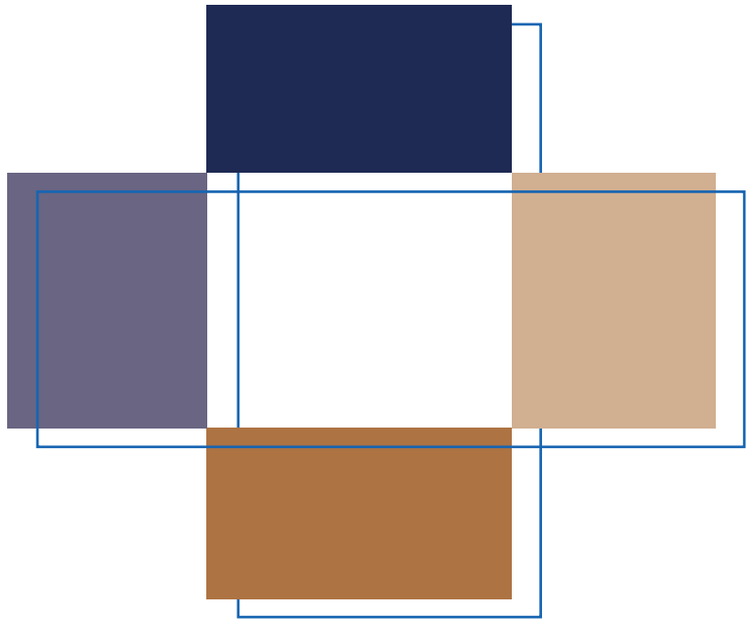
INFORME DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

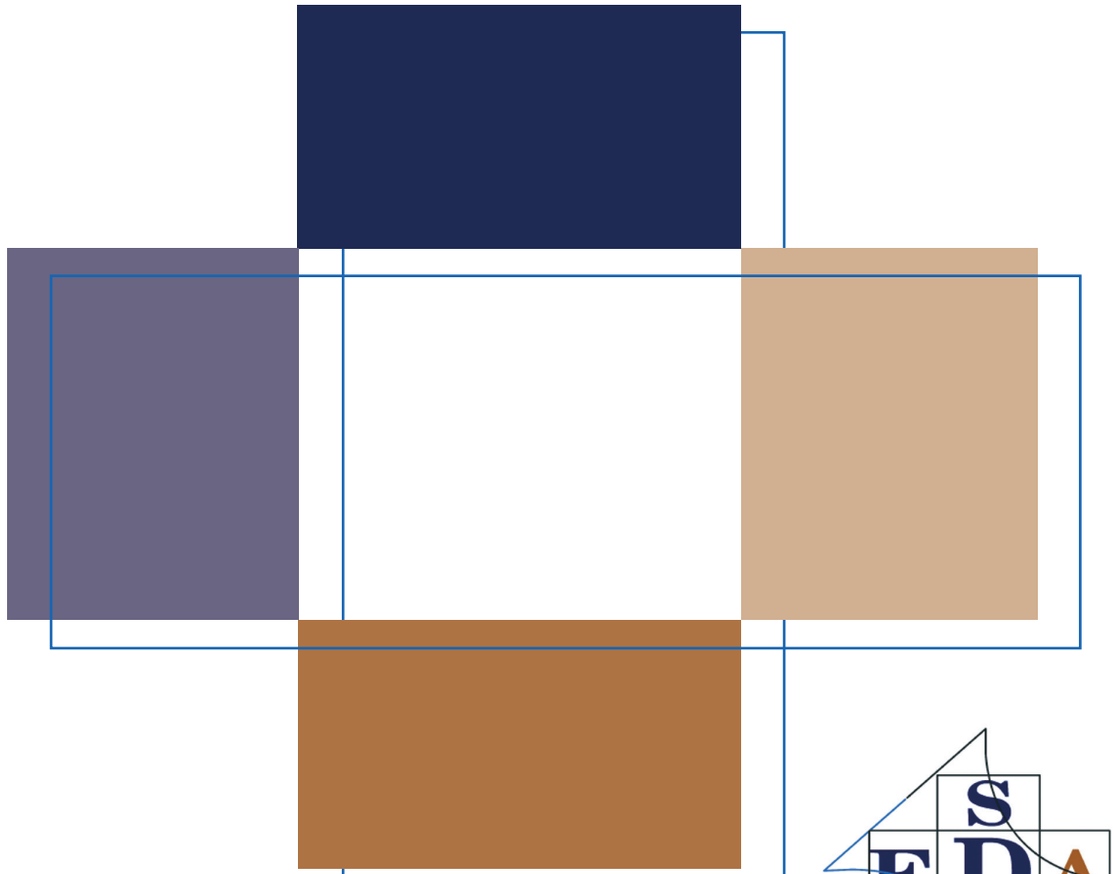
# Un Nuevo Hospital para una Nueva Realidad

INFORME DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE DIRECTIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA



SEDAP

Un Nuevo Hospital para una Nueva Realidad



SEDAP

# Un Nuevo Hospital para una Nueva Realidad

## INFORME DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Edita: saned GRUPO

© Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria
C/ Antonio López 249-1º
28041 Madrid

ISBN: 978-84-96835-55-9
Depósito Legal: M-40008-2011

Documento disponible: www.sedap.es

# Presentación informe SEDAP 2011

**Marta Aguilera Guzmán**
*Presidenta de la SEDAP*

Entre las actividades que desarrolla la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), se contempla la elaboración de informes anuales sobre temas de actualidad en los que se recoge la opinión de profesionales, sociedades científicas, gestores, pacientes, así como de expertos en la materia y, tras un análisis, se realizan propuestas orientadas a la reflexión y debate por los sectores implicados.

Esta línea de actividad que se inició en 2009, con propuestas de mejora del modelo de Atención Primaria, continuó en 2010 con el abordaje de la integración asistencial y se cierra en 2011 con propuestas de organización hospitalaria, con el fin de analizar el ciclo fundamental de la organización sanitaria.

Bajo el título de "Un Nuevo Hospital para una Nueva Realidad", se recoge ahora la opinión de profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, de pacientes y de expertos sobre los cambios que deberían realizarse en la organización hospitalaria con el fin de que las organizaciones sanitarias puedan ser más efectivas y eficientes en el abordaje de la atención a pacientes crónicos mediante la implantación y desarrollo de la integración asistencial.

Para el análisis y recomendaciones, hemos contado con la inestimable colaboración de quince Sociedades Científicas de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, de dos foros de pacientes y de ocho excelentes expertos en gestión, cuyas aportaciones y enfoques de gran valor han enriquecido los contenidos de este informe.

En nombre de la Junta Directiva quiero agradecer su implicación a las muchas personas que han participado en los informes de estos tres años, que culminan con el que en estos momentos presentamos. Esperamos que nuestras propuestas hayan aportado al menos un granito de arena en las reflexiones y el debate hacia el futuro de la Organización Sanitaria para que nuestro muy querido Sistema Nacional de Salud siga siendo sostenible y uno de los mejores del mundo. A todos nuestra más sincera gratitud.

