



Continuidad asistencial y patología crónica. La experiencia de la Gerencia de Área de Puertollano

Agustín Cañizares Ruiz

Jefe de Área de Asistencia Sanitaria y Procesos Asistenciales
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Con el envejecimiento de la población mundial el impacto de las enfermedades crónicas pone sobre la mesa de una forma cada vez más perentoria, la necesidad de explorar nuevos modelos organizativos en la atención sanitaria que faciliten el cambio desde un enfoque fundamentalmente centrado en la atención aguda, hacia un cambio de prioridades apostando por la prevención y promoción de la salud.

En general, siguen siendo los profesionales de la salud, y no las personas que necesitan de atención, los principales protagonistas de los sistemas sanitarios, del mismo modo que los episodios de atención aguda (que también suelen ser frecuentes en las enfermedades crónicas) tienen preferencia por encima de la atención crónica.

Parece inevitable que antes o después el ciudadano pase a ser el eje central del modelo sanitario. Cada vez más exige estar informado durante todo su proceso, entiende menos los vericuetos asistenciales a los que se le somete, desea un mayor nivel de interacción e integración en el sistema sanitario, busca ejercer su capacidad de elección

de médico y hospital y participar en la toma de decisiones administrativas y clínicas de su proceso asistencial.

Además, el uso de las nuevas tecnologías está modificando ya la práctica médica, no sólo desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico (fármacos de diseño facilitadores de una medicina individualizada, cirugía mínimamente invasiva, la terapia génica, imagen médica digital etc...) sino que la tecnología móvil se presenta como una de las mayores oportunidades para la sanidad ya que va a permitir ofrecer asistencia sanitaria y mejorar la calidad de vida del paciente, permitiéndole ser atendido y controlado de forma remota cuando se encuentra en su hogar o en cualquier lugar.

Especial importancia adquieren las tecnologías de la comunicación (actuales y futuras) que posibilitan como nunca, el desarrollo de una Sanidad del Conocimiento. El profesional se puede formar e informar en la red, acceder a opiniones de expertos en cualquier parte del mundo, rastrear bases de conocimientos y de datos. El ciudadano, paciente, también se informa y alcanza un alto grado de conocimiento sobre sus enfermedades, permitiendo un nivel

de colaboración médico-paciente que nunca antes había existido.

Ante estos desafíos, parece razonable que desde el sistema sanitario planteemos cambios organizativos que posibiliten cruzar la frontera que separa la atención hospitalaria de la comunitaria y a la postre, la integración de todos los dispositivos, tanto sanitarios como socio-sanitarios, involucrados en la asistencia a todo lo largo de la vida del ciudadano. La estructura organizativa actual con dos niveles diferenciados (Atención Primaria y atención hospitalaria) adolece de importantes problemas de coordinación que con frecuencia se traducen en una parcelación del proceso asistencial y por tanto, en una "discontinuidad" del mismo.

Tenemos, una Atención Primaria excesivamente burocratizada, que ha renunciado tácitamente a su capacidad diagnóstica más allá de la patología banal y por tanto con una capacidad resolutoria muy limitada y una atención especializada que no ha tenido inconveniente en hipertrofiarse para asumir este papel transformando en muchas ocasiones las consultas externas en consultas de revisiones de procesos crónicos que, en "la concepción natural del sistema" corresponden al primer nivel asistencial.

El modelo de gerencia de área de Puertollano, impulsado por la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha e implantado por el servicio de salud (SESCAM) en el año 2004, surge como respuesta a la necesidad del establecimiento de nuevos escenarios organizativos y de trabajo en los que sea una realidad el tratamiento integrador de todo el proceso de "atención sanitaria" (procedimientos administrativos, diagnóstico, tratamiento, gestión de datos clínicos, formación y educación sanitarias, etc.). De ninguna otra forma son factibles conceptos tales como la continuidad asistencial, el acercamiento de

la atención al entorno del paciente, o la gestión de enfermedades crónicas, repetidamente anunciados y nunca plasmados en la realidad.

Haciendo especial hincapié en las Estrategias implantadas en la Gerencia de Área, con objeto de favorecer el adecuado seguimiento de enfermos con patologías crónicas mencionaremos:

Participación de todos los actores implicados: la identificación de los grupos de interés (pacientes, familiares de los pacientes, acompañantes y visitas, la población total del área sanitaria de Puertollano, mutuas, aseguradoras, entidades concertadas, asociaciones de enfermos y usuarios, proveedores etc.) es un elemento fundamental a tener en cuenta si pretendemos hacer una propuesta de valor y una adecuada interacción-integración de los mismos.

En este sentido y entre otras acciones se crea en el Área (Decreto 61/2007 del Gobierno de Castilla-La Mancha, de ampliación de los órganos de participación del Área de Salud de Puertollano de 18 de Mayo de 2007) un nuevo modelo de participación ciudadana, que a diferencia del anterior meramente consultivo, involucra en las decisiones a la ciudadanía, receptora última de los servicios, a través de un Consejo de Participación y Administración del Área en el que hay mayoría de sus representantes frente a la administración y que es el encargado de formular las propuestas en los contratos de gestión anuales. Se abre así una vía de **corresponsabilidad** en la gestión de los servicios sanitarios y por tanto de implicación del los ciudadanos en el **autocuidado** de su salud.

