es causa de insatisfacción y frustración.

En los últimos años, diferentes estrategias de mejora, basadas en el tratamiento integrado de la enfermedad, han demostrado ser más eficaces que los modelos convencionales y que mejoran la satisfacción de pacientes y profesionales involucrados. Así, los programas de tratamiento de insuficiencia cardíaca (IC) tras el alta deben demostrar que disminuyen las rehospitalizaciones y mejoran la supervivencia libre de eventos frente a los pacientes seguidos de forma convencional. El hecho de que un modelo haya demostrado eficacia en un medio no lleva implícito que sea extrapolable, al depender en gran medida de factores locales y personales. En la evaluación de estos modelos se ha de valorar también la sostenibilidad en el tiempo y sus costes.

Barreras y dificultades

Es responsabilidad individual de los profesionales analizar de forma crítica y mejorar la calidad de los procesos asistenciales en los que intervienen y de los que son protagonistas. Cambiar o modificar procesos establecidos desde hace tiempo con gran inercia genera siempre una resistencia debida a miedo a la pérdida del estatus, diferencias interpersonales o falta de autonomía y apoyos. Los programas de integración no suponen necesariamente crear más recursos, sino hacer más eficaces los recursos de los que disponemos.

Modelos de integración

Hay múltiples caminos que facilitan la integración desde los más sencillos, como la realización conjunta de protocolos de seguimiento con seguimientos por parte del MF de forma frecuente (con visita en caso de necesidad por parte del especialista), hasta modelos más complejos de gestión por enfermedades. Los modelos de gestión por enfermedades buscan una atención longitudinal de las dolencias para garantizar una asistencia continuada de los pacientes por parte de un equipo multidisciplinario al cual el paciente tiene fácil acceso. En ellos se detallan los pasos que deben seguir los diferentes agentes de salud en el cuidado de un paciente con una dolencia específica. Este enfoque se ha demostrado válido para enfermedades en las que hay poca variabilidad y en la que se puede predecir un curso evolutivo (IC, cardiopatía isquémica, riesgo cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes). Estos planes sirven también de nexo de unión entre las guías clínicas de las sociedades científicas y la práctica clínica; aseguran la implementación de las recomendaciones y disminuyen la variabilidad en la atención. En cardiología, las mayores experiencias de integración de recursos se han dado en el trasplante cardiaco, el tratamiento de la IC y la rehabilitación de la cardiopatía isquémica, y la mayoría de las experiencias han demostrado ser capaces de cambiar la práctica clínica y mejorar sus resultados. A continuación, describimos la estructura de uno de estos modelos basados en enfermería para la atención del paciente con IC.

Unidades de insuficiencia cardiaca como modelo multidisciplinario de integración entre ámbitos asistenciales basado en la intervención de enfermería

La IC se ha convertido en un auténtico problema de salud pública en los países industrializados por su elevada prevalencia, que aumenta con la edad, y por su impacto en cuanto a morbilidad y costes asociados.

¿Cuál debe ser el ámbito del tratamiento integral de los pacientes con insuficiencia cardiaca?

Los pacientes con IC son generalmente mayores y tienen una alta incidencia de comorbilidad. Este factor conlleva que su tratamiento sea especialmente difícil: en primer lugar porque, en razón de su edad y por tener muchos de ellos una función sistólica preservada, han sido excluidos de la mayoría de los ensayos metacéntricos, con lo que la aplicación de los avances terapéuticos se ha realizado sobre la base de la extrapolación procedente de estudios que han incluido a pacientes más jóvenes, tal y como reconocen las guías de actuación.

Además, su perfil, a menudo geriátrico, les hace más vulnerables tanto desde un punto de vista farmacológico como desde un punto de vista psicosocial: la presencia de comorbilidad, fragilidad, deterioro cognitivo y dependencia es elevada, y todos estos factores pueden influir de manera negativa en el pronóstico y el reingreso, con el consecuente impacto en los costes sanitarios.

Unidades de insuficiencia cardiaca: función y estructura

Por todo lo expuesto, en el contexto del auge de modelos asistenciales basados en el tratamiento multidisciplinario de diversas enfermedades se ha dado un impulso a la creación de las denominadas unidades o programas de IC (UIC), en contraposición con el denominado tratamiento convencional.

Las actuaciones desarrolladas por estas unidades específicas para el tratamiento de la IC tienen el propósito de verificar el diagnóstico mediante la exclusión o resolución de etiologías corregibles quirúrgica o percutáneamente, la optimización del tratamiento sobre la base de las guías de actuación, y la información y educación a los pacientes para motivarlos a seguir las normas higiénico-dietéticas y los tratamientos farmacológicos, así como la identificación y corrección a tiempo de los signos incipientes de descompensación para evitarla, ya que esta empeora el pronóstico y también el reingreso, que podría evitarse hasta en un cincuenta por ciento de los casos.

Los objetivos básicos de estas UIC son mejorar la calidad de vida, el cumplimiento y el autocuidado de los pacientes con IC, y reducir la morbilidad y la necesidad de hospitalización. La mayoría de estas unidades son multidisciplinarias, basadas en la atención por parte de cardiólogos y enfermeras cualificadas al respecto, juntamente con otros profesionales, y desarrollan su actividad en áreas asistenciales que permiten una atención ágil, inmediata posingreso o en caso de descompensación. Su componente multidisciplinario está motivado por el hecho de que evitar el reingreso en estos pacientes no solo depende de un tratamiento adecuado, basado en la aplicación de las guías clínicas, tal y como se ha demostrado en recientes estudios, sino también de un abordaje activo del componente psicosocial del paciente, ya que este componente puede suponer el fracaso de la intervención terapéutica.