# Agradecimientos informe SEDAP 2011

La Junta Directiva quiere agradecer a todos los que han hecho posible este informe. Muchas gracias a las Sociedades Científicas que han participado en este documento y cuyas opiniones y sugerencias han sido de gran utilidad en el análisis de la organización hospitalaria:

- Academia Española de Dermatología y Venereología
- Asociación de Enfermería Comunitaria
- Asociación Española de Pediatría
- Asociación Nacional de Directivos de Enfermería
- Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria
- Sociedad Española de Directivos de la Salud
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
- Sociedad Española de Medicina General
- Sociedad Española de Medicina Interna
- Sociedad Española de Nefrología
- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica
- Sociedad Española de Oncología Médica
- Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria
- Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física

Nuestra más sincera gratitud a los Foros de Pacientes por ofrecernos su visión sobre la atención a pacientes crónicos:

- Foro Español de Pacientes
- Foro Participativo de Salud de Puertollano

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la inestimable colaboración de grandes expertos en la materia que ha sido de un gran valor para tener en cuenta todos los elementos necesarios para el cambio en las organizaciones hospitalarias:

- Luis Carretero Alcántara
- Gracia Fernández Moya
- Eduardo E. García Prieto
- Javier Guerra Aguirre
- José Manuel Liendo Barquín
- Rocío Mosquera Álvarez
- Vicente Pastor Navarro
- Julián Pérez Gil

Mi personal gratitud a inestimables amigos por su siempre afectuosa disponibilidad en la revisión del documento y sus valiosas aportaciones y sugerencias:

- Susana García Boró
- Francisco González Sanz

# Un Nuevo Hospital para una Nueva Realidad


## INFORME SEDAP 2011 9

**Junta Directiva de la SEDAP**

## ARTÍCULOS DE EXPERTOS

### Pensando el hospital del futuro 85

**Luis Carretero Alcántara**

*Gerente del Hospital Universitario Son Espases. Baleares*

### Atención Primaria y Hospitalaria: Compartiendo presente y futuro 95

**Gracia Fernández Moya**

*Gerente Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería*

### El Hospital del Siglo XXI 101

**Eduardo E. García Prieto**

*Gerente del Hospital de Río Ortega de Valladolid*

### La cronicidad de los procesos: Un reto para los proveedores asistenciales 109

**Javier Guerra Aguirre**

*Subgerente del Hospital Clínico San Carlos de Madrid*

### El hospital que necesita la Atención Primaria 117

**José Manuel Liendo Barquín**

*Director Gerente de la Gerencia de Atención Primaria de las Áreas I, III y IV del Servicio Cántabro de Salud*

**Del hospital al sistema sanitario del futuro** 122

**Rocío Mosquera Álvarez[1], Eugenia Lado Lema[2] y Josefina Monteagudo Romero[3]**

*[1]Directora Gerente del Servicio Gallego de Salud,*

*[2]Vicegerente del Servicio Gallego de Salud y*

*[3]Jefe de Gabinete de la Consejería de Sanidad de Galicia*

**El Hospital del futuro** 127

**Vicente Pastor Navarro**

*Gerente del Departamento Doctor Peset de Valencia*

**Hospital del futuro** 132

**Julián Pérez Gil**

*Director General de Osakidetza*

# Un Nuevo Hospital para una Nueva Realidad

**Junta Directiva de la SEDAP**

## 1.- Introducción

El patrón epidemiológico desde mediados del siglo pasado ha cambiado sustancialmente, siendo las enfermedades crónicas las que ocupan los primeros lugares en morbilidad y mortalidad. Esto repercute en una gran carga de trabajo asistencial y, consecuentemente, en el gasto sanitario. Por este motivo, los sistemas sanitarios priorizan estrategias encaminadas a la atención de los procesos crónicos. Las estrategias abarcan desde intervenciones de promoción de la salud y de autocuidado, prevención de factores de riesgo y detección precoz de patologías hasta la integración asistencial para el tratamiento y control de los procesos crónicos.

Es en este último aspecto estratégico donde queremos enfocar el presente Informe SEDAP. Para abordar el asunto, nos preguntamos si las organizaciones sanitarias en nuestro país resultan adecuadas o no para la atención de los procesos crónicos de forma eficiente.

Distintos estudios[1] apuntan que para gestionar tales procesos son necesarios un buen desarrollo de la Atención Primaria y una gestión eficiente de los procesos entre ambos niveles asistenciales, con una coordinación efectiva de los recursos sociales.

Según Natasha Curry y Chris Ham[2], la integración de servicios se puede plantear en tres niveles:

1.- Macronivel: sistemas integrados en los que la atención y organización de los servicios es responsabilidad de un equipo multidisciplinar para una población definida, gestionada por una entidad asociativa de médicos con una cultura de colaboración y un liderazgo efectivo, que desarrollan su trabajo mediante guías y tecnología de la información. Un ejemplo de estos sistemas es el Kaiser Permanente.

2.- Mesonivel: esta integración se enfoca a las necesidades de un grupo específico de pacientes ya sea por edad, por patología o por otra condición. La atención es llevada a cabo por un equipo multidisciplinar. Existen varios ejemplos de gestión de una específica enfermedad o proceso o programas de atención a ancianos[3].

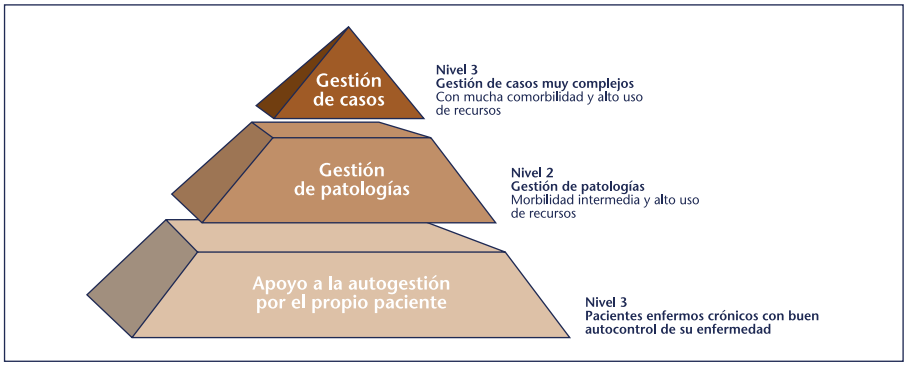
3.- Micronivel: coordinación de la atención individualizada de pacientes y cuidadores, por ejemplo la gestión de casos.

En todos los niveles de integración, las tecnologías de la información y comunicación juegan un papel clave.

Los sistemas de integración más implantados para la atención a pacientes crónicos en macronivel son el Kaiser Permanente o el *Chronic Care Model* (CCM).

El Kaiser Permanente[4] o estratificación de riesgo, identifica tres niveles de intervención según el grado de complejidad del caso, con el fin de utilizar mejor los recursos humanos y la organización de la atención asistencial, evitando ingresos hospitalarios y costes innecesarios (Fig. 1).

