



La coordinación entre primaria, hospitales de agudos y sociosanitarios media estancia, como elemento clave de la gestión del paciente crónico

Carmen Fernández Fernández

Directora de Desenvolupament Corporatiu. Gestió Sanitària de Mallorca (GESMA). Govern de les Illes Balears

En los años 90 se introducían reformas en los sistemas sanitarios diferenciando claramente entre la financiación y la provisión de servicios, basadas en la introducción de mecanismos de mercado, cuyo objetivo era favorecer la competencia entre proveedores de salud con el fin de mejorar la eficiencia del sistema y la continuidad de la atención sanitaria. Sin embargo, en los últimos años los discursos predominantes están basados en la coordinación, como una búsqueda de colaboración entre los proveedores de salud, para mejorar la continuidad asistencial, la eficiencia del sistema y mejorar la calidad de la atención. Muchos países están desarrollando experiencias en este sentido, sobre todo los Estados Unidos, pero el hecho de que se experimenten allí con buenos resultados, no significa que puedan funcionar en el resto del mundo. Así modelos como el Chronic Care Model o el de Kaiser Permanente, no están ampliamente respaldados por estudios sólidos que demuestren su efectividad fuera de las fronteras norteamericanas.

El modelo asistencial de hoy sabe tratar eficazmente los episodios agudos de las enfermedades, lo que no hace con suficiente calidad es manejar los pa-

cientes crónicos, gestionar condiciones que necesitan cuidados prolongados, problemas de salud que no suelen plantear retos diagnósticos ni terapéuticos pero sí de organización y cooperación entre niveles. La fragmentación de los servicios es incompatible con una buena atención a crónicos y además los pacientes están exigiendo otro modelo de atención. La respuesta a las enfermedades crónicas es uno de los principales retos para las políticas de salud del siglo XXI.

Con el envejecimiento de la población se dan situaciones en las que el paciente con diversos problemas son visitados por varios especialistas (fragmentación por aparatos), los cuales pueden consultar con otros especialistas (derivaciones cruzadas) que hace que se pueda someter al paciente a pruebas repetidas y reciba diversos tratamientos (polimedicación), y que además deban desplazarse varias veces al hospital o a su centro de salud y perciban que la calidad de la atención que reciben es escasa.

Los problemas identificados en la atención a los pacientes crónicos se centran principalmente en la coordinación, como elemento clave, aunque también

en la falta de autoayuda para los pacientes, falta de prevención o uso ineficiente de recursos.

Centrándonos en la coordinación y siguiendo la clasificación que establece Henry Mintzberg, hay cinco mecanismos de control que parecen explicar las formas de coordinación en una organización: adaptación mutua que se consigue con la simple comunicación informal, supervisión directa donde la coordinación se consigue al responsabilizar a una persona del trabajo de las demás, normalización de procesos, cuando se especifica el contenido del trabajo, normalización de resultados, dejando claramente especificados los mismos, es decir el resultado que se quiere obtener y la normalización de habilidades y conocimientos, cuando queda claramente especificado el tipo de preparación requerida para la realización del trabajo.

Análisis de estos mecanismos de coordinación en el Servicio de Salud de Baleares y propuestas de futuro

La opinión generalizada sobre los mecanismos de adaptación mutua es la de que compartir información sobre el paciente es el instrumento más importante, se destaca la idea de Historia única informatizada para todos los niveles. Actualmente cada Gerencia dispone de un software diferente, pero se ha creado un espacio común denominado Historia de salud, donde se almacena información proveniente de todos los niveles asistenciales e incluye pruebas complementarias, informes de alta, listados de problemas de atención primaria, medicación, alergias, etc. Es un excelente instrumento de comunicación ya que permite ver a todos los niveles la misma información. El siguiente paso es la elaboración de procesos integrados para ir hacia la ges-

ción de procesos y la incorporación de guías clínicas informatizadas e incluso la implantación de la medicina predictiva, el sistema informará de lo que ha de hacer el paciente o el profesional para control de su enfermedad.