Unidades de insuficiencia cardiaca: pruebas científicas y modelos asistenciales

Hay dos principales modelos de UIC basados en el hospital y/o en la atención domiciliaria. En cualquiera de estos modelos, el rol del personal de enfermería especializado en IC es primordial, ya que es el punto de referencia del paciente y sus cuidadores, no solo porque este profesional les imparte la educación necesaria para mejorar su autocuidado, sino porque también canaliza en primera instancia las consultas que se planteen y coordina la intervención de los distintos profesionales implicados en el tratamiento multidisciplinario de la IC. Ambos modelos de UIC han probado su capacidad en la mejoría de la hospitalización y la calidad de vida de los pacientes con IC respecto al llamado tratamiento convencional. Además de estos beneficios, nuestro grupo y diversos autores han demostrado una reducción de la mortalidad con este abordaje. Es posible atribuir el éxito de esta intervención, por una parte, a un incremento del grado de autocuidado de los pacientes gracias al trabajo desarrollado por enfermería, y por otra parte, a que el perfil de tratamiento neurohormonal en los pacientes con IC controlados en una UIC es más acorde con las recomendaciones de las guías de tratamiento de la IC.

Ámbitos asistenciales implicados en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca y coordinación entre ellos: experiencia del programa de insuficiencia cardiaca del Hospital del Mar (IMAS)

En el Hospital del Mar, en el año 2000 entró en funcionamiento la UIC. Desde su implantación, su estructura ha evolucionado desde una consulta monográfica de IC hasta una unidad funcional de IC multidisciplinaria que permite que un gran número de pacientes se hayan visto beneficiados de un tratamiento especializado.

Con una media de edad de setenta y dos años, más de un cuarenta por ciento mujeres y un porcentaje muy elevado de comorbilidad, nuestra intervención ha demostrado que es capaz de reducir la hospitalización y la mortalidad de los pacientes con IC cuando se compara con un tratamiento convencional. Gran parte de este beneficio estriba en un tratamiento basado en las guías de actuación, con una prescripción de bloqueadores beta cercana al noventa por ciento de los pacientes, pero también, en gran medida, es atribuible a una tarea educativa intensiva por parte del personal de enfermería, al abordaje multidisciplinario de los pacientes para asegurar que su componente psicosocial no suponga un fracaso de la intervención, así como la disponibilidad de un área de tratamiento ambulatorio con acceso libre por parte del paciente en caso de descompensación o de tratamiento terminal (hospital de día).

En la actualidad, la UIC está centrada y coordinada por el Servicio de Cardiología, tiene una estructura multidisciplinaria integrada por cardiólogos especializados en IC, personal de enfermería «especializado» en IC y cuenta con la colaboración de profesionales como geriatras, internistas, fisioterapeutas, médicos rehabilitadores, neuro-psicólogos, diabetólogos, trabajadores sociales y el equipo de cuidados paliativos. Las características definitorias de nuestra UIC son: las tareas asistenciales y el abordaje del paciente en términos educativos y de soporte están centrados en enfermería, y el funcionamiento se basa no solo en protocolos específicos, sino en que los profesionales son siempre las mismas personas físicas. Así se asegura la cohesión del equipo.

Ámbitos asistenciales en los que actúa la unidad de insuficiencia cardiaca

En el ámbito hospitalario, la UIC actúa en dos ámbitos asistenciales distintos: sala de hospitalización de cardiología y hospital de día (juntamente con la consulta externa monográfica). En cada uno de estos ámbitos, los objetivos y la actividad desarrollada son distintos. La característica fundamental de la intervención por parte de este equipo multidisciplinario es estar centrada y coordinada por enfermería, mediante unos protocolos específicos y con el soporte de una trayectoria específica de enfermería para los pacientes con IC que se aplica a todos ellos. Esta intervención está coordinada por una enfermera especializada en IC, tanto en el ámbito intrahospitalario como en el extrahospitalario.

Tras determinar las opciones de corrección y una completa caracterización etiológica, pronóstica y funcional del paciente con IC, se efectúa un seguimiento en el hospital de día durante aproximadamente unos tres meses, para titular los bloqueadores beta y los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) y comprobar de forma periódica la función renal y los iones. La enfermera instruye al paciente en la detección de los signos de alarma de descompensación, en la utilización flexible de los diuréticos y supervisa la titulación de los bloqueadores beta, además de valorar e intervenir en su entorno psicosocial. En caso de descompensación, el paciente contacta con el personal de enfermería, de manera que en el ámbito del hospital de día se pueden detectar y tratar sin ingreso las recaídas de la enfermedad. Después de tres

meses, el paciente sigue controles más espaciados presenciales (médico) y telefónicos (enfermera).

Integración de la actividad en pacientes con insuficiencia cardiaca: colaboración con atención primaria

Es fundamental la coordinación de la atención al paciente entre el ámbito hospitalario y la AP. En nuestra área hay un protocolo de coordinación para el paciente con IC que se concreta en el Programa de IC conjunto del servicio de AP del Litoral de Barcelona y el Hospital del Mar.

La figura del personal de enfermería de enlace entre ámbitos, la constante comunicación entre estos, la UIC y la AP, incluido al cardiólogo referente, son ya una realidad en nuestro entorno. Ello permite dar respuesta no solo a los pacientes con IC que son atendidos en el hospital, sino también a aquellos cuya atención se centra en AP, especialmente a los pacientes frágiles controlados mediante atención domiciliaria. Para ello se dispone de un protocolo de tratamiento común, unos circuitos consensuados y la identificación efectiva de los líderes de proceso. Creemos que este proyecto, o proyectos similares adaptados a la realidad de cada territorio, puede aportar una mejor atención del paciente con IC mayor que ahora no se beneficia de una intervención específica por parte de enfermería, dadas sus características (anciano, frágil, imposibilidad de desplazamiento a un centro de salud) y que puede revertir en una mejoría de la hospitalización y su calidad de vida.