**Figura 1. Modelo Kaiser Permanente**

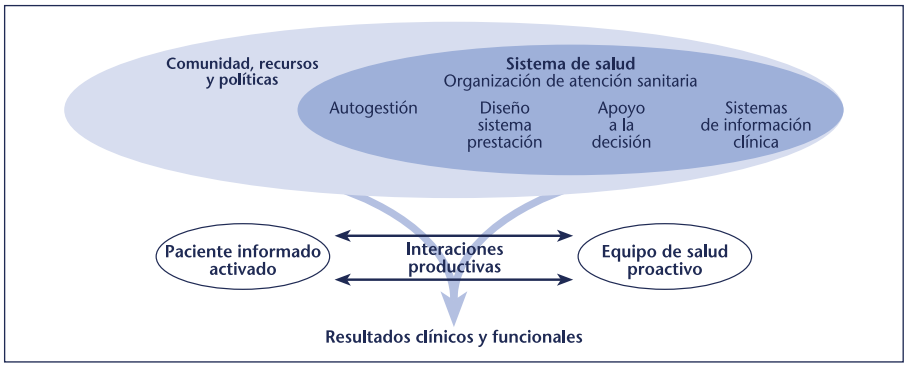



El *Chronic Care Model* es un modelo organizativo basado en la mejora en la coordinación de la atención a los enfermos crónicos, con la finalidad de obtener mejores resultados clínicos y funcionales (Fig. 2).

En un documento recientemente publicado por HOPE[5], se comenta que según datos de la OMS, una cuarta parte de los europeos están afectados al menos por un proceso crónico, lo que se traduce en más de la mitad del

gasto hospitalario. Este documento revisa las políticas que están llevando a cabo los países europeos, basándose en la evaluación de diversos estudios que concluyen que las estrategias deben orientarse a actividades preventivas, detección precoz, tratamientos integrados, coordinación entre los profesionales y mejoras en el uso de tecnología de la información y comunicación.

**Figura 2. Modelo de atención a crónicos (CCM)**




HOPE concluye que la principal debilidad en la mayoría de los países es la falta de integración y coordinación dentro del sistema de salud en todos los niveles de atención. También refiere que debe de cambiar la cultura de la población y de los pacientes, impulsando la prevención, el conocimiento y la información.

En España, el progresivo envejecimiento de la población se vincula directamente con el incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas con múltiples patologías. Según algunos estudios[6], cada persona entre 65 y 74 años tiene una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas, elevándose a 3,23 para las personas mayores de 75 años. Esta mayor prevalencia de enfermedades crónicas y de pluripatología repercute en una mayor utilización de los recursos sanitarios.

La patología crónica origina el 80% de las consultas en Atención Primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios, con estancias medias de ingreso más prolongadas y con mayor utilización de los servicios de consulta médica, urgencias, hospitalización de día y consumo de medicamentos, lo que representa el 70% del gasto sanitario[4].

Continuamente escuchamos la importancia de la Atención Primaria para la eficiencia del Sistema Nacional de Salud (SNS), pero esa potencialidad no se materializa, quedándose en una mera declaración de intenciones que no se ha reflejado en la realidad del desarrollo del sistema, como ya comentamos en el informe SEDAP 2009, "Atención Primaria de Salud: nuevos retos, nuevas soluciones"[7]. Sin embargo, la Atención Primaria en un proceso continuo de reformulación e innovación no puede detenerse y debe asumir mayor protagonismo en el conjunto del sistema. En este sentido, la Atención Primaria tiene todavía mucho por hacer, desde lograr mayor capacidad de resolución para dar una mejor respuesta a los pacientes, hasta conseguir que el ciudadano tenga al primer nivel asistencial como referente para todos sus aspectos de salud.

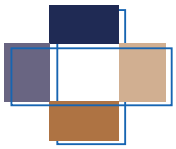
Respecto a la integración asistencial de los servicios, el informe SEDAP 2010[8] realizó una revisión de las innovaciones que se están llevando a cabo en las distintas comunidades autónomas (CCAA). Sin embargo, ¿puede analizarse el papel de la Atención Primaria y de la integración de los servicios sin reflexionar sobre la organización hospitalaria?

Probablemente, la Atención Hospitalaria tenga que reorientar su organización para dar contestación a los procesos crónicos complejos y pluripatológicos, desarrollando una mayor colaboración con la Atención Primaria a fin de que el paciente no perciba disrupción en su atención al pasar de un nivel a otro y lograr una mayor calidad.

El objetivo de este informe es reflexionar respecto a cómo deberían estructurarse, organizarse y gestionarse los hospitales en el futuro de cara a dar contestación a las necesidades actuales. Para ello, además de una revisión bibliográfica, se ha elaborado un cuestionario que se ha remitido a las Sociedades Científicas de Atención Primaria y a las de Atención Hospitalaria con más relación con estos procesos, así como entrevistas a asociaciones de pacientes. Además, se ha recopilado la opinión de gestores expertos en la materia cuyas aportaciones consideramos de un gran valor y se adjuntan a este documento.

El cuestionario enviado a las Sociedades Científicas consta de seis apartados (Anexo I):

a) Atención a pacientes crónicos
b) Estructura y organización de los hospitales de referencia en el futuro



c) Tecnologías de información y comunicación
d) Docencia
e) Investigación
f) Gestión

Lamentablemente, no hemos podido obtener un grado de contestación aceptable, ya que únicamente hemos recibido el cuestionario cumplimentado de quince Sociedades Científicas (once clínicas médicas - ocho de Atención Hospitalaria y tres de Atención Primaria-, dos clínicas de Enfermería de Atención Primaria y dos de Gestión –una médica y otra de Enfermería–), que representan al 45% de las sociedades invitadas a participar.

Las contestaciones de cada Sociedad han sido puntuadas con un valor de 1. De tres Sociedades Científicas se ha recibido contestación mediante varios cuestionarios, por lo que se ha computado la parte proporcional en las contestaciones cuantitativas, resultando finalmente el valor de 1, como en el resto de Sociedades. Sin embargo, se han reflejado las contestaciones cualitativas que no fueran repetitivas, porque creemos que enriquecen el objetivo perseguido por el estudio.

Aunque el grado de participación es bajo, las contestaciones han sido muy interesantes, por lo que hemos tomado la decisión de analizarlas e incluirlas en el informe, siendo conscientes de las limitaciones que conlleva.

Respecto a las entrevistas a asociaciones de pacientes (Anexo II), hemos contactado con dos asociaciones: Foro Español de Pacientes y el Foro Participativo de Salud de Puertollano. Las entrevistas han tenido como objetivos conocer la opinión de los pacientes sobre la atención a crónicos, el papel que debería tener cada nivel asistencial en su abordaje, el autocuidado y la atención a los cuidadores.

A continuación, se presenta el resultado de los cuestionarios y entrevistas así como el análisis efectuado por la SEDAP.

## 2.- Resultados de la opinión de las Sociedades Científicas

En este apartado se comentan los aspectos más relevantes del cuestionario cumplimentado por las Sociedades Científicas. Los resultados se detallan en el anexo III a este informe para aquellos lectores con interés en consultarlos.

## 2.1. Atención a pacientes crónicos

Las preguntas en este apartado van orientadas a conocer la información que tienen los profesionales sobre los modelos de atención a crónicos que se están llevando a cabo en varios países, así como las experiencias que se vienen implantando en varias CCAA, ya sea gestión por procesos o modelos de Área Única-Gestión Integrada. También se indaga sobre la percepción de las figuras de "enfermera de enlace", "enfermera gestora de casos" y "especialista consultor" y un aspecto muy específico sobre derivación del paciente crónico al hospital sin tener que pasar por urgencias hospitalaria.