Paciente como eje del sistema: se adopta la gestión por procesos como herramienta que suponga una mejora continua de las actividades desarrolladas, reduzca la "variabilidad innecesaria

ria”, elimine las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las actividades, sirva para optimizar el empleo de los recursos y sobre todo para garantizar la Continuidad Asistencial. Para ello se elabora el mapa de procesos como manera más representativa de reflejar los procesos identificados y sus interrelaciones, el inventario de procesos del área así como todos los elementos de soporte (fichas de proceso, diagramas, etc.) necesarios para su documentación y difusión en la organización de manera clara y comprensible.

En la dimensión científico-técnica de los mismos se crea un modelo de trayectorias clínicas que hemos llamado **rutas asistenciales** en las cuales se define de modo claro y conciso aquellos aspectos en manejo de estos pacientes en los que es necesaria la interconsulta del médico de AP al hospitalario a fin de resolver cuestiones que por su complejidad tecnológica o por la necesidad de especialización requieren de ello, siempre dejando claro una serie de aspectos fundamentales:

- Son sencillas marcan viajes de ida y vuelta.
- Fáciles de elaborar, actualizar, monitorizar y cambiar. Ello les hace un buen elemento incentivador.

- Deben dejar claro el origen y el destino.
- Definen las paradas y los tiempos de parada.
- Definen el equipaje a llevar (pruebas, informes...).

Se eligen los problemas patológicos de más alta prevalencia o los que generan más problemas en la coordinación de cada especialidad médica. Así, se diseña una “ruta de coordinación de la sospecha de cardiopatía hipertensiva”, y no de “la hipertensión” o de “la cardiopatía”. De esta manera el médico de Atención Primaria podrá enviar un paciente para que el cardiólogo realice únicamente una ecocardiografía o para la confirmación de su sospecha, dejando claro que eso, y sólo eso, le está consultando al especialista. O en el caso de la EPOC, para indicación de oxigenoterapia crónica a domicilio o pacientes con valores de FEV₁ <50% o > 50% con disnea grave.

Se trata pues de reordenar los procesos asistenciales de manera que sea la Atención Primaria (el “medio natural” del paciente), la que asuma el papel de seguimiento y revisión de los pacientes crónicos. Con este fin en la propia ruta, por deseo expreso de los profesionales

ATENCIÓN PRIMARIA:

- **TEQUEÑA HISTORIA:** DATOS EN EL ECG DE CRECIMIENTO VENTRICULAR IZQUIERDO, ARRITMIAS SUGESTIVAS, RADIOGRAFIA DE TORAX SUGERENTE, DATOS CLÍNICOS QUE SUGIERAN INSUFICIENCIA CARDÍACA...
- **APORTA:** ECG, ANALÍTICA, PERFIL LIPÍDICO Y RX TORAX.
- **CONSULTO:** CONFIRMAR LA SOSPECHA. (LE EXPLICO AL PACIENTE PARA QUÉ LE ENVÍO)

ATENCIÓN ESPECIALIZADA:

- **1ª CONSULTA:** VALORA, REALIZA ECOCARDIO Y SOLICITA PRUEBAS PARA COMPLETAR ESTUDIO.
- **2ª CONSULTA:** VALORA PRUEBAS Y EMITE INFORME PARA EL MF. ALTA.

Fig. 1.