Conclusiones

Los programas de IC constituyen un ejemplo vivo del trabajo basado en el paciente y en la integración de ámbitos asistenciales. Estas unidades no solo integran la atención a pacientes en diversos ámbitos hospitalarios, sino que además constituyen un potencial para mejorar la integración de la asistencia entre el hospital y la AP. La aproximación, pues, del paciente y de los ámbitos asistenciales donde se le atiende asegura la continuidad asistencial, aunque esta es una dirección de trabajo no exenta de dificultades, para lo que es necesario invertir recursos desde las administraciones.

4. Unidad de alta resolución en enfermedades reumatológicas y del aparato locomotor

En la experiencia que se describe a continuación se integran de forma transversal una atención centrada en el plan director de enfermedades reumáticas de la Generalitat de Cataluña con ciertas características innovadoras: la contratación de un reumatólogo desde AP, el papel de enfermería y unos resultados de proceso y en salud y eficiencia que avalan su continuidad.

Nombre del proyecto: aplicación del plan director de las enfermedades reumáticas y del aparato locomotor de Cataluña del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña de los centros de salud ALTHAIA. Red Asistencial y Universitaria de Manresa, con la creación de una unidad de alta resolución en enfermedades reumáticas y del aparato locomotor.

Agente responsable: Dr. Marcel Prats.

Centros de salud ALTHAIA: Barri Antic i Bases de Manresa (2012).

Red asistencial y universitaria de Manresa.

Fundación ALTHAIA.

Antecedentes

El 23 de noviembre de 2010 se aprueba el plan director de las enfermedades reumáticas y del aparato locomotor, en el acuerdo GOV / 237/2010, que lleva por nombre Plan director de las enfermedades reumáticas y del aparato locomotor de Cataluña del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.

Althaia es una red asistencial y universitaria de servicios sanitarios que permite adaptar medidas integradas de gestión y de actividad de acuerdo con las necesidades de la población.

A fecha 1 de enero de 2011, con la intención de poner en marcha el contenido de dicho plan, en los centros de salud ALTHAIA (M1 Barrio Antiguo y M3 Bases de Manresa) y exclusivo para estos centros, se:

- Incorporó un equipo de alta resolución formado por un reumatólogo y por un enfermero, ambos profesionales del propio equipo de atención primaria, exclusivo para los dos centros de salud Althaia, redistribuyendo los recursos propios.
- Creando con estos profesionales una unidad de alta resolución en las patologías más prevalentes con técnicas de imagen integradas y tratamientos en la misma consulta. Uso de ecografía y práctica de infiltraciones eco-dirigidas, biopsias y lavados articulares, entre otros, creando la unidad de alta resolución a partir de una redistribución de las actividades de los profesionales y de gestión del propio presupuesto.

Objetivos principales

Mejorar la capacidad resolutoria de los profesionales de la atención primaria en las enfermedades del aparato locomotor con criterios de calidad y eficiencia de acuerdo con el citado plan director.

Objetivos específicos

- Simplificar criterios de derivación, aplicando protocolos y disminuyendo derivaciones inadecuadas y duplicidad de visitas (reumatología, traumatología, rehabilitación).

- Definir una formación continuada de los profesionales médicos y enfermeros en forma de consultorías acreditadas.
- Introducir la realización de pruebas como ecografías, infiltraciones eco-dirigidas, biopsias, limpiezas articulares desde una unidad de alta resolución de los centros de salud.
- Potenciar las consultas de alta resolución y terapéuticas adecuadas a la misma consulta del reumatólogo o del médico de familia o enfermo siempre que sea posible.
- Evaluar anualmente los resultados obtenidos con criterios de calidad y eficiencia.
- Evaluar la satisfacción de los profesionales y pacientes.
- Analizar los costos y la eficiencia que justifiquen la continuidad del proyecto.
- Mantener equilibrado el presupuesto de AP asignado.
- Mantener, no incrementar, o mejorar la lista de espera.

Descripción

Reumatólogo: la actividad del reumatólogo se desarrolla durante quince horas a la semana, con el objetivo de desarrollar el contenido del plan director locomotor en los centros de salud de Althaia, a través d un equipo de alta resolución en el abordaje de patologías del aparato locomotor descritas en el programa, para llevar a cabo el contenido del plan director citado:

- En el centro (1 día): para seleccionar candidatos, según el protocolo, para ser atendidos por el reumatólogo de AP, derivados de otras especialidades o devueltos al médico de familia o enfermero.
- En los centros (2 días): con visitas de pacientes derivados por los médicos de familia y preseleccionados según el protocolo.
- En consultas externas del hospital: (2 días) con visitas de pacientes que necesitan técnicas como ECO, infiltraciones eco-dirigidas, biopsias y otras técnicas.
- Consultorías en AP para revisar protocolos, comentar casos.
- Comunicación entre profesionales de AP en línea, por teléfono, correo electrónico, intranet, historia clínica única.

Enfermero: el objetivo principal del enfermero de referencia de la unidad de AP es incrementar la capacidad resolutive de los profesionales de enfermería. La actividad del enfermero se desarrolla durante:

- Inicialmente, dos horas a la semana: actividad programada derivada del reumatólogo o enfermera o del médico de AP según el protocolo.
- Consultorías mandadas a la enfermería.
- Referente de enfermería por correo electrónico o teléfono.