Más de la mitad (53%) manifiestan no conocer ninguno de los dos modelos que con más frecuencia se están implantando en distintos países. Un 37% conoce el Kaiser Permanente y un 33% el *Chronic Care Model*. La opinión es más positiva para Kaiser Permanente aunque la implantación tanto del Kaiser Permanente como del *Chronic Care Model* en el Sistema Nacional de Salud (SNS) necesitaría adaptaciones. Se expresa cierto rechazo por las Sociedades de Atención Primaria, al considerarse que en estos modelos se desplaza la atención al nivel especializado.

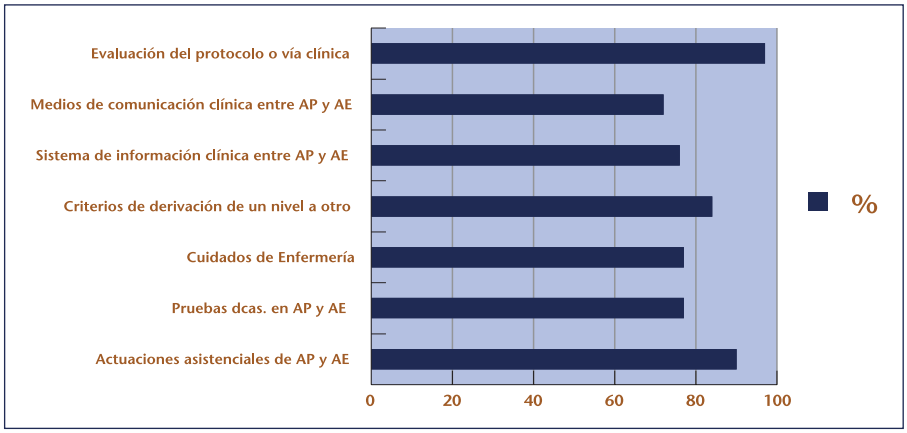
El 70% conoce algún modelo o experiencia de continuidad asistencial en el Sistema Nacional de Salud (SNS), especialmente los modelos de Área Única o Gestión Integrada (57%). En las contestaciones, se refleja cierto escepticismo o incertidumbre en los resultados esperables de mejora de la continuidad asistencial. Por parte de las Sociedades de Atención Primaria, se expresa cierto rechazo por la pérdida de peso que puede tener en organizaciones de este tipo.

El 34% de las Sociedades conoce experiencias de "Gestión por Procesos" con valoraciones positivas en la mejora de la calidad asistencial o de relación entre niveles pero con ciertas dudas en su implementación con la organización actual o en las formas de abordaje en el diseño y elaboración de los protocolos o guías para su desarrollo. Destaca que el 90% conozca alguna experiencia de continuidad asistencial, fundamentalmente en cuidados paliativos con valoraciones muy positivas. También se conocen experiencias relacionadas con la Enfermería de enlace, Enfermería gestora de casos y la continuidad de atención en domicilio, con valoraciones positivas.

Independientemente del conocimiento de modelos o experiencias relacionadas con la continuidad asistencial, todos ellos tienen como elemento fundamental la elaboración de protocolos o vías clínicas en la que se defina el qué, cómo, cuándo, por quién y dónde se debe realizar cada una de las intervenciones. Nos parecía interesante indagar la opinión sobre quiénes deberían elaborar estos documentos y qué contenidos deberían tener. El 87% opina que estos documentos deben ser elaborados conjuntamente por médicos y enfermeras de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, con la participación de recursos sociales.

En cuanto al contenido, deberían constar las siguientes especificaciones de ambos niveles asistenciales: las actuaciones asistenciales (90%), las pruebas diagnósticas (77%), los cuidados de Enfermería (77%), los criterios de derivación de un nivel a otro (84%), el sistema de información clínica en el nivel derivado para una buena calidad de la atención (76%), los medios de comunicación clínica (72%) y la evaluación del protocolo o vía, que destaca por su importancia con un 97% (Fig. 3).

**Figura 3. Contenidos de los protocolos/vías clínicas**




Las interacciones medicamentosas (63%) y las intervenciones terapéuticas en ambos niveles asistenciales (57%) tienen contestaciones por debajo del 70%, y llama la atención que los medios de comunicación entre especialistas hospitalarios únicamente los contemple el 33% de los encuestados.

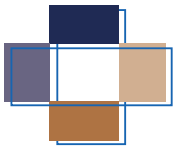
El 70% de los encuestados considera que debe existir la figura del "especialista consultor", recayendo la responsabilidad, fundamentalmente, en la especialidad de Medicina Interna (48% de los encuestados). Sus principales objetivos serían: minimizar derivaciones al ámbito hospitalario evitando desplazamientos innecesarios a los pacientes, garantizar una buena atención de los enfermos pluripatológicos o de alta complejidad y gestionar la atención del paciente crónico en el medio hospitalario.

Casi un tercio de las Sociedades encuestadas opina que también debería existir la figura del especialista consultor en Cardiología por la alta prevalencia de cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca congestiva, por patologías complejas y por una resolución rápida.

Respecto a la figura de Enfermería como gestor de casos, el 52% considera que debe existir en ambos niveles asistenciales, aunque un tercio opina que no debería existir. La justificación de su existencia es la coordinación entre niveles, incluyendo gestión de citas, control de pruebas diagnósticas y sus resultados, información y comunicación con el paciente y sus cuidadores. Además, gestionaría la coordinación con los recursos sociales e incluso su movilización cuando proceda. La consecuencia de contar con esta figura sería la optimización de recursos y mejora de la eficiencia.

En relación con la figura de la Enfermería de enlace hospitalario con Atención Primaria y los recursos sociales, el 64% opina que debe existir con las siguientes funciones: coordinación entre niveles, incluyendo gestión de citas, control de pruebas diagnósticas y sus resultados, información y comunicación con el paciente y sus cuidadores, planificación del alta hospitalaria y los reingresos, coordinación de las necesidades sociales durante el ingreso hospitalario, control y seguimiento de los pacientes derivados a otros centros hospitalarios y coordinación con servicios sociales y Atención Primaria a fin de asegurar la continuidad en los cuidados y, consecuentemente, la optimización de recursos.

Por último, en este apartado hemos preguntado por un tema muy específico relacionado con el circuito de derivación de un paciente crónico con reagudizaciones y alta complejidad desde Atención Primaria sin que tenga que pasar por urgencias. El motivo de esta pregunta es que en la actualidad el paso por urgencias hospitalarias está suponiendo una dificultad en la atención



por el malestar en el tiempo de espera que sufre el paciente y la sobrecarga de demanda asistencial que repercute en las urgencias hospitalarias. El 77% expresa que se podría establecer un procedimiento normalizado para estos casos de acuerdo a los protocolos o vías clínicas, recayendo la responsabilidad en la figura del internista o geriatra y de la enfermería de enlace, entre otros.

