

Mesa de debate: Resultados en innovaciones organizativas al servicio del paciente



De izquierda a derecha: Josep Basora, Juan Luis Burón y Jon Guajardo.

Participantes:

Jon Guajardo Remacha. Gerente. Hospital de Galdakao. País Vasco

Josep Basora Gallisa. Presidente de la Sociedad Española de Medicina de Familia. Cataluña

Moderador: **Juan Luis Burón Llamazares.** Director Gerente. Hospital General de León. Castilla y León

Cuestiones planteadas

- ¿Estamos midiendo los resultados que obtenemos de los nuevos modelos de integración entre niveles asistenciales?
- ¿Los pacientes notan una mejora en la asistencia integrada? ¿Cómo lo estamos midiendo?

- ¿Qué impacto tiene en la financiación del Hospital la libre elección de centro?
- ¿Cuáles han sido los problemas encontrados? ¿Cómo los perciben los profesionales y los pacientes?

J. L. Burón: En la mesa habíamos empezado con ese símbolo del paciente

es lo primero. Queríamos ver los resultados, no que se hablara tanto de la integración Primaria Especializada, que hace años, en un Congreso en Santander, hablamos que teníamos que integrarnos, hacer la continuidad asistencial, que era fundamental. Pasado el tiempo, y ya hay muchas experiencias, tenemos que hablar aquí de qué resultados ha habido y cómo se ve.

J. Basora: La pregunta es qué resultados encontramos en cuanto a la integración asistencial. Hemos evolucionado mucho en el concepto de integración asistencial, y aquí tenemos un *gap*, es decir, hay muchas publicaciones internacionales que demuestran la efectividad de la asistencia integrada y pocas españolas. Sin embargo, hay unos resultados muy patentes en esta integración y, a lo mejor, son un poco obvios, pero, con el tiempo, ves que son un paso adelante, y seguramente nadie volvería atrás. Compartir información, la historia clínica única, tener una integración hospital Primaria, compartiendo conocimiento, es decir, la aceptación de que hay vida inteligente en el Hospital, y la hay en la Primaria, los profesionales quedan y pactan, es a partir del conocimiento que se acepta. Sentar a dos actores en una misma silla, que parece fácil, no lo es. Consensuar guías, pactar criterios de evaluación, tener una comunicación fluida a través de las nuevas tecnologías y, algo que define a los modelos integrales, dar más pasos adelante. Pero hay innovación, y la asistencia integral es posible siempre y cuando dotemos a los centros de Atención Primaria de muchas ventajas tecnológicas y diagnósticas, y que potencien su efectividad.

Como médico de familia tengo que decir que, a la sociedad que represento, nos ha costado aceptar que la integración era necesaria y, ahora que lo hemos aceptado, nadie daría vuelta

atrás. Lo aceptamos por necesidad y recuerdo que, a la semFYC, junto con la Sociedad Española de Medicina Interna, les propuso la primera Conferencia de Atención al Paciente Crónico, donde creemos que a partir de la periodicidad esta asistencia integral se hace mucho imprescindible, es decir, nadie puede actuar solo, tenemos que contar con equipos multidisciplinares, con una experiencia hospitalaria, Primaria, y espíritu de colaboración. Otra cosa distinta es que tenemos multitud de modelos, que quieren llegar a ser organizaciones integrales y a algunas, hay requisitos, les faltan cosas, y quizás sí necesitaríamos evaluar los modelos para saber cuál es mejor. Se presentan distintos modelos, adaptados al territorio, pero necesitaríamos, y es la petición que ha hecho semFYC al Ministerio de Sanidad, poder evaluar qué modelos son los más efectivos.

“La asistencia integral es posible siempre y cuando dotemos a los centros de Atención Primaria de muchas ventajas tecnológicas y diagnósticas, y que potencien su efectividad”

Josep Basora Gallisa

J. L. Burón: ¿Qué resultados podemos aportar y qué visión tienes de esa relación Primaria Especializada, fórmulas de comunicación o gestión?

J. Guajardo: La experiencia en Osakidetza, el País Vasco, precisamente tratando con la patología de los pacientes crónicos, y en ese modelo de relación entre Primaria y Especializada, permitió generar una serie de contactos, procesos conjuntos, que han ido madurando hasta generar lo que son las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI), que es el modelo que estamos

intentando implantar, de forma progresiva, prácticamente a todas las organizaciones de Osakidetza. La organización que represento, la OSI Barrualde-Galdakao, agrupa dos organizaciones, llevamos nueve meses con este nuevo sistema organizativo, hace referencia a lo que era el Hospital Galdakao-Usansolo, un hospital terciario, uno de los tres que tiene Vizcaya. Ya hay experiencia, entre otras, en Guipúzcoa, en hospitales más pequeños, comarcales, de unas 300 camas, para una población de referencia de 300.000, y abarcábamos, el hospital con una comarca inferior, con otra más grande, doscientos y pico mil ciudadanos, aproximadamente unos setenta u ochenta puntos de atención, siete días de AP.