Los objetivos de enfermería son:

- Orientación para aumentar los conocimientos del paciente sobre la enfermedad.
- Información, formación, monitoraje, control de efectos adversos y formación en autoadministración de fármacos.
- Realización de ejercicio: diseñado en función de las características del enfermo y bajo supervisión.
- Control del dolor.
- Protección articular: formación en economía articular para realizar las actividades de la vida diaria con el menor esfuerzo articular posible.

- Aprovechar el beneficio de las ayudas técnicas y dar pautas de ergonomía articular para conseguir mayor independencia.
- Promover la autocuración evitando la cronificación y complicaciones.

Otras funciones de enfermería:

- Seguimiento de los protocolos y de los tratamientos.
- Curas relacionadas con la nutrición, las posturas, el ejercicio físico, la conducta, la prevención y la restauración de la salud.
- Educación en medidas higienicoposturales, dietéticas, y entrenamiento en ejercicios básicos de rehabilitación.
- Colaboración con el médico en la realización de las técnicas.
- Colaboración en protocolos de investigación.
- Contención de las visitas.
- Seguimientos continuado.

Actividad en forma de consultorías del equipo de alta resolución (reumatólogo y enfermero)

El reumatólogo lidera las consultorías de los médicos de familia; el enfermero de referencia lidera las de enfermería. Y ambos se coordinan para que las consultorías estén coordinadas y complementadas.

- Realización de sesiones con descripción y protocolización de las principales enfermedades del aparato locomotor y la conducta que seguir.
- Realización de consultorías de los casos atendidos.
- Mejora del nivel de conocimiento de los médicos de familia y enfermeros, de la capacidad de resolución individual y con consultoría.
- Mejora de la experiencia del médico de familia en la resolución de patologías.
- Creación de los circuitos específicos de derivación de visitas que permitan una elección adecuada.
- Definición de las consultas de alta resolución, para las patologías de mayor prevalencia que integran la clínica, con el diagnóstico por la imagen (ecografías) y la realización de los tratamientos más habituales en la misma consulta.
- Contención del gasto en pruebas complementarias de alta tecnología (RNM).
- Contención de la duración de las ILT.
- Mejora de la eficiencia en la consulta de primaria.
- Disminución del número de derivaciones a las unidades especializadas.
- Reducción de las listas de espera.
- Potenciación del papel del referente de enfermería para realizar labores de educación higienicopostural y rehabilitación funcional básica.
- Potenciación de las consultorías de enfermería con el enfermero referente.
- Disminución de la frecuentación de las patologías crónicas y de la demanda.

¿Por qué es una experiencia innovadora?

La característica que define este proyecto de alta resolución para abordar las patologías reumáticas de acuerdo con el citado plan director, y considerándolo como a innovador, es, a nuestro parecer, la alta integración de los diferentes actores en la atención al paciente de aparato locomotor:

- Mejorando la calidad y eficiencia al abordar las patologías del aparato locomotor, eficiencia y calidad de los profesionales en atención primaria; creando la unidad de alta resolución a partir de los recursos; formando parte de una red integrada de servicios, y logrando una redistribución de las actividades del propio equipo de profesionales, sin alterar el presupuesto del AP de ALTHAIA para sus centros de salud, Barri Antic i Bases de Manresa, en el año 2010.
- Centralización y estandarización de las peticiones, cosa que permite una elección apropiada para el reumatólogo de toda la patología del aparato locomotor que se deriva desde medicina de familia, su resolución o la derivación apropiada.
- Consultas de alta resolución en las patologías más prevalentes con técnicas de imagen integradas y tratamientos en la misma consulta.
- Uso de ecografía y práctica de infiltraciones eco-dirigidas, biopsias y limpiezas articulares.
- Referencia de enfermería para apoyo de patología crónica de aparato locomotor con educación en medidas higienicoposturales, dietéticas y entrenamiento en ejercicios básicos de rehabilitación.

Tipos de impacto

1) **Ámbito**

- Productividad y eficiencia económica.
- Sostenibilidad.
- Calidad y seguridad.

2) **Agentes sobre los que recaer el impacto de la innovación**

- Sistema sanitario.
- Centro sanitario.
- Profesionales sanitarios.
- Pacientes.
- Otros.

Descripción cuantitativa del impacto

Reducción del 19% de derivaciones a medicina especializada (2011):

Reducción del número de derivaciones del periodo 2011 respecto al 2010 a medicina especializada en un **19 %**, resultado del aumento de grado de especialización de los profesionales de la atención primaria, tanto médicos como enfermeros.

Resolución e inversión de las derivaciones específicas contempladas en el plan director:

En 2010 se derivaron un 83% al Servicio de Traumatología, y un 17% al Servicio de Reumatología.

En 2011, **un 78% se resuelven en la consulta del aparato locomotor de la atención primaria**; tan solo un 22% del total de consultas se derivaron a especializada.

Cuando se analizan en 2011 los procesos más consultados por los profesionales:

1) % (procesos no codificados por los médicos de AP, en el inicio del proyecto).

2) Los siguen artrosis de rodilla, artrosis lumbar, artrosis de lugar no especificado y enfermedades inflamatorias.

Cuando se ha integrado el equipo de reumatología con los médicos y enfermeros, los resultados de la unidad nos muestran:

Cuando se analizan las derivaciones de los médicos y se compara con los diagnósticos de la unidad observamos:

Disminución de un 17,37% a un 0,64% de «otros», indicando una mejor detección y codificación de los procesos, pasando de principal motivo de consulta a último.