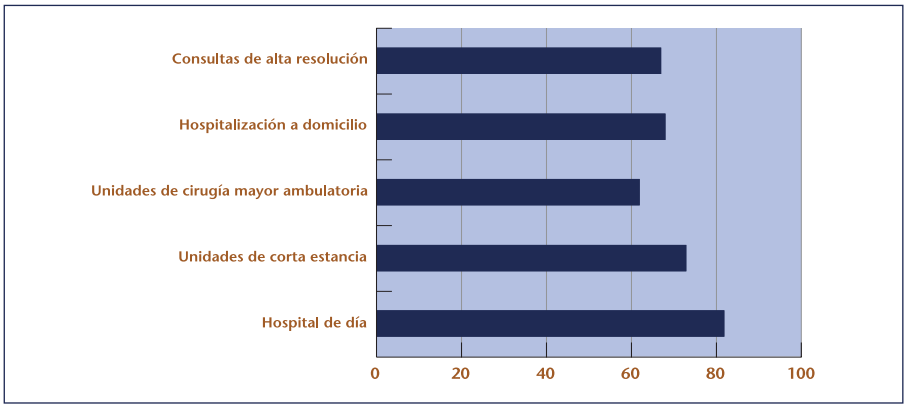
- Las experiencias de continuidad asistencial son valoradas muy positivamente, basándose en protocolos o vías clínicas elaborados por los propios profesionales (Medicina y Enfermería) de ambos niveles asistenciales y con la participación de recursos sociales.
- Se considera importante la figura del "especialista consultor", recayendo fundamentalmente en la especialidad de Medicina Interna.
- La existencia de la figura de "Enfermería de enlace" entre hospital, atención Primaria y recursos sociales podría contemplarse (64%) y también parece adecuado considerar la figura de "enfermera gestora de casos" en ambos niveles asistenciales (52%).
- Resaltan la necesidad de tener definido un circuito para los pacientes pluripatológicos y complejos que necesitan Atención Hospitalaria, sin tener que pasar por las urgencias hospitalarias.

### 2.2. Estructura y organización de los hospitales de referencia en el futuro

En este apartado y de acuerdo a las necesidades de salud reflejadas, se indaga sobre cómo deberían organizarse los hospitales en cuanto a unidades o servicios específicos para la atención a los procesos crónicos, y cómo deberían ofertar todas las prestaciones de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud.

El 100% de los encuestados opina que deberían desarrollarse alternativas a la hospitalización actual para la atención de los pacientes crónicos, fomentando prioritariamente el hospital de día (82%) y las unidades de corta estancia (73%). Con porcentajes entre el 60 y 70%, se indican además la necesidad de contar con unidades de cirugía mayor ambulatoria, la hospitalización a domicilio y las consultas de alta resolución (Fig. 4).

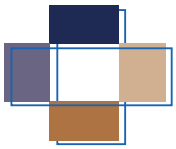
**Figura 4. Alternativas a la hospitalización actual**




El 62% cree que debería desarrollarse algún recurso específico para la atención de los pacientes crónicos, siendo este recurso el referente en el hospital para los profesionales de Atención Primaria (45%). Aproximadamente una cuarta parte de los encuestados opina que debería contemplarse una unidad independiente con consultas y camas propias aunque otro tanto cree que esta unidad debería depender del Servicio de Medicina Interna–Geriatría.

Destaca que el 80% de los encuestados exprese que deben constituirse redes hospitalarias para ofertar todas las prestaciones de la Cartera de Servicios del SNS por efectividad clínica (patologías complejas y enfermedades raras) y eficiencia. También es destacable que el 91% opine que no debe existir una red específica de hospitales para la atención de pacientes crónicos.

- Destacan la implementación de alternativas a la hospitalización actual, fomentando hospital de día y unidades de corta estancia, entre otras.
- Opinan que no es necesaria la creación de redes específicas de hospitales de crónicos, pero sí el desarrollo de recursos específicos para la atención de crónicos en los hospitales de referencia de área, pudiendo ser una unidad independiente con consultas y camas propias o una unidad dependiente del Servicio de Medicina Interna–Geriatría.
- Se muestran partidarios de crear redes hospitalarias para garantizar todas las prestaciones de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud por razones de efectividad y eficiencia.



### 2.3. Tecnologías de información y comunicación

En este apartado se pregunta sobre las tecnologías de información y comunicación que se creen más necesarias para dar una buena atención a los pacientes entre ambos niveles asistenciales.

Prácticamente la mayoría de los encuestados (92%) opina que la historia clínica debe ser accesible desde ambos niveles asistenciales para una buena coordinación, calidad de la atención (incluyendo la seguridad del paciente y evitando la iatrogenia) y eficiencia de los recursos (evitando duplicidades de pruebas diagnósticas y reduciendo los tiempos de asistencia).

Asimismo, el 97% afirma que las pruebas diagnósticas por imagen y los informes deben estar accesibles a todos los médicos implicados en la atención del paciente y el 83% cree que los criterios de accesibilidad a estas pruebas deben ser los mismos para Atención Primaria y Atención Hospitalaria, con el fin de dar una buena continuidad asistencial y por eficiencia (capacidad de resolución en el nivel más adecuado, evitar duplicidades de pruebas, entre otras). Hay que destacar que como justificación para el acceso, se señalan como motivos que "el paciente es el eje de la atención" y que "el proceso asistencial debe ir en torno al paciente y no al revés".

Respecto a la citación del paciente directamente en las agendas de uno u otro nivel asistencial, el 70% está de acuerdo, con el fin de mejorar la continuidad asistencial y, por tanto, mejorar la atención al paciente, y de agilizar el proceso asistencial, evitando trámites burocráticos. Algunas de las Sociedades encuestadas opinan que debería realizarse con criterios consensuados y estableciendo prioridades.

Por último, se solicita la opinión sobre los medios de comunicación que deberían existir para compartir información clínica tanto internamente en el propio hospital como con Atención Primaria, recursos sociales y paciente:

- Básicamente, es la historia clínica el medio de comunicación más prioritario con otros servicios del hospital y Atención Primaria. Alrededor de una cuarta parte opina que además se debería contactar mediante correo electrónico, página web-internet (pudiera ser blog o foros, aunque no se especifica) y sesiones conjuntas.

- El 40% opina que la comunicación con los recursos sociales debe ser a través de la historia clínica pero con acceso restringido y también página web-internet (33%) y correo electrónico (20%).
- En relación con el paciente, los medios de comunicación deben ser: página web-internet (40%), resumen de la historia clínica o informe clínico (33%), correo electrónico (27%) y teléfono (20%).

- La historia clínica debe ser accesible a ambos niveles asistenciales para una buena coordinación, calidad de la atención y eficiencia de los recursos.
- Las pruebas diagnósticas por imagen y los informes deben estar accesibles a todos los médicos implicados en la atención del paciente, con los mismos criterios de accesibilidad, por eficiencia y porque "el paciente es el eje de la atención".
- La citación del paciente directamente en las agendas de uno u otro nivel asistencial debe ser contemplada.
- El medio de comunicación clínica prioritario es la historia clínica. También se consideran otros medios como correo electrónico, página web-internet y teléfono.

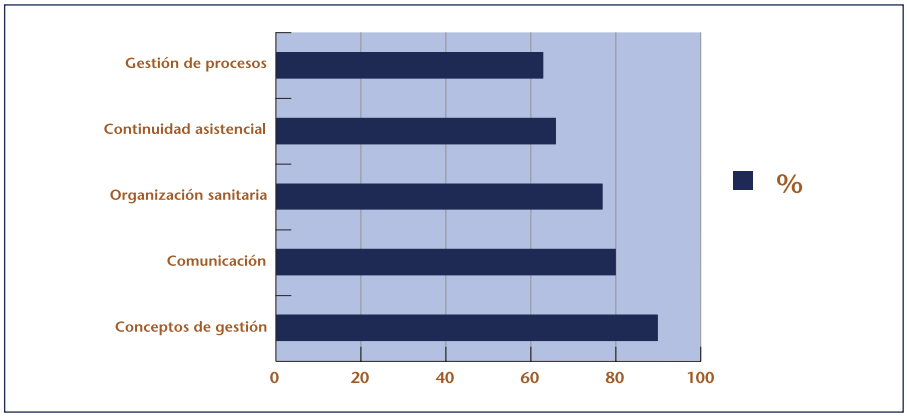
### 2.4. Docencia

En el apartado de docencia, se incluyen tres aspectos como son la formación de grado, tanto de Medicina como de Enfermería, la formación de residentes de las distintas especialidades y la formación continuada.