La prescripción clínica informatizada a nivel hospitalario y la receta electrónica, mediante la cual el paciente acude con su tarjeta sanitaria directamente a la farmacia se valoran muy positivamente, pero es necesario tener en cuenta que en el caso de esta última se han detectado problemas técnicos que han de ser tratados para mejorar el sistema.

Respecto a los instrumentos de comunicación informal, es que tanto el teléfono fijo como el fax van perdiendo terreno, que se cede al correo electrónico, elemento de comunicación que permite un constante intercambio de información, incluso en tiempo real, ya que gracias a las tecnologías incorporadas al teléfono móvil permite la recepción del email en estos dispositivos. El disponer de una intranet es altamente valorado por los profesionales como instrumento de comunicación.

También dentro de estos instrumentos de adaptación mutua se valora el que existan tanto comisiones como grupos de trabajo interniveles que elaboren guías de la práctica clínica y protocolos, así como los planes de cuidados coordinados.

Los denominados puestos de enlace en nuestro caso las UVASS (unidades de valoración sociosanitario) y el ESAD (equipo de soporte a la atención domiciliaria) son instrumentos de coordinación que contribuyen a dar continuidad a los cuidados y aunque se discuten aspectos de su funcionamiento, son valorados como elementos que contribuyen a dar una continuidad asistencial.

Otro elemento de enlace, que parece estar dando buenos resultados en otras regiones, es la denominada enfermera de enlace cuya misión también sería que se coordinasen las actuaciones entre los niveles contribuyendo a que el paso de uno a otro no resultase traumático para el paciente y su familia. En el caso de Baleares, hay un proyecto en marcha en este sentido, por lo que las opiniones tanto a favor como en contra del proyecto son totalmente subjetivas.

En cuanto a los **mecanismos de normalización** se están realizando sesiones clínicas entre niveles, hasta hace meses no estandarizadas, se han establecido unos pactos de derivación entre atención primaria y hospitalaria mediante los cuales entre otras cosas los especialistas hospitalarios se comprometen a establecer calendarios de sesiones con el objetivo de que los médicos de familia logren una disminución de un tanto por ciento determinado en el número de derivaciones. Solo se han publicado cuatro guías de la práctica clínica interniveles, aunque hay otras en elaboración. Se han establecido circuitos de diagnóstico rápido en patología cáncer de colon, mama y pulmón).

Las propuestas de futuro para Baleares mencionadas por los directivos son en primer lugar el desarrollo de los sistemas informáticos que permitan compartir información, la denominada His-

toria de Salud, la gestión de patologías crónicas, que contribuirían a la mejor coordinación y continuidad de atención. Favorecer la existencia de comisiones operativas interniveles. Replantear el papel de las UVASS y el ESAD, para potenciar la continuidad de cuidados. Continuar con la normalización de procesos de trabajo, impulsando y mejorando los circuitos de diagnóstico rápido, las guías de la práctica clínica y protocolos consensuados a todos los niveles, también con la normalización de habilidades potenciando las sesiones o consultas de casos clínicos.

Otra de las propuestas más difícil de llevar a cabo, y que algunos han calificado de utópica es la de creación de la gerencia única como mecanismo de gestión que coordine los niveles asistenciales.

Al final no se trata de crear nuevas formulas mágicas, sino de crear una mentalidad de cooperación entre niveles, de tener un conocimiento mínimo de lo que se hace en cada uno de ellos y valorar que aunando esfuerzos, compartiendo una misma información y desarrollando los mecanismos de coordinación existentes, somos capaces de ofrecer al paciente un continuo asistencial. En definitiva, de cambiar en cierta forma la estructura y los procesos y no de crear un nuevo modelo para pacientes crónicos, que podría llegar a ser un elemento más a coordinar.