Mejoras en la lista de espera: **disminuyendo hasta los 45 días en 2011.**

La lista de espera actual en mayo de 2012 es de:

7-15 días: para visita a la unidad del aparato locomotor en la AP.

Curso de 20 horas de formación continua. Acreditación oficial para médicos de familia (2011), realizado por los propios profesionales de AP de la unidad citada.

Curso de 20 horas de formación continua. Acreditación oficial para enfermeros (2011) realizado por los propios profesionales de AP de la unidad citada.

Descripción cualitativa del impacto

Pendientes de resultados de la encuesta de satisfacción con la AP:

- La educación del profesional ha permitido una mayor resolución en la consulta del médico de familia de procesos del aparato locomotor, cosa que ha implicado una disminución de visitas y del tiempo de espera de los pacientes.
- La unificación del circuito de derivación y protocolización permite una derivación muchas más apropiada de los pacientes que necesitan ser derivados, evitando duplicidades de visitas a unidades de traumatología - rehabilitación funcional - reumatología.
- Les consultas de alta resolución que integran diagnóstico por la imagen y tratamiento en la misma visita permiten una resolución rápida de los procesos más prevalentes y disminuyen la necesidad de pruebas de alta tecnología (resonancias magnéticas).
- La referencia de enfermería para educación postural y rehabilitación funcional básica permite un seguimiento mejor y la disminución de la frecuencia en patologías crónicas.

Evaluación de la experiencia

Se ha mejorado la calidad y eficiencia a la hora de abordar las patologías del aparato locomotor, con criterios de eficiencia y calidad de los profesionales y para los profesionales en atención primaria, aplicando el plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor en la AP:

- Creando la unidad de alta resolución a partir de los profesionales y de los recursos.
- Redistribuyendo las actividades del equipo de profesionales.
- Manteniendo un presupuesto equilibrado del AP de ALTHAIA para sus centros de salud, Barri Antic i Bases de Manresa, el año 2010.
- Potenciando el papel tanto del reumatólogo como del enfermero de referencia, de los médicos y enfermeros de acuerdo con el plan director.
- Formando parte de una red integrada de servicios.
- Obteniendo unos resultados que justifican la continuidad del proyecto:
 - Actualmente estamos en el análisis de los datos 2011 y del primer trimestre 2012, ya específicas para patología, con resultados que presentaremos en breve.
 - Estamos analizando el impacto en pruebas complementarias y farmacia que ha supuesto esta reducción del 19% del total de visitas e inversión de las derivaciones a especializada.

Consideramos que se trata de un proyecto innovador, ya que con recursos propios y de acuerdo con el presupuesto del AP y por el hecho de formar parte de una red integrada de servicios sanitarios como es la red asistencial y universitaria de Manresa Fundación ALTHAIA, se adaptan y organizan los recursos para dar respuesta a las necesidades tanto de la población, de los profesionales y de la organización como del sistema sanitario catalán:

- Implementando el plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor.

- Mejorando la resolución de la AP.

Nota

Actualmente, el proyecto que lideramos en la Fundación Althaia es candidato a premio ESADE-CSC en innovación. Ha sido divulgado en distintos foros de gestión, entre los que destacamos: Jornada Pla Salut (2012, noviembre-diciembre), y V Jornada Innovación UHC-CSC, donde ha sido considerado proyecto innovador destacado 2011-2012.

5. Paciente experto

El programa Paciente Experto del Institut Català de la Salut parte de la mejora de la salud de la población a través de la potenciación del autocuidado, en una iniciativa multidisciplinaria basada en la colaboración entre paciente y profesional sanitario. Incide en la mejora de la calidad de vida de los enfermos crónicos y de la de sus familiares, en la toma de decisiones compartida como una parte más integrada en el proceso asistencial.

El programa consta de hasta nueve sesiones estructuradas en módulos formativos en los cuales el paciente experto habrá de exponer un tema concreto. El hecho diferencial del programa es que el conductor de las sesiones es un paciente que ha experimentado en primera persona los síntomas y los problemas que se tratan y es, por lo tanto, quien más adecuadamente puede hablar a otras personas que han padecido o padecen las mismas experiencias. El profesional sanitario pasa a desarrollar un papel de observador, pero puede actuar como reconductor de la sesión en caso de que fuese necesario, lo que pocas veces ocurre dado que el protagonismo lo ejerce el propio paciente experto.

Entendemos como **paciente experto** a aquella persona afectada por una enfermedad crónica que es capaz de responsabilizarse de la propia enfermedad y autocuidarse sabiendo identificar los síntomas, respondiendo delante de ellos, y adquiriendo herramientas que lo ayuden a gestionar el impacto físico, emocional y social de la patología, mejorando así su calidad de vida.

El programa Paciente Experto ICS, cuyo centro es la persona afectada por una enfermedad crónica y cuya finalidad es potenciar el autocuidado, es una iniciativa multidisciplinaria basada en la colaboración paciente - profesional sanitario, así como en el trabajo de equipo.

Pretende incidir en la mejora de la calidad de vida de los pacientes afectados por una enfermedad crónica y la de sus familiares, compartiendo con ellos la toma de decisiones como una parte más del proceso asistencial.

Las sesiones se estructuran en una parte teórica y otra de práctica. El número de participantes se limita a diez con la finalidad de garantizar una comunicación fluida y efectiva entre los participantes del grupo. Se distribuye el territorio de manera que distintos centros de salud se reparten las distintas patologías crónicas con intercambio de pacientes según sus patologías de base. Los principales grupos son de ICC, MPOC, Anticoagulación, DM y HTA.