Respecto a la formación de grado, se explora la opinión sobre los conocimientos que deberían tener los estudiantes de Medicina y Enfermería en temas relacionados con la organización y gestión de los servicios. Las Sociedades Científicas consideran que los estudiantes deben formarse en conceptos de gestión (90%), en conocimientos de comunicación (80%) y en organización sanitaria (77%). Los contenidos relacionados con continuidad asistencial (66%) y gestión de procesos (63%) son los menos valorados.

El 93% opina que la rotación de los estudiantes de Medicina y Enfermería por los centros de Atención Primaria es importante para su formación. Entre los motivos, destaca el obtener una visión integral del sistema sanitario, por ser en este nivel donde se resuelve un gran porcentaje de problemas de salud, porque su conocimiento favorecerá una buena coordinación interniveles en su futuro profesional y porque más del 50% tendrá como destino la Atención Primaria (Fig. 5).

**Figura 5. Formación de grado. Conocimientos de gestión y organización**




En relación con la formación de residentes, el 74% opina que los residentes de todas las especialidades deben rotar por los centros de Atención Primaria para una formación integral y para una buena coordinación futura con el primer nivel asistencial. Un 19% indica que sólo deben rotar en algunas especialidades, aunque las especificaciones son muy variables sin destacar ninguna especialidad en concreto.

Referente a la formación continuada, se pregunta si se debería contemplar rotaciones de un nivel a otro en los planes de formación continuada. El 70% cree que se deberían planificar rotaciones de los profesionales de Atención Primaria por el hospital en algunas especialidades, según la demanda que estos profesionales manifiesten (40%). Respecto a las rotaciones de hospital en Atención Primaria, sólo el 40% opina favorablemente y para algunas especialidades, especialmente las médicas (50%) y dentro de éstas, Medicina Interna.

Sin embargo, donde hay un alto porcentaje de coincidencia es en relación con las sesiones clínicas, bibliográficas y de otros tipos entre ambos niveles asistenciales. El 93% opina que deben contemplarse para establecer consensos en el manejo de pacientes (protocolización), conseguir mejores resultados en la coordinación interniveles y para lograr un mejor abordaje integral del paciente.

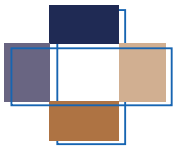
- Conocimientos de gestión y rotaciones en los centros de Atención Primaria en los programas de formación de estudiantes de Medicina y Enfermería.
- Rotación de los residentes de todas las especialidades por los centros de Atención Primaria, para una formación integral y para una futura buena coordinación con el primer nivel asistencial.
- Los planes de formación continuada deben contemplar:
  - Rotaciones de los profesionales de Atención Primaria por el hospital según las necesidades formativas de estos profesionales.
  - Sesiones clínicas, bibliográficas y de otros tipos, entre ambos niveles asistenciales.

### 2.5. Investigación

En relación con la investigación, se solicita opinión sobre si debería realizarse en el primer nivel asistencial, si la Atención Primaria debería liderar algunos proyectos y si se deberían compartir recursos con la Atención Hospitalaria.

Todas las Sociedades opinan que se debe hacer investigación en Atención Primaria y que algunos proyectos deben ser liderados por profesionales de este nivel. En cuanto a los tipos de proyectos que deberían ser liderados por el primer nivel asistencial, destacan aquellos en los que la Atención Primaria tiene un papel predominante en la intervención o que están relacionados con su especialidad (promoción de la salud, prevención, enfermedades prevalentes, intervenciones comunitarias, entre otras).

Respecto a compartir recursos de investigación entre ambos niveles, el 86% contesta afirmativamente. Entre las justificaciones destacan abordar proyectos comunes, proyectos transversales, optimización de recursos y las ventajas en la captación de pacientes para el estudio.



- Debe realizarse investigación en Atención Primaria y se deben contemplar proyectos liderados por el primer nivel asistencial.
- Se deben compartir recursos en aquellos proyectos que impliquen ambos niveles asistenciales.

### 2.6. Gestión

En este apartado se exploran la financiación hospitalaria, los compromisos con cada departamento/servicio, los recursos compartidos con Atención Primaria, la representatividad en los órganos de gobierno y los aspectos más relevantes para la motivación, implicación, compromiso y satisfacción de los profesionales con la organización.

El 83% de las Sociedades encuestadas opina que la financiación de los hospitales de referencia debe ser mixta, en parte capitativa y en parte por actividad. En esta financiación, el 97% de los encuestados considera que debe contemplarse una parte variable ligada al cumplimiento de objetivos alineados con la organización, calidad y eficiencia. Algunos opinan que también se deberían contemplar penalizaciones por incumplimiento de objetivos.

Además, el 65% indica que una parte de los objetivos deben ser compartidos con Atención Primaria, fundamentalmente los relacionados con aspectos asistenciales entre ambos niveles (incluye listas de espera en consultas, protocolización, cuidados enfermeros post-hospitalización, entre otros), uso racional del medicamento, gasto farmacéutico e investigación común.

En relación a la financiación, un 34% opina que debería ser común para ambos niveles asistenciales, frente a un 50% que indica que debería ser independiente para cada nivel.

Prácticamente la totalidad de los encuestados (98%) se muestra partidario de establecer compromisos a uno o varios años vista, con cada servicio o unidad hospitalaria con el fin de dar continuidad temporal, facilitando su consecución, y ser realistas en el ajuste anual de los compromisos, según los recursos humanos y económicos disponibles. Se considera necesario igualmente realizar el seguimiento y evaluación de dichos compromisos.

El 60% opina que se deberían compartir algunos recursos con Atención Primaria, principalmente los relacionados con la atención a crónicos, exploraciones complementarias, consultas externas, atención domiciliaria (incluye medicamentos hospitalarios en domicilio), formación, investigación, entre otros.