Y, a partir del 1 de enero de 2014, y siguiendo las indicaciones del plan estratégico y de la Consejería, se decide trabajar en un modelo integral que es el asistencial. El objetivo principalmente no es una gerencia única, tiene que haberla, sino un modelo donde el paciente sea el centro, como decimos, pero de una manera real. La experiencia que tenemos es corta, son nueve meses y resultados no hay muchos, porque quizás los objetivos, y así lo hemos definido en nuestro Plan Estratégico, están previstos para los próximos dos o tres años. Pero sí estamos consiguiendo resultados, a corto plazo, porque es importante, tanto para el ciudadano, que no es consciente, como para los profesionales, aunque sea un elemento motivador. Para mí, como responsable de la organización, es fundamental, para conseguir resultados, la implicación de los profesionales y que, como equipo directivo, tengamos claras las cosas y que realmente queremos trabajar en una sola organización. A veces, lo fácil es seguir trabajando la Primaria por un lado, la Hospitalaria por el otro, y en ese sentido hemos ido en esta nueva OSI. Hemos creado unas dinámicas, interesantes, la



Josep Basora Gallisa

Guía de Gestión Integrada Local, que se resume en que, esa gran comarca, de 300 000 ciudadanos, la hemos subcompartido en cinco áreas, o subáreas, o unidades de gestión, lideradas por un MAP, médico de Atención Primaria, con un equipo, no solo de médicos, personal de enfermería, administrativo..., de las dos unidades. A partir de ahí se generan proyectos, unos, dirigidos desde la dirección, en del Plan de Gestión, y, otros, que van surgiendo desde las unidades.

J. L. Burón: ¿Cómo es la organización desde la estructura de gestión? Todos estamos intentando entender cuál es la fórmula mejor, si tiene que haber un responsable de Especializada, otro de Primaria, cómo. Es muy importante la persona, cómo hemos intentado gestionar la diferencia, cómo hemos hecho y qué resultados hay. A Josep quería pedirle que hablara de experiencias, cómo se han hecho esas integraciones, no solo los procesos sino cómo es la relación en el día a día.

J. Basora: Juan Luis me pedía que bajara a mi territorio, en Cataluña. Saben ustedes que hay una colisión múltiple, muchos proveedores, entonces, a veces,

puede parecer un problema a la hora de llegar a procesos integrales. Y, de hecho, muchas veces lo es y otras no, pero en general los procesos que hemos empleado de forma integrada, en los que he trabajado, siempre se han basado en el reconocimiento y liderazgo mutuo. Recuerdo, por ejemplo, la implantación de la cámara no midriática en la Atención Primaria, lo hicimos con un reconocimiento mutuo con el oftalmólogo, con la persona especializada en Primaria en este campo, e hicimos un ensayo clínico que publicamos. ¿Qué era mejor, formar a un referente por centro o a todos los médicos de Primaria en esta técnica? Se vio que era mejor formar a todos los médicos de familia en interpretación de fondo de ojo. Lo importante es que entramos en una dinámica en la que el médico de familia cita directamente a Oftalmología según la patología que hay. No se rechaza ninguna derivación porque se ha creado una confianza mutua, y el servicio de Oftalmología funciona sin colas, con una efectividad alta y una satisfacción plena, tanto de los profesionales como del mismo servicio, incluso tratándose de proveedores distintos.

“Para mí, como responsable de la Organización, es fundamental, para conseguir resultados, la implicación de los profesionales y que, como equipo directivo, tengamos claras las cosas y que realmente queremos trabajar en una sola organización”

Jon Guajardo Remacha

El gran reto lo tenemos en el global de la cronicidad. En Cataluña hay un plan de crónicos, que es pionero, junto con otras Comunidades, que está posibilitando un cambio grande, sobre todo en el hospital, en la forma de esta interrelación. Ha posibilitado un diálogo

continuo, personas de referencia en el hospital, a los cuales se dirigen, una enfermera de enlace, y este es el gran cambio al que hemos asistido. A partir de esta posibilidad, se abren otras. Hemos funcionado por experiencia, más que por una estructura integrada. Tenemos una gerencia única en el ICS y, a veces, las gerencias únicas en Medicina de Familia han sido mal vistas porque han empezado con una fusión y estructuración vertical, y, sin embargo, ahora empezamos a disfrutar de las ventajas de esta interrelación. A veces hubiera sido preferible haber empezado por esta integración asistencial que por la estructural. Lo pongo a debate porque suscita recelos entre Atención Primaria y el Hospital y, en cambio, cuando hay una relación más fluida, es más fácil.

J. Guajardo: En el momento que teníamos la indicación, por parte de la Consejería, de que íbamos a ser una Organización Integrada, empezamos a definir una serie de grupos de trabajo mixtos, todo tipo de comisiones, de comités, algunos dentro del ámbito administrativo, más sencillo, en el de personas y recursos económicos, facturación, almacenes, mantenimiento, etc. Y lo mismo en el ámbito asistencial, comités o comisiones, en el de seguridad, farmacia... empezamos a hacerlos conjuntamente y, a partir de ahí, generamos una reflexión: hacer un Plan Estratégico Único de la OSI. Entonces definimos un grupo de personas para trabajar en ese diseño. Han participado unas 300 personas en ese Plan Estratégico Conjunto, a unos niveles o a otros, de las dos organizaciones, que se ha ido definiendo. Respecto a la distribución de las personas, 200 podrían ser del ámbito hospitalario y 100 del de Atención Primaria, quizá porque numéricamente el hospitalario era mayor, pero con una participación muy amplia por ambas partes. Se definieron cinco líneas

estratégicas, sencillas, cada una de ellas intentando buscar planes de acción, los objetivos específicos, operativos, proyectos... y a partir de ahí hemos ido trabajando. Concretamente, una de las líneas estratégicas, que es fomentar las estructuras y la manera de trabajar integradamente, ha dado cabida a estas Unidades de Gestión Integradas.