Referencia bibliográfica

A. González y otros (2008). «De paciente pasivo a paciente activo. Programa Paciente Experto del Institut Català de la Salut». *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*.

Tanto los indicadores como los resultados obtenidos se registran en una misma base de datos del Departamento de Salud, y son accesibles para todos los grupos que participan.

Del análisis de los primeros resultados que se obtuvieron en los primeros grupos realizados en los años 2006 y 2007 al finalizar el programa, un 20,1% mejoró los hábitos de vida y un 9,2% los conocimientos adquiridos. A los seis meses se observó una mejoría, estadísticamente significativa, de un 25% (5-42,4%) en los hábitos de vida y de un 13,2% (9,4-17%) en los conocimientos, respecto a los resultados obtenidos al inicio de la intervención.

El programa Paciente Experto inicialmente nació como un programa del Institut Català de la Salut para posteriormente formar parte de la propia Consejería de Salud como objetivo para todo el territorio catalán.

6. Kaiser Permanente

Kaiser Permanente es el mayor proveedor sanitario privado de Estados Unidos. Fundado en 1945 como una organización sin ánimo de lucro, opera como un subsistema sanitario que integra la función de aseguramiento y de provisión.

El modelo Kaiser Permanente ha despertado mucha atención en el Reino Unido en los últimos años, en gran parte por la publicación de un estudio comparativo con el National Health Service (NHS) del Reino Unido, que mostraba un mejor rendimiento de Kaiser Permanente de California en la mayoría de los indicadores analizados, entre los cuales destacaba la gran diferencia en frecuentación de hospitales de agudos.

Kaiser Permanente integra la función de aseguramiento (*health plan*) y diversas estructuras de provisión, incluidos sus treinta hospitales y el Permanente Medical Group (PMG), que emplea a los once mil profesionales médicos que trabajan en Kaiser, junto con otros ciento treinta y cinco mil trabajadores. La población asegurada ronda los ocho millones y medio de personas en nueve Estados diferentes y en el distrito de Columbia. El 70% del colectivo de asegurados se ubica en California.

La financiación estimada para 2004 era de veinticinco mil millones de dólares, que proceden en un 64% de sus miembros, un 28% de fondos públicos (principalmente vía Medicare), un 4% de copagos y el resto de fuentes diversas.

Kaiser Permanente opera en un entorno altamente competitivo con presiones simultáneas de contención de costes y de mejora de la calidad de la atención. La respuesta estratégica de Kaiser es un enfoque de mejora de salud poblacional; trata de minimizar la utilización y presta servicios en el nivel de atención más coste-efectivo. Como consecuencia de este enfoque, las barreras tradicionales entre niveles se difuminan y surge un modelo de atención integrada con soluciones innovadoras, donde se potencia al máximo la capacidad resolutive en el nivel de atención primaria y comunitaria, y se presta especial atención a la minimización de las hospitalizaciones, que son vistas como un «fallo del sistema», en palabras del director ejecutivo de PMG.

Para los directivos de Kaiser los rasgos que definen el éxito de su modelo son:

- Enfoque de salud poblacional.
- Liderazgo clínico.
- Práctica profesional en equipos que colaboran de forma integrada.
- Profesionales médicos contratados por una misma organización (PMG) y que trabajan en exclusividad.

- Compromiso con la gestión del conocimiento, con la difusión de las mejores prácticas y con el aprendizaje organizativo.
- Énfasis en la prevención, detección precoz y educación sanitaria.
- Gestión activa y coordinada de las enfermedades crónicas.
- Importancia de la investigación clínica.
- Atención sanitaria basada en la evidencia.
- Énfasis en la calidad clínica.

Enfoque de salud poblacional

La misión de Kaiser Permanente es:

«Proveer de atención sanitaria de alta calidad y accesible económicamente a sus asegurados y pacientes, y mejorar el estado de salud de las comunidades a las que sirve.»

Su visión es:

«Ser el líder mundial en la mejora de salud a través de la provisión de atención sanitaria integrada de alta calidad accesible económicamente y ser distinguidos por su implicación social, responsabilidad médica en las decisiones clínicas y alianzas sostenibles y duraderas entre la aseguradora, los proveedores de atención y los representantes de los asegurados.»

Liderazgo clínico

Se asume un proyecto cooperativo entre clínicos y gestores con responsabilidades compartidas y coordinadas, pero dentro de un marco de liderazgo clínico, entendido como clara priorización de los procesos asistenciales como el núcleo duro de su negocio.

Esto tiene su reflejo en que todos los médicos son asalariados de PMG en régimen de exclusividad, y accionistas potenciales al cabo de un año de desempeño satisfactorio. Los incentivos y las reglas del juego son comunes para todos; así se genera un modelo autogestionado que fomenta una visión y un riesgo compartido.

Atención integrada

Kaiser asume que la integración de la atención mejora la experiencia del paciente y resulta eficiente al tratar a los pacientes para evitar retrasos, duplicidades y otros efectos disfuncionales. La integración se sostiene en un modelo de atención primaria potenciada con perfiles de especialistas: ginecólogos, obstetras, pediatras, dermatólogos, oftalmólogos, etc. Las barreras entre niveles se difuminan al verse de forma unificada el proceso de atención; para ello se emplean programas de pacientes crónicos, vías clínicas y otras herramientas.

Potenciación de la capacidad resolutive del primer nivel

Se cuenta con grandes centros de atención primaria (*Primary Care Campuses*) que disponen de amplios medios diagnósticos y terapéuticos y grupos de profesionales que conforman equipos dentro de los cuales existen médicos de primaria y especialistas. La potenciación de la integración y la capacidad resolutoria es especialmente apreciable en estos *campuses*.