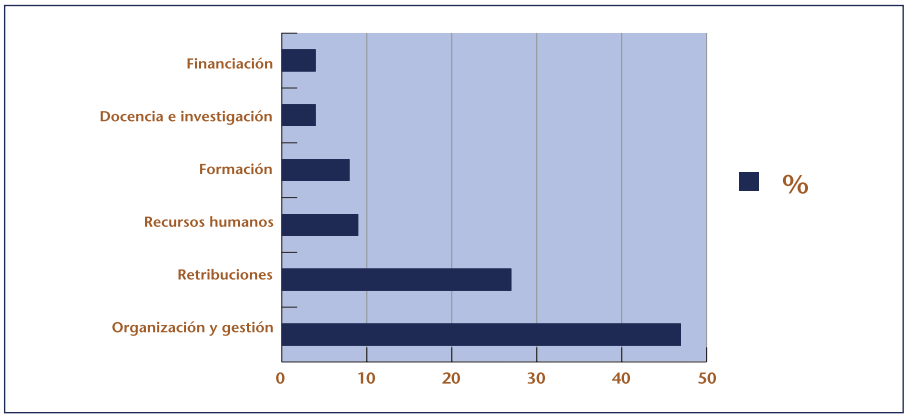
Referente a las fórmulas de gestión que se deberían llevar a cabo para facilitar la coordinación entre niveles, llama la atención que el 43% de las Sociedades encuestadas no contesta a esta pregunta. El 57% que contesta, lo realiza en los cuatro ámbitos que contemplaba el cuestionario (asistencial, formación continuada, docencia e investigación):

- En el ámbito asistencial, las fórmulas que se proponen son muy variadas: una cartera de servicios común aunque cada nivel tenga otra específica, gestión de procesos, protocolización consensuada entre niveles asistenciales, historia clínica compartida con acceso a exploraciones complementarias, facilitar interconsultas y medios de comunicación bidireccionales, entre otras.
- En el ámbito de la formación continuada, se proponen fundamentalmente actividades formativas conjuntas con presupuestos compartidos.
- En el ámbito de la docencia, incorporación de contenidos de Atención Primaria en los planes de estudio de grado y postgrado, rotaciones de alumnos por el primer nivel, formación on-line y presupuestos compartidos.
- En el ámbito de la investigación, asignación de una cuota de los recursos de investigación a Atención Primaria, promover el uso compartido de estructuras de investigación, proyectos conjuntos de investigación además de los propios de cada nivel asistencial, investigación transversal, presupuestos compartidos, entre otros.

Un tema que nos pareció interesante fue conocer la opinión sobre la representación de la sociedad civil en los órganos de gobierno de los hospitales del futuro. El 73% contesta afirmativamente a esta representación pero prácticamente la totalidad cree que este órgano de gobierno debería ser de área de salud y no propio del hospital. Los motivos más aludidos para esta afirmación están relacionados con: la participación del ciudadano, el cumplimiento de la Ley General de Sanidad y la implicación de ambos niveles asistenciales.

Por último, se les solicitó que especificaran cinco aspectos relevantes que se deberían contemplar en los hospitales del futuro para una mayor motivación, implicación, compromiso y satisfacción de los profesionales con la organización. Para hacer más comprensible los resultados, se han agrupado en seis apartados (Fig. 6):

**Figura 6. Aspectos que mejoren la motivación, implicación, compromiso y satisfacción de los profesionales**



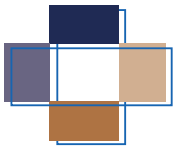

- Los aspectos más relevantes, a juicio de las Sociedades Científicas, tienen que ver con temas relacionados con la "Organización y Gestión" con un 47% de respuestas. Dentro de este apartado, las contestaciones con más peso son: autonomía de gestión tanto por parte de Sociedades Científicas de Atención Primaria como de ámbito hospitalario, objetivos y normas claras, reconocimiento profesional y participación en la toma de decisiones.
- El segundo apartado con más porcentaje de respuestas está relacionado con "Retribuciones" con un 27%. Dentro de este apartado, se encuentran dos aspectos con más peso como son la incentivación (la más valorada por todas las Sociedades Científicas) y un sueldo digno. Otro aspecto muy valorado es la carrera profesional.
- El tercer apartado con un 9% de respuestas está relacionado con "Recursos Humanos", aunque no hay un aspecto que sea más relevante que otro.

- La "Formación Continuada" es considerada por un 8% de las Sociedades encuestadas, y es uno de los aspectos más valorados después de la incentivación, con mismo peso que el sueldo digno.
- Los dos últimos "Docencia e Investigación" y "Financiación" tienen porcentajes pequeños con un 4%, con aspectos poco relevantes.

- La financiación de los hospitales de referencia debe ser en parte capitativa y en parte por actividad, debiendo contemplar una parte variable ligada a objetivos. La financiación no debe ser común para ambos niveles asistenciales.
- Una parte de los objetivos deben ser compartidos con Atención Primaria, principalmente los relacionados con aspectos asistenciales entre ambos niveles, uso racional del medicamento, gasto farmacéutico e investigación común.
- Objetivos y compromisos a uno o varios años.
- Recursos compartidos con AP: atención a crónicos, exploraciones complementarias, consultas externas, atención domiciliaria, formación, investigación, entre otros.
- Órgano de gobierno con representatividad de la sociedad civil a nivel de área de salud.
- Los aspectos más relevantes para motivar, implicar y satisfacer a los profesionales están relacionados con la incentivación, el sueldo digno, la formación continuada, la carrera profesional y con la organización y gestión de los servicios.

## 3.- Resultados de las entrevistas a asociaciones de pacientes

Únicamente se han realizado dos entrevistas a asociaciones de ciudadanos y pacientes. Somos conscientes de que su representación es muy tímida y nada significativa para el análisis. Sin embargo, creemos que es hora de tomar en cuenta estas opiniones en las propuestas y recomendaciones de la gestión sanitaria. Los resultados se detallan en el anexo IV a este informe para aquellos lectores con interés en consultarlos.



En relación con la atención a pacientes crónicos, los dos foros opinan que no es buena por parte de ninguno de los dos niveles asistenciales y que para cumplir con sus expectativas haría falta un mayor papel de la Enfermería, aumento del tiempo para la atención domiciliaria y mejor coordinación entre los servicios hospitalarios y Atención Primaria.

Respecto al papel que debería tener cada nivel asistencial en la atención a pacientes crónicos, los resultados son dispares. Un foro opina que debería recaer fundamentalmente en Atención Primaria y otro sobre Atención Hospitalaria. Esto puede deberse a que el presidente del Foro Español de Pacientes es médico y, por lo tanto, más conocedor del sistema sanitario.

Ambos Foros opinan que el paciente debe participar en la elección de tratamiento y en el autocuidado, ya que éste último aspecto es bueno o esencial para el control de síntomas y refuerzo de la adherencia al tratamiento, teniendo la Enfermería un papel fundamental en ello.

En cuanto a la atención a cuidadores, opinan que se les debe dar información, educación, prevención sobre descanso del cuidador y recursos materiales y económicos.

Concluyen que se deben rediseñar los procesos asistenciales actuales, y coinciden en que se debería reforzar el papel de los profesionales de Atención Primaria, cambiar el papel de la hospitalización convencional e integrar las nuevas tecnologías de la información y comunicación.

## 4.- Análisis y recomendaciones de SEDAP

Como se comentaba en la introducción, los dos informes previos de la SEDAP han analizado el papel de la Atención Primaria y la integración asistencial, por lo que parecía imprescindible que hubiera un tercer informe que analizase la organización hospitalaria necesaria para una integración de la atención, fundamental en el abordaje de los procesos crónicos, causantes de gran parte de la morbilidad y mortalidad y, consecuentemente, del gasto sanitario.

Aunque las estrategias para la atención a pacientes crónicos están teniendo su mayor auge en los últimos años, el cambio del patrón epidemiológico tuvo lugar en los años 60, siendo uno de los motivos que originó en

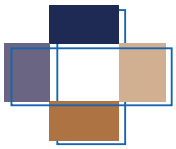
1978 la declaración de Alma-Ata, propiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la que 138 países se comprometían al desarrollo de la Atención Primaria con el fin de mejorar la eficiencia de los sistemas sanitarios.