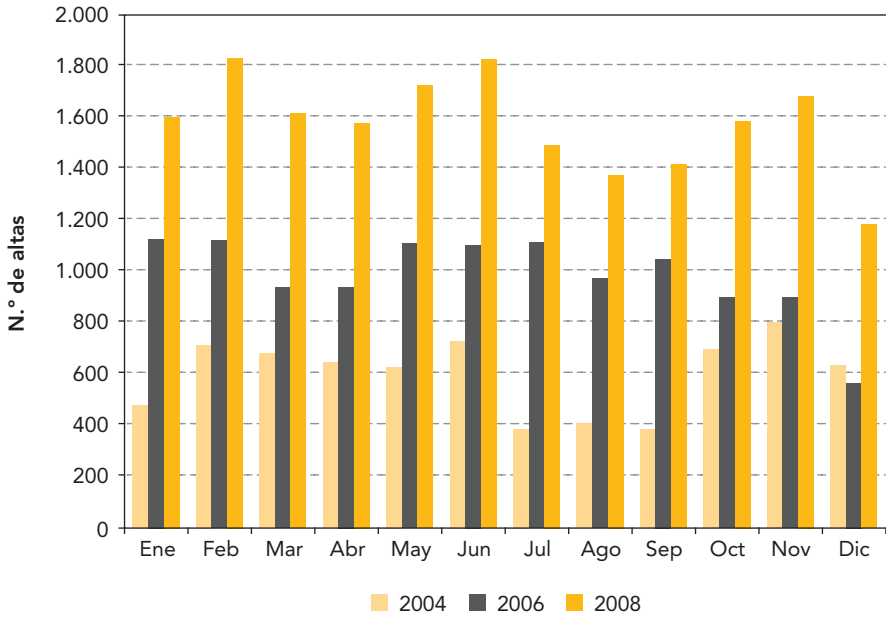


Fig. 2. Altas de consulta externa hospital

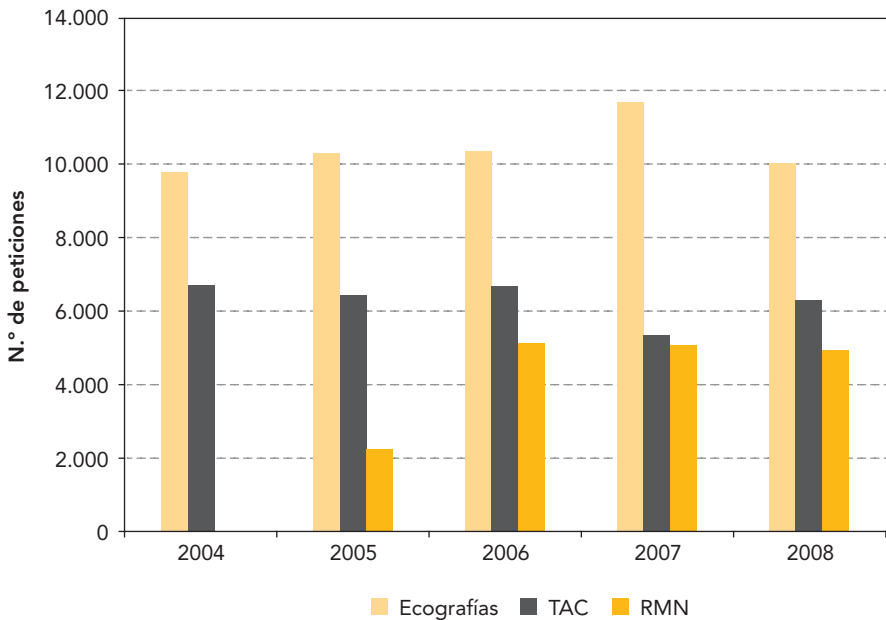


Fig. 3. Petición de pruebas por AP

del Área, se establece cual es el manejo consensado de los pacientes en cuanto a exploraciones diagnósticas necesarias, tratamiento a instaurar, frecuencia y parámetros a controlar en las revisiones, periodicidad de las mismas y papel asignado los diferentes intervinientes (médicos, enfermería...).

Paralelamente se establecieron, una serie de situaciones que necesitan de un protocolo conjunto de seguimiento en los que, siempre que ha sido posible, se ha contado con las asociaciones de pacientes en su elaboración: identificación de enfermos que requieren múltiples ingresos hospitalarios y su manejo de manera integral (médicos, enfermería asistencia social etc.), pacientes polimedicados que requieren especial esfuerzo de educación sanitaria, pacientes frágiles, determinadas patologías como la fibromialgia y fatiga crónica que requieren un especial apoyo psicosocial, situaciones sociales de desamparo, etc.

Indudablemente, el aumentar la capacidad de resolución del primer nivel asistencial requiere el acceso del médico a las posibilidades tecnológicas con las que cuenta el hospital, por ello, en el área de Puertollano se abrieron todas las pruebas diagnósticas para que cualquier médico independientemente del lugar en que trabaje pueda solicitar las que crea necesarias para resolver las situaciones que sus pacientes les plantean.

Por último, destacar la importancia que desde los comienzos de la Gerencia de Área, se ha dado a las tecnologías de la información y la comunicación como soporte fundamental en el desarrollo de este nuevo modelo; ello ha hecho posible la potenciación y la interrelación cotidiana de los centros y profesionales a través de la transmisión momentánea de todo tipo de datos de interés para la asistencia y la gestión (creación de intranet de área con acceso a las direcciones e-mail de todos los trabajadores del área, a los resultados analíticos, radiología digital, anatomía patológica, rutas asistenciales, procesos etc., implantación de la historia clínica informatizada tanto en AP como en el hospital...), constituyendo además un entorno "facilitador" para la incorporación de las tecnologías que con seguridad, en un futuro próximo, se irán incorporando para facilitar nuevas fórmulas de seguimiento de los pacientes desde diferentes entornos (hogar, lugar de trabajo, dispositivos residenciales, etc.).

En definitiva, el modelo de Gerencia de Área de Puertollano proporciona no sólo un entorno organizativo favorable para la instauración de una gestión adecuada de los procesos asistenciales, sino que facilita la racionalización de la asistencia a los enfermos crónicos, la introducción de las novedades tecnológicas que son ya una realidad y responde a la demanda creciente de participación de los ciudadanos en la gestión de su sistema sanitario.