La unidad básica de atención primaria la componen de siete a diez médicos de primaria, uno de los cuales actúa de líder; además, hay unos tres profesionales de enfermería y presencia de perfiles de educadores sanitarios y de médicos especialistas en modificación de conductas.

En líneas generales, los servicios de atención primaria de Kaiser muestran una dedicación media por consulta de veinte minutos, así como una gran accesibilidad y capacidad de resolución.

Además, el primer nivel desempeña un papel fundamental en la minimización de los episodios agudos y exacerbaciones que provocan las admisiones hospitalarias. Con este fin, se desarrollan los programas de pacientes crónicos (por ejemplo, asma, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], insuficiencia cardiaca, rehabilitación cardiaca, hiperlipidemias, etc.), que enfatizan la prevención y la detección precoz. Está probado que el manejo proactivo y planificado de estos pacientes evita los riesgos de hospitalización y reduce los costes. Asimismo, se emplean prácticas asistenciales innovadoras, en muchos casos de desarrollo propio, como son la utilización de sesiones grupales, la promoción del autocuidado y el trabajo dentro de una lógica de mejora continua con base poblacional.

Optimización del tiempo médico

Kaiser busca optimizar el tiempo médico concentrándolo en la interacción con el paciente. Para ello se aligera al médico de cargas administrativas, se usan otros perfiles profesionales siempre que se puede, se realizan consultas grupales, se desarrolla la capacidad del primer nivel y, en general, se adoptan todo tipo de enfoques que permitan mejorar el aprovechamiento de este personal, cuyo coste salarial en Estados Unidos es muy elevado.

Reducción al mínimo de la hospitalización

El objetivo es reducir al mínimo tanto la frecuentación hospitalaria como la duración de la estancia, sin comprometer la calidad de la atención. Para ello:

- Se trabaja activamente el dimensionamiento y la organización de los servicios de urgencias para evitar ingresos innecesarios.
- Se dispone de equipos de «hospitalistas» médicos experimentados que se ocupan de la atención y el seguimiento de los pacientes del ingreso al alta, sin otro tipo de ocupaciones. La introducción de este perfil se asocia con

una reducción en un 25% de la estancia media y una mejora de la calidad de la atención. Este rol profesional se introdujo en 1996.

- Se invierte en la planificación del alta con una adecuada coordinación con otros dispositivos.
- Se hace un uso extensivo de vías clínicas, algunas de las cuales –como las de apendicectomía, mastectomía, prótesis de cadera, endarterectomía carotídea, prostatectomía, etc.– han permitido reducir en un cincuenta por ciento la estancia media.
- Se optimizan los quirófanos mediante planificación y cumplimiento riguroso de las programaciones.
- Se asegura al máximo el acceso rápido al alta, bien a domicilio, bien en otros dispositivos.

Invertir en la ventaja competitiva

Kaiser asigna recursos para elementos diferenciales que identifica como su ventaja competitiva. A continuación, reseñamos algunas de sus áreas prioritarias de inversión:

- Programas que mejoran los resultados de salud individual y poblacionalmente. Estos programas están orientados a patologías crónicas como enfermedades cardiovasculares, diabetes, asma y cáncer, y están basados en evidencia científica de calidad.
- Intervenciones conductuales: se reconoce el rol de estas intervenciones en la modificación de conductas no saludables. Para ello existen especialistas en este tipo de intervenciones dentro de cada unidad de atención primaria.
- Servicios de urgencias de alta capacidad de resolución y en médicos hospitalistas con el propósito de optimizar el recurso cama.
- Mejoras en aspectos logísticos que permiten reducir las demoras en obtención de resultados de pruebas diagnósticas.
- Una gestión activa y sistemática de la prescripción farmacológica. En este sentido, la elaboración de un formulario basado en fármacos de bajo coste y efectividad demostrada ha involucrado a cuatrocientos profesionales, de tal forma que se considera un instrumento propio y de aceptación general, como lo demuestra un 97% de prescripciones basadas en el formulario.
- Desarrollo de un amplio programa de investigación propia. Kaiser lidera o participa en más de mil estudios de alcance nacional. Su apuesta por

Referencia bibliográfica

R. Nuño (2007). «Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente». *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI* (vol. 5, n.º 2, págs. 282-292).

la investigación está muy vinculada a proyectos que permitan mejorar de forma rápida sus resultados en beneficio de su población asegurada.

- Tecnologías de la información. Un 4,6% de la facturación de Kaiser se destina a sistemas de información, principalmente orientados a la mejora de la atención y a la ayuda a los profesionales en su ejercicio.

7. Colaboración pública-privada

Ya para terminar, otra reflexión que está presente en todos los foros de salud: ¿debemos introducir colaboraciones públicas-privadas que incrementen los resultados en salud en el propio sistema sanitario público?

Veamos, por ejemplo, una experiencia que realizamos en Althaia, fundación privada que gestiona servicios públicos en la ciudad de Manresa, y que se puede consultar en Canal Salud, dentro de propuestas innovadoras en salud: Althadent. Clínica dental privada. Primer premio Innovació en gestió a les persones, premios Unió a la Innovació en gestió, segunda edición 2011, y del cual citamos la introducción:

En la actualidad, el sector salud que había sufrido un crecimiento económico exponencial en la década anterior, está inmerso en una situación de crisis, que, más allá de medidas de contención, se ve obligado a hacer una reflexión sobre si el modelo sanitario actual puede ser más eficiente, más eficaz, manteniendo los elementos de calidad, seguridad y eficiencia característicos del sistema público.