Sin embargo, ¿por qué es una prioridad en las estrategias de la primera década del siglo XXI? Tal y como preconizaba la OMS, la tendencia creciente de los procesos crónicos, la falta de desarrollo de la Atención Primaria, el mantenimiento del hospitalcentrismo, la falta de continuidad asistencial entre ambos niveles asistenciales y de la coordinación con los recursos sociales y, por tanto, su repercusión en el gasto sanitario pueden poner en peligro la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

Las estrategias que se están llevando a cabo van orientadas hacia la promoción de la salud, la detección precoz de procesos crónicos y de factores de riesgo y, fundamentalmente, la integración asistencial, bien mediante cambios estructurales, bien mediante la gestión de procesos o de casos.

Nuestro país fue uno de los que se comprometió en Alma-Ata al desarrollo de la Atención Primaria, y así lo hizo con un despliegue normativo reflejado en el Real Decreto 137/1984 de Estructuras Básicas[9] y ratificado posteriormente en la Ley 14/1986 General de Sanidad (LGS)[10]. Estas normativas ocasionaron a finales de los ´80 y en la década de los ´90, un aumento importante en inversiones de centros de salud y de constitución de Equipos de Atención Primaria. Sin embargo, el desarrollo normativo de la LGS relacionado con la organización y funcionamiento de los hospitales del Instituto Nacional de la Salud, Real Decreto 521/1987[11], no supuso un cambio en el funcionamiento de los hospitales en su relación con Atención Primaria, tal y como comenta Eduardo García Prieto en su artículo como experto. ¿Por qué?

El desarrollo normativo era necesario para los cambios organizativos y funcionales de los servicios de salud, pero no fue suficiente, ya que no se contemplaron estrategias para el cambio cultural en la organización sanitaria. Esta reflexión tiene validez para el momento actual, de nada sirven cambios estructurales de integración asistencial o transversales mediante la gestión de procesos si no hay previamente estrategias de cambio cultural de la organización.



### 4.1. Marco político

Tanto en los dos informes previos como al iniciar el análisis de los resultados de los cuestionarios y entrevistas así como al tener en cuenta la opinión de los expertos en la materia, lo primero que se plantea es que debe haber un marco político de consenso y un desarrollo normativo en varias cuestiones para que se puedan llevar a cabo de manera efectiva y eficiente las medidas que se proponen.

El marco político de consenso se refiere al ya archiconocido por anunciado "Pacto por la Sanidad" que no ha sido posible aún, pero que debe lograrse en el futuro si se quiere hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud.

Este Pacto debería contemplar además de una política consensuada de recursos humanos y de unos criterios que permitan estabilidad a corto y medio plazo a la industria tecnológica y farmacéutica para garantizar inversiones del sector industrial en investigación e innovación, otros acuerdos relacionados con la eficiencia de las organizaciones sanitarias, como son:

- Acuerdo sobre el desarrollo de la Atención Primaria. Se viene escuchando en muchos foros y leyendo en multitud de documentos la importancia del primer nivel asistencial. Sin embargo, los datos económicos demuestran que la Atención Primaria se mantiene año tras año en torno al 15% en la serie de gasto real 2002–2009, mientras la Atención Hospitalaria ha tenido una evolución creciente de 3,5 puntos (52,0% en 2002 y 55,5% en 2009)[12]. Por tanto, hay que pasar de las meras buenas intenciones a los hechos.
- Acuerdo sobre la revisión de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, no sólo para limitar prestaciones que no sean efectivas o eficientes, sino para adaptarla a las necesidades actuales, estableciendo una cartera de servicios para la gestión de procesos crónicos entre ambos niveles asistenciales que defina las intervenciones propias de cada nivel y las comunes a ambos niveles, además de la cartera de servicios propia de Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Estos tres tipos de cartera no pueden solamente enunciar prestaciones y actividades sino que deben de dar un paso más, estableciendo criterios en la atención sanitaria para garantizar la equidad.

- Acuerdo sobre criterios de "Buen Gobierno"[13,14,15,16,17] con rendición de cuentas, participación efectiva de los profesionales y de los ciudadanos y transparencia en la gestión de los servicios sanitarios, que permita establecer indicadores de seguimiento y evaluación de los modelos de gestión e innovaciones que se han puesto y se están poniendo en marcha, sin más.
- Acuerdo sobre un sistema de información común para el seguimiento del Sistema Nacional de Salud, con una revisión de los "Indicadores Clave"[18] ya consensuados y de aplicaciones informáticas compatibles para la obtención de la información.
- Acuerdo en campañas de sensibilización de la población, tanto de sus deberes (uso adecuado de los servicios sanitarios) como de sus derechos (participación en la toma de decisiones concerniente con su propia salud), así como de promoción de la salud (autorresponsabilidad y autocuidado).

### 4.2. Organización hospitalaria

En la última década se han producido muchos cambios que afectan a la organización hospitalaria: modelos de gestión, grandes avances en los sistemas tecnológicos, de información y comunicación y en el perfil del paciente, entre otros.

Desde la entrada en vigor de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud[19], se han producido muchos cambios en la gestión hospitalaria, existiendo en la actualidad hospitales de gestión directa, fundaciones públicas, empresas públicas, centros concertados, consorcios, concesiones administrativas y los modelos PFI.

Asimismo, ha habido grandes avances en los sistemas tecnológicos que han permitido avanzar en pruebas diagnósticas y terapéuticas más rápidas, precisas y menos agresivas e invasivas. Los sistemas de información también han avanzado sustancialmente con la implantación de la historia clínica electrónica y los medios de comunicación a través de la telemedicina.

Respecto al perfil del paciente, ya se ha comentado el cambio del patrón epidemiológico, pero además el paciente actual tiene un perfil menos pasivo, más informado (aunque no siempre mejor) que empieza a demandar mayor participación en las decisiones sobre su salud.

Sin embargo, la organización hospitalaria sigue siendo muy similar a la que había hace treinta años, una organización orientada a la resolución de problemas agudos, con escasa conexión con el primer nivel asistencial y poco eficiente e interesada para atender las necesidades actuales de cronicidad.

¿Cuáles serían las consideraciones a tener en cuenta para la reorganización hospitalaria?

La planificación de nuevos hospitales así como la reorganización de los ya existentes debería realizarse con criterios racionales basados en: el tamaño y estructura de la población de referencia, los problemas de salud actuales, estudio de la cartera de servicios en base a actividad estimada, rendimiento y coste, teniendo en cuenta la accesibilidad y rendimiento de procedimientos y técnicas de hospitales colindantes y la evidencia científica referente a la concentración de recursos para una mayor efectividad en el tratamiento de ciertas enfermedades[20,21], de tal manera que se pudieran establecer redes de hospitales que garantizasen la equidad de las prestaciones y la calidad de las mismas desde los puntos de vista de efectividad y eficiencia.

Los grandes avances tecnológicos repercuten en gran medida en el funcionamiento de los hospitales, ocasionando la obsolescencia de la tecnología a corto o medio plazo. Por tanto, hay que adecuar la tecnología necesaria a la cartera de servicios que oferta el hospital, sin que esto suponga un elevado coste, por lo que sería conveniente generar planes de colaboración público–privada para la reposición y actualización de la tecnología.