Resultados en estas UGI tenemos ya, porque para mí resultados es que haya habido una amplia participación dentro de la OSI, varias decenas de grupos mixtos trabajando conjuntamente, que hayan salido decenas de proyectos conjuntos, algunos de mucha importancia. Estamos trabajando en el proceso de atención urgente al ciudadano en toda la OSI, independientemente de que esa urgencia esté en el domicilio, el hospital o Punto de Atención Continuada (PAC) o donde sea; vamos a buscar criterios comunes, liderados; hacen falta líderes. Lo importante es que el equipo directivo tenga claro que quiere ir hacia allí, porque en mi equipo había dudas. El perfil más hospitalario, como yo, tiene el riesgo de querer centrar todo en la especializada, que al final es la que consume más recursos, lógicamente, pero no. Nuestro planteamiento, el de la Osakidetza y la Gerencia de Salud, es potenciar la salud, y la salud se potencia en Atención Primaria. Es la prevención, la promoción. Tenemos que convenir a todas las partes que es así, y hacer gestos, y, cada una de esas cinco UGI, que abarcan el ambulatorio de especialidades, las UAP de su subcomarca, están lideradas por el JUAP, por el jefe de la Unidad de Atención Primaria de la zona.

J. L. Burón: Pero ¿el pez grande no se come al chico? Ese es el miedo que siempre se tiene desde Atención Primaria. ¿Cómo lo habéis gestionado? ¿Habéis hecho algo a favor que eso no

vaya a ocurrir? Creo que la Atención Primaria está mucho más organizada que la Especializada, desde el conocimiento que tengo, y todos vamos a compartir experiencias y, sobre todo, darnos a crecer los dos, que es el motivo de eso.

“La Atención Primaria está mucho más organizada que la Especializada, desde el conocimiento que tengo, y todos vamos a compartir experiencias y, sobre todo, darnos a crecer los dos, que es el motivo de eso”

Juan Luis Burón Llamazares

J. Guajardo: En ese sentido, los gestos son importantes. El miedo, cuando hablábamos de la integración, la incertidumbre de Primaria no la tenía el hospital. La gente del hospital decía “nos vamos a convertir en una OSI”, “el 1 de enero de 2014 empezamos a ser una OSI”, “pues bien, ¿y qué?”. Pero en Primaria tenían miedo: “¿Qué va a pasar conmigo, con los recursos que tenemos?, ¿me van a mover?, ¿qué va a implicar?”. Había mucha incertidumbre a todos los niveles. Eso se hace con personas, yendo a cada uno de los sitios. Todo el equipo hemos ido a cada una de las UAP, nos hemos juntado con todos, hecho reuniones conjuntas, presentado el Plan Estratégico Conjunto y, además, dado el poder a esos JUAP: son ellos los que convocan al jefe de Cardiología, de Reumatología, al endocrino... y dicen: “Vamos a hacer el procedimiento tal, a articular cómo derivamos y a ver cómo hacemos las consultas no presenciales...”. Hay que ir andando.

J. L. Burón: Vamos a avanzar: el paciente, porque lo hemos diseñado desde la gestión, los profesionales. Nos parece estupendo que las cosas

estén integradas, es lo ideal, pero yo, paciente, tengo que ir al médico de Atención Primaria a que me hagan una receta o hacerme otra cosa, ¿qué noto? ¿Se han notado estas mejoras?, ¿qué resultados nota el paciente?

J. Basora: Antes de venir aquí, para no basarme únicamente en mi experiencia, he preguntado, a mi junta directiva, cómo estaba el tema en toda España, y la verdad es que el paciente no entiende que no nos coordinemos. Es difícil de entender para un paciente que haya barreras burocráticas en todas partes. Y empezamos a tener muchas experiencias de "autocita", de citación en el hospital automatizada, de recuerdos por SMS de visitas... Todas estas cosas han hecho que esto evolucione.

"Generamos una reflexión: hacer un Plan Estratégico Único de la OSI. Definimos un grupo de personas para trabajar en ese diseño, han participado unas 300 personas, a unos niveles o a otros, de las dos organizaciones, que han ido definiendo ese Plan Estratégico Conjunto"

Jon Guajardo Remacha

El paciente acepta que lo trate su médico de familia, ser el centro de atención, la enfermera de Atención Primaria, y que, también, cada vez que va al hospital, no lo atienda una persona diferente. Es una cosa complicada, pero deposita confianza en el especialista, y valora mucho esto. El paciente valora, sobre todo, tener voz y voto, sentirse escuchado. Y alguna vez lo que tenemos que hacer es devolver al paciente esta responsabilidad. En estos planes de crónicos, que han hecho una apuesta por formar pacientes en sus patologías, hay un paciente experto,

que es el que ayuda a otros en el conocimiento de la enfermedad, pero también en la andadura del sistema sanitario, lo cual es una gran innovación. Al paciente hay que contemplarlo y lo que más aprecia es que no lo movamos de su comunidad. Y, en este sentido, el protagonismo de Atención Primaria es muy claro: ser el eje del sistema y donde el paciente vuelva. Tenemos que intentar, cada vez más, influir en la comunidad para que muchas de las cosas que son tratadas hospitalariamente tengan una declinación comunitaria. En otros países a Atención Primaria se le llama "atención comunitaria", porque está cerca del paciente, en su comunidad...

J. Guajardo: Creo que el paciente no se entera de si estamos integrados o no. El paciente lo que quiere es que, cuando va y tiene una necesidad de salud, se le atienda con corrección, que el que le atienda sepa dónde tenemos su historia clínica electrónica prácticamente única. Realmente con la integración el paciente no lo va a notar, por lo menos en este momento, pero sí se va a notar en los resultados. En cualquiera de los casos, el aspecto fundamental es que, cuando hablamos de que el paciente es el eje, lo hagamos así. Cuando no estábamos integrados tampoco estábamos coordinados en el ámbito hospitalario, a veces un paciente tenía que ir de aquí para allá, y administrativamente era un desastre. Lo primero es que, cuando nos convertimos en OSI ya no había dos organizaciones, sino una, una ventanilla única. No puede ser que en el centro de salud haya una cola para el especialista y otra para Primaria. Tenemos que demostrar a ese ciudadano que estamos trabajando por él, que todo el ámbito burocrático y administrativo lo tenemos que solucionar, y tenemos herramientas para hacerlo. Esos "esto no es responsabilidad mía", "es un fallo", "aquí la gente no

cabe" ... los tenemos que resolver nosotros. Ese es uno de los aspectos que el paciente más va a percibir.

Pero, lógicamente, nosotros, más allá de una mentalidad paternalista, sabemos que podemos hacer mucho para contribuir a que ese paciente esté mejor, le hagamos dar menos vueltas y ser más eficaces. En ese sentido, dentro de nuestro Plan Estratégico, de nuestras acciones, se ha determinado que trabajemos para que ese ciudadano tenga que venir cada vez menos al hospital, que podamos resolver los problemas en su comunidad, lo más cerca posible de su domicilio, de una manera más sencilla. Para eso tenemos las consultas no presenciales. En lo que va de integración, llevamos unas 7000 consultas no presenciales de las distintas especialidades, hemos evitado a 7000 ciudadanos que se desplacen al hospital o al ambulatorio, a la consulta específica, porque lo hemos resuelto directamente, y el médico de familia le ha dado el resultado. Lo que estamos haciendo tiene que ser dirigido al paciente, pensando en él. Porque hablamos del paciente, pero no estamos haciéndolo, estamos ajustándonos a "no, este es nuestro horario", "¿cómo voy a...?". Es responsabilidad nuestra.

J. L. Burón: Realmente el tema son las tecnologías de la información, las TIC.

J. Guajardo: Y las personas.

J. L. Burón: Sí, y las personas. Pero si no tienes una historia clínica informatizada común, en la que el médico de Primaria puede ver lo que le está haciendo el especialista, y sobre todo seguir al paciente y, como estamos diciendo, comunicarme a través de correos electrónicos o de cualquier otra forma... Cuando esto suceda será cuando el paciente note esa situación. Porque, evidentemente, el crónico, y si



Juan Luis Burón Llamazares

estoy equivocado me lo decís, debe quedarse con su médico de Atención Primaria, que le siga y simplemente consulte en alguna ocasión con el especialista.

J. Guajardo: Que "se quede en la comunidad" sería la expresión adecuada.

J. Basora: Quisiera profundizar en cómo medimos esto. Las encuestas de los servicios de salud, aparte de un par de preguntas, no han entrado en más profundidad en saber qué satisfacción tiene el paciente. El paciente sí se entera cuando hay una cosa que va muy fluida, ve coordinación, que en todas partes transmiten el mismo mensaje. Esto da una seguridad tremenda. El paciente lo que no tolera es que haya una derivación que no sea atendida, que haya un desajuste importante y no sepamos por qué. Si realmente creemos que el paciente es el centro del sistema, y entrando un poco en polémica, yo, por ejemplo, comentaba con el servicio de Urología todas estas derivaciones que están mal y se quedan fuera. No, no estamos excluyendo una derivación, estamos excluyendo a un paciente que no sabe y no tiene la culpa de que una derivación no esté bien

hecha o de que un servicio de Urología considere que esta patología no tiene que atenderla. Trabajar para el paciente es adaptarnos, como decía Jon, darle un mejor servicio, pero también pensar que hay una serie de cosas que tenemos muy estipuladas: "esto me toca", "esto no me toca", "esto tal"... que lo hacemos con una visión organizativa y despreciamos por completo el parecer del paciente.

"Si no tienes una historia clínica informatizada común, en la que el médico de Primaria puede ver lo que le está haciendo el especialista, y sobre todo seguir al paciente y comunicarte a través de correos electrónicos... Cuando esto suceda será cuando el paciente note esa situación"

Juan Luis Burón Llamazares

J. L. Burón: Está claro que el paciente tiene que poder escoger dentro del sistema, pero el médico de Atención Primaria o su médico comunitario, que está ahí a la puerta, puede aconsejarle acudir a un sitio o a otro, a un hospital o a un centro, y estamos hablando de la compra de servicios. ¿Cómo tendríamos que implementar esta fórmula de financiación?, ¿sería posible? Porque siempre hemos hablado que no es mejor el que más hace, sino el que hace lo correcto. ¿Cómo podríamos integrar esto en la financiación de los hospitales o áreas sanitarias? A lo mejor ya es una estructura integrada y el área sanitaria tendría que financiarse con una per cápita.

J. Guajardo: En Osakidetza no hay una libre elección como en otras Comunidades, pero es cierto que el modelo, que hemos tenido hasta hace poco, era un sistema inflacionista, en donde se pagaban los contratos-programa,

por actividad, por GRD... eso generaba unos incrementos presupuestarios de forma natural y cada año era más de lo mismo. Para los propios especialistas, los servicios quirúrgicos eran una fuente de alimentación hacia un crecimiento, porque, cuanto mayor era la lista de espera, más poder tenían. Era una locura. El nuevo modelo de contrato-programa, en el que estamos trabajando en la OSI, que este año ya tenemos el primero como contrato integrado en mi organización, recoge algunos de los aspectos que tenía antes, como el pago per cápita, que es una condición imprescindible en este momento, que hagamos lo que tenemos que hacer, no más. Hay variabilidades clínicas y porcentuales en cierto tipo de procedimientos quirúrgicos, porque son los que, entre unos hospitales y otros, o entre unas comarcas y otras, marcan la diferencia; esto es impresionante dentro de una comunidad pequeña como la nuestra. Debemos ir por ahí.

J. L. Burón: Las Unidades de Gestión Clínica, si se fueran implementando, ¿podrían hacernos más eficientes?

J. Guajardo: Las unidades de gestión, si funcionaríamos en un modelo un poco menos protegido y más de quien hace bien las cosas, incentivados, serían una manera de ir trabajando en eso que estás contando.

J. Basora: Partimos de la base que hay varios modelos internacionales, que han probado que es un éxito, que el médico de familia y los centros de Atención Primaria puedan tener esta capacidad de compras. No conozco bien la experiencia, pero en Cataluña se ha anunciado que se va a probar en áreas piloto, pero sabemos que esta experiencia en las ELA, en las asociaciones colaborativas en Cataluña, que son equipos de Atención Primaria gobernados por médicos que crean su

empresa, tienen una capacidad de compra de pruebas complementarias, una de las armas que da mayor satisfacción al profesional y que logra unos tiempos de atención muy satisfactorios. A veces perdemos de vista que, si la Atención Primaria es el eje del sistema y el centro es el paciente, la Primaria tiene que velar por esta atención al paciente y el hospital debería adaptarse a esta demanda. Se abre un campo de competencia, por esta atención, que nos tiene que beneficiar a todos: al hospital en fraccionar y organizar su demanda, y en devolver a la comunidad a las personas, que deberían estar en la comunidad, y no en un servicio hospitalario. Y nos debería permitir trabajar con temas de calidad.

J. Guajardo: Es importante que nos hagamos transparentes. Tenemos que exponer a la luz pública los resultados, cómo hacemos las cosas. Y sería una manera de ir mejorando el sistema y dar capacidad al ciudadano para decir "yo aquí no quiero ir, prefiero ir aquí", pero para eso tenemos que ser transparentes, lanzar la información al exterior, no lo estamos haciendo y depende de nosotros.

J. L. Burón: Lo que me preocupa es: un hospital es muy eficiente y tiene unos resultados, pero ¿cómo medimos eso?, ¿por número de habitantes? Hemos hablado de la relación Primaria-Especializada en los servicios médicos, que es la más fácil, pero ¿y en los quirúrgicos?, ¿puede un médico de Primaria u otro profesional priorizar un paciente sobre otros en función de lo que está viendo?, ¿deberíamos caminar en los servicios quirúrgicos, no solo en los médicos? Me gustaría saber si en la parte quirúrgica veis alguna evolución.

J. Basora: Es un tema poco trabajado. Un traumatólogo atribuye una prioridad, una intervención, y lo hace sin



Jon Guajardo Remacha

conocer la vida del paciente. No conoce, por ejemplo, las circunstancias: es un trabajador autónomo, una persona de la que dependen varios núcleos familiares, incluso con personas dependientes... y es en lo que tenemos que trabajar conjuntamente. La Atención Primaria, el médico de familia, está obligado a intervenir en este campo porque puede aportar este conocimiento. Se trata de crear elementos colaborativos. Es cierto que, a veces, se entiende poco y es necesario transmitir a la población mensajes comunes, hay poca explicación para una lista de espera en un paciente, desde el médico de familia, y esto genera impotencia. Una participación en este tema redundaría en una mejora en la atención al paciente y, seguro, de las prioridades.

J. Guajardo: En nuestro ámbito tenemos 17 servicios, especialidades hospitalarias, que disponen de interconsulta entre los dos niveles y los que no están incorporados son los servicios

quirúrgicos. Tenemos que medir, y nuestro objetivo es ese, en dos aspectos, resultados en salud. En Primaria existe esa cultura de tener los ítems y medirlos: quieres que la población no llegue a tener una artrosis de rodilla que requiera una prótesis de rodilla, eso lo primero. Y luego tenemos que medir en eficiencia. Eso son los dos aspectos. Ahí estamos haciendo nuestros primeros pinitos en la integración; manejamos un sistema, un *business intelligence*, a nivel del hospital y lo estamos integrando, asignando los recursos de la manera más adecuada posible, buscando el coste por paciente, y medirlo ahí. Tenemos que ir a medir resultados en salud y la Atención Primaria en el ámbito quirúrgico tiene que tener su papel... Para derivar una prótesis de rodilla, previamente tenemos que hacer un trabajo conjunto de averiguar cuáles son las condiciones óptimas, porque si enviamos al paciente al traumatólogo lo va a tener en lista de espera. Ahí tenemos mucho recorrido.

"A veces perdemos de vista que, si la Atención Primaria es el eje del sistema y el centro es el paciente, la Primaria tiene que velar por esta atención al paciente y el hospital debería adaptarse a esta demanda"

Josep Basora Gallisa

J. Basora: Tenemos sistemas de medición distintos. Vengo de un ámbito donde la Atención Primaria está muy medida: en resultados de salud, procesos terapéuticos... y, en general, en toda España es así, pero compartimos pocos indicadores. Tenemos un indicador de hospitalización evitable, pero cuando hablamos de prótesis de rodilla, por ejemplo, el indicador tiene que ser generado en un área integrada. La prótesis terminará llegando, porque la

población va envejeciendo, pero, ¿qué hacemos en la prevención? Esto se tendría que vivir como un objetivo común.

J. L. Burón: He esperado al final para hablar de los cuidados. Y en los cuidados está Enfermería. Ahora mismo, recordando nuestra área sanitaria, una de las cosas que está más implantada es la comunicación enfermera de Hospital con enfermera de Atención Primaria, transfieren su información de un sitio a otro. ¿No os parece que protagonismos específicos en ambos lugares no nos permiten ver determinadas situaciones? Y donde no existen esos protagonismos, porque la enfermería en Especializada sí que aspira a ser como las de Primaria, ese es el sentimiento que tenemos a veces. ¿Existe esa comunicación en vuestras áreas de salud?, ¿ya está avanzado?, ¿no sería una fórmula a copiar?

J. Basora: Es una de las cosas de la integración que es básica: el papel del liderazgo de Enfermería en los cuidados es fundamental. Además, hay un rol propio de Enfermería y en Atención Primaria es así. El liderazgo en los cuidados, la gestión de casos, la relación con el Hospital..., está fuera de dudas y es un modelo que debería implantarse en todas partes. Además, son unos cuidados diferenciados y aportan una respuesta a una necesidad. Y, en la relación Hospital-Primaria, veo el rol de enfermería hospitalaria menos desarrollado; si lo está en curas quirúrgicas, algunas técnicas, apoyos..., pero es el salto que se tiene que dar, y, en este sentido, las enfermeras de Atención Primaria pueden aportar muchísimo.

J. Guajardo: En nuestro caso hay una dirección de Enfermería única para los dos niveles. En cada una de las UGI hay una supervisión que gestiona los recursos de los dos niveles. Tenemos las EPA, las Enfermeras de Prácticas

Avanzadas, de cuidados avanzados. Queremos cambiar el rol de la enfermera, pero no generando nuevas enfermeras. Hay que generar algunas nuevas enfermeras, que se especialicen, pero, si para hacer una actividad, tener mejor controlado a un paciente, lo que haces es incrementar recursos y poner enfermeras para que controlen a esos 10, o 20, o 30 pacientes, ¿cuántas necesitas? Tenemos EPA, pero cada EPA en una de las UGI, y esa EPA tiene que ser la que vaya formando, relacionándose con la enfermera de enlace del Hospital, las de enlace de las distintas especialidades, y que esos nuevos roles se apliquen realmente. Hemos puesto, como cosa novedosa, una consulta no presencial para que cualquier enfermera de Atención Primaria, del centro de salud o de la especializada, esté donde esté, pueda consultar con una enfermera en el caso de las úlceras, que se detectó que había necesidad de unificar tratamientos. Es un trabajo bonito y de futuro.

“Tenemos sistemas de medición distintos. La Atención Primaria está muy medida: en resultados de salud, procesos terapéuticos... y, en general, en toda España es así, pero compartimos pocos indicadores”

Josep Basora Gallisa

J. L. Burón: Unos escogemos la vía de la integración de abajo arriba, por procesos. Otros intentamos por las dos vías, haciendo un plan estratégico donde juntarnos. Otros han escogido señalarlo en un decreto y hágase. En todos hay problemas, ¿cuáles son los principales detectados?

J. Basora: Las desconfianzas mutuas entre niveles asistenciales, “esto me va a desorganizar, me va a cambiar mi

forma de atender a las personas, mi organización de mi especialidad...”, hacen que no haya un reconocimiento mutuo. Esto es lo que hay que combatir. La otra cuestión es que es mucho más difícil hacer una asistencia integrada en hospitales grandes, en terciarios. A veces la preocupación no está centrada en esto, sino que hay cincuenta problemas más. Creo que, cuando un profesional está muy seguro de sí mismo, puede ejercer un liderazgo. Lo que tenemos que posibilitar es que se den las circunstancias para que, en el ámbito del trabajo diario, de la asistencia, esto sea posible. Todavía hay prisas, alguna demanda muy alta... Y estas cosas se tienen que ir superando.

J. Guajardo: Los problemas que surgen en el avance de la integración son: la incredulidad, la desconfianza que pueda haber por parte de los profesionales de que esto sea un avance, quizás más en Atención Primaria que en los médicos del hospital, también en Enfermería. Es un trabajo de fondo y hay que evaluarlo. Nosotros no estamos evaluando a los profesionales, hemos hecho una encuesta piloto en uno de los sistemas, preguntas sencillas, ver cómo lo están percibiendo. Hemos hecho una auditoría interna con personal nuestro y surgen problemas: hay mucha desconfianza respecto a perder protagonismo... Es imprescindible un buen sistema de información único, que facilite esa integración. Y vamos a tener trabas con sindicatos, profesionales reacios, medios... Los sindicatos están al acecho de que esto de la integración no genere la pérdida de ningún derecho. En un momento determinado, cuando necesitas gestionar algo para hacerlo más eficiente, trabajar conjuntamente, estamos en una problemática que hay que negociar... Problemas hay muchos, pero se trata de buscar el compromiso de personas, líderes, y del

equipo directivo, que tiene que tener claro lo que quiere hacer, porque sí no... Hay que creer. Es el futuro.

Turno de preguntas

Participante: Hicimos un estudio en Delphi que repicamos a lo largo de diez años y señalaba la misma problemática: la falta de comunicación entre Primaria y Especializada. ¿Qué relación hay entre los coordinadores o directores de los centros de salud y los jefes de servicio del hospital?

J. Guajardo: El trabajo que estamos haciendo es a distintos niveles. Por una parte, en estos consejos que parten de la dirección, son convocados todos los jefes, se interactúa y se presentan los proyectos conjuntamente. Pero eso quizá es la parte de arriba abajo, lo menos trascendente para el modelo en el que estamos trabajando, que es el modelo de UGI. En cada una de las UGI, el equipo directivo está liderado por un coordinador, que es el JUAP, uno de los JUAP de esas UAP, de esas Unidades de Atención Primaria, generalmente abarca tres, cuatro o hasta cinco UAP; también están el resto de los JUAP, los jefes de Atención Primaria, y, en cada una, hemos seleccionado una serie de responsables de distintas especialidades, para no replicar y que el jefe de Cardiología, por ejemplo, no esté en las cinco UGI. Hemos buscado unas sinergias en las que participen entre tres y cinco, dependiendo de si son más grandes o pequeñas las UGI, responsables jefes o en quien delegue el jefe, y forma parte de ese comité, que se reúne entre tres y cuatro veces al año. Ese comité, coordinado por el JUAP, es el que toma las decisiones de las UGI. Y eso genera factibilidad de comunicación. No es solo que vengan, sino que participan, contribuyen, critican... y trabajan conjuntamente.

Se han generado 40 grupos para gestionar las derivaciones de aquellas patologías, que previamente se han valorado, que eran los motivos más frecuentes de consulta Primaria-Especializada. Se hizo un análisis utilizando los sistemas informáticos de aquellas patologías más frecuentes. De cada una de las especialidades, se han elegido entre una y tres, se han generado grupos de trabajo en los que participan dos o tres médicos de Atención Primaria y dos o tres de la especialidad correspondiente. Y han ido funcionando, los han creado ellos. Ahora están preparando el sistema informático, las lanzaderas, algunas ya en funcionamiento, para que puedan comunicar. Hay unos flujogramas consensuados sobre cómo actuar: si hay que hacer ecografías, otro tipo de pruebas... Se ha dado también una adecuación de la cartera de servicios a Atención Primaria para que puedan pedir aquellas pruebas necesarias, porque nos encontrábamos con una consulta no presencial en la que se decía que sería interesante hacer una resonancia y luego no podía hacerla. Es el día a día, y hay que fomentarlo, en todas esas reuniones estoy yo o la dirección asistencial o médica... La implicación de la dirección para que vaya adelante es fundamental.

M. T. Alonso (directora de Continuidad Asistencial del Hospital de Alcorcón): Estos últimos cuatro años he trabajado de puente entre los dos sistemas. Mi tarea fundamental ha sido la gestión de la confianza, la incertidumbre y el cambio cultural. Me encontré que, dentro de la lista de espera para la derivación al especialista, había una doble velocidad. Era diferente el tiempo que esperaban cuando derivaba un especialista hospitalario a otro especialista del tiempo cuando se derivaba desde Atención Primaria. Trabajando en este contrato colaborativo, entre ambos niveles,

hemos llegado a la reducción de la lista de espera para Primaria, ha supuesto una reducción de la derivación del primer nivel, justo lo contrario a las expectativas, porque había cierto temor a que si acortábamos la lista de espera mucho, ¿qué iba a pasar con la derivación de Primaria? La derivación de Atención Primaria ha disminuido, dentro de que la demanda es poco elástica. ¿Cómo se explica? Al médico de Primaria se le puede exigir un compromiso de apurar su capacidad de resolución porque la contrapartida es que, cuando diga que tiene que verse a un paciente, le van a ver en menos de cinco días. Alorcón ha reducido en un 80% su tiempo de espera en la primera consulta de la especialidad. Y esto, sin modificar los protocolos, sin hacer intervenciones directas de acuerdos entre niveles, ha supuesto una reducción automática de la derivación. Va en el contexto que decía el doctor Basora, una relación de confianza y colaborativa que de manera espontánea va aquilatando la demanda.

J. Basora: Los profesionales de Madrid, al menos en Atención Primaria, son una figura muy alabada, que resuelve muchos problemas. Nos han puesto de referencia la atención que daís a la gestión de la cronicidad dentro del hospital, pero con una interrelación muy fuerte con Primaria.

J. Guajardo: En nuestro caso esa diferenciación no ha existido nunca, que yo sea consciente, entre dos listas diferentes. Puede haber una gestión de interrelación que genere que, por cercanía, consigas una cita más rápida. Me llama la atención que se haya producido esa reducción sin más.

J. L. Burón: En cada sitio se tendrán que implementar distintas opciones. La cultura de Primaria y Especializada en todas las Comunidades Autónomas no es la misma, y esa evolución, como

decías, puede ser en cinco años o veinte.

A. González Mestre: participo en el Plan de Cronicidad de Cataluña, y estoy dentro del programa Paciente Experto Cataluña. Me han hecho reflexionar sobre cómo siempre hablamos "para" los pacientes, y hemos de empezar a cambiar: no "para", sino "con" los pacientes, con las personas, porque son los que utilizan los servicios. A menudo diseñamos las estrategias o los circuitos, y no lo hacemos con quien los utiliza, y nos extraña ver cómo las personas acaban utilizando los servicios de maneras diferentes, buscando estrategias para llegar al mismo sitio. A veces diseñas una ruta asistencial entre Primaria y hospital, y, ¿quién utiliza esa ruta? La acaba utilizando una persona. El mundo, las personas, la sociedad, han cambiado, estamos hablando de una integración Primaria-hospital, de cómo hemos de trabajar juntos, por el grado de complejidad de los pacientes que nos vienen, porque hemos de ser conscientes de cómo envejece nuestra población y cómo vamos a tener que utilizar esos servicios integrados y, por tanto, vamos a tener que diseñar una estrategia entre todos.

Isabel González (jefe del Servicio de Radiología del Hospital de San Juan en Alicante): Abundando en lo que han dicho, hay que eliminar la palabra "para" y añadir "con". Diseñamos mucho en el sistema sanitario sin contar con los pacientes. En nuestra experiencia, y es un servicio central, sin necesidad de contar con la dirección, sino simplemente haciendo grupos focales y sentándonos con los pacientes, hemos resuelto importantes problemas. Posteriormente, hablamos con los profesionales de Atención Primaria, pero si hacemos las cosas bien para el paciente, que suele tener bastante sentido común, estamos haciendo

las cosas bien para el paciente, la administración y los médicos de Primaria. Creamos un circuito de alta resolución de pacientes con cáncer y acortamos muchísimo el tiempo porque redujimos el paso por Especializada y se hizo desde Primaria. Y fue una demanda de los pacientes, simplemente mejorando mucho la accesibilidad de un sistema central.

J. Guajardo: Estoy de acuerdo. Utilizamos encuestas, que sirven de poco, para tener una idea muy general y, a veces, "autocomplacernos", pensar que los ciudadanos están satisfechos. Nosotros, en el contexto de este proyecto, hemos diseñado una encuesta sencilla, de cuatro o cinco preguntas, que se entrega a los pacientes, lo mismo que con los profesionales. Vamos a intentar que esto nos ayude a ir avanzando. De todas formas, hay mu-

chas cosas que sabemos, aunque no le preguntemos, que el paciente quiere y necesita.

J. Basora: Creo que es un punto de vista que se tiene que incorporar en todas las intervenciones, en todas las planificaciones. Creo que en el pasado estaba legislado. No se trata de volver al pasado, pero sí ver cómo esto puede ser algo dinámico, activo, y cómo se puede hacer.

J. L. Burón: Espero que os hayamos abierto esas ventanitas respecto a cuál es la fórmula para hacer la integración, queda mucho por recorrer, hay muchos lugares donde se está haciendo y distintas fórmulas, el paciente tendrá que notarlos, "con", "para" o "del", y hay que intentar solventar el personalismo. La vía está en la colaboración, que nos apreciemos y valoremos.