Ante esta nueva situación, se pone en evidencia que el estado del bienestar tal como lo hemos construido no se puede nutrir solamente de financiación pública, sino que hay que estudiar otras vías de financiación, desde el control del gasto hasta fórmulas de copago, con fórmulas de retorno con nuevas carteras de servicios gratuitos en la misma población de referencia, o aportaciones directas a la financiación de las instituciones y los profesionales que la desarrollan.

En este sentido, la Fundación Althaia, Red Asistencial de Manresa (servicios integrales a las personas en los ámbitos sanitario y social, atención primaria y hospitalaria, atención a la dependencia, salud mental y medicina del deporte), permite como fundación privada buscar nuevas fórmulas de gestión en la cooperación pública-privada dentro de la misma organización.

La División de Atención Primaria de Althaia es la que gestiona dos de los cuatro centros de salud de la ciudad de Manresa por encargo de CatSalut: Barri Antic (Manresa1) y Bases de Manresa (Manresa3), con un total de aproximadamente cuarenta mil usuarios, con su servicio de odontología que ofrece una cartera pública de servicios con financiación y contrato CatSalut.

Entre 2004 y 2009 se desarrolla también una actividad odontológica privada en el centro de salud Barri Antic, con la participación de un odontólogo y un higienista, en prestación de servicios por convenio con la institución. La actividad que desarrollaban estaba dirigida a la población de referencia del centro de salud, y también a profesionales de Althaia, aunque la campaña de marketing estaba pensada para la población de referencia del propio centro. Se daban cinco elementos favorables para desarrollar Althadent como clínica dental privada desde la División de Atención Primaria de Althaia, integrada dentro de Althaia como unidad de negocio que aportara unas prestaciones complementarias y una financiación privada a la institución:

- El modelo sanitario catalán permite que las organizaciones concertadas desarrollen nuevas líneas de prestaciones complementarias como actividad privada, que puedan mejorar el número de prestaciones, la calidad y la satisfacción del usuario y la financiación.
- La cartera de servicios odontológica propuesta por el Servicio Catalán de la Salud define muy bien qué prestaciones están contratadas y, por tanto, cuáles quedan fuera de la cartera pública de servicios.

- La actividad privada odontológica a los centros de salud de Althaia ya se había iniciado en el centro de salud Barri Antic (2004-2009), orientada a mejorar la calidad odontológica sobre todo de la población de referencia.
- El modelo de Althaia facilita la creación de sociedades médicas formadas por profesionales especialistas, como son actualmente Pediatras Asociados, Unidad Traumatología, Rehabilitación y Medicina del Deporte (CIMET), Unidad Anestesiología y Tratamiento del Dolor (GAB), Unidad de Medicina Interna (semimate), y otros como unidades de urología, maxilofacial o instituto oftalmológico de Manresa.
- La División de AP de Althaia, motivo de estos trabajos, pone en marcha Althadent: clínica odontológica privada de Althaia dentro de los centros de salud, con nuevas prestaciones complementarias y, por tanto, no contratadas por el CatSalut, que puedan aportar una cooperación pública-privada como nueva línea de financiación dirigida a toda la población, a los profesionales que participan y a la propia institución.

El elemento central sobre el que recae nuestro sistema sanitario público se basa en la relación entre el grado de experiencia del profesional de la salud, el nivel de satisfacción de nuestro usuario y cómo se abordan los problemas de salud y mantenimiento de estructuras, proveedores, organizaciones; en definitiva, un sistema sanitario viable y capaz de aguantar una continuidad en el tiempo, con niveles de calidad y reconocimiento como los que hemos tenido hasta hoy.

Por otra parte, los seguros privados en Cataluña tienen un escenario aún de crecimiento del año 2010, y cerca del 23,8% (2008) de su población con doble seguro; hay que pensar, sin embargo, que en época de crisis estas entidades puedan quedar afectadas, y que las entidades que pueden cubrir mejor estos mercados y ser sostenibles sean las que aporten un valor añadido a su población, a un coste inferior.

Es obvio pensar que el desarrollo de nuevas líneas de financiación pública-privada en un entorno público pueda dar mejor respuesta a los elementos mencionados de calidad, eficiencia y satisfacción del paciente, revirtiendo estos financiación en los actores del sistema, es decir, en las organizaciones, en los profesionales y en los pacientes.

Durante el año 2010 se diseña y pone en marcha la Clínica dental privada de la División de AP de Althaia, con el nombre de Althadent, como una prestación privada que complementa la actividad pública, que aporta un incremento de prestaciones sanitarias no contratadas por el CatSalut, y que aporta también un valor añadido tanto al usuario y al profesional como a la institución y el sector sanitario.

8. A modo de conclusión

Para terminar y a modo de conclusión, cabe señalar que estamos ante una nueva era que nos obliga a repensar el modelo sanitario para mejorar la eficiencia, mejorar la atención a las personas de mayor riesgo y a los pacientes crónicos complejos, y hacerlo de una forma integrada, lejos de cualquier verticalidad por edificios, modelo típico de la posreforma sanitaria.

Podemos pensar, inventar, probar, estudiar, analizar, buscar, pero solo podremos hacer frente a la mejora de la calidad, la eficiencia, la satisfacción y la seguridad del paciente si trabajamos de una manera integrada, aportando lo mejor de nosotros mismos.

Lectura recomendada

Se recomienda la lectura del siguiente informe:

Unió Catalana d'Hospitals (2011). «Repensant el Model Sanitari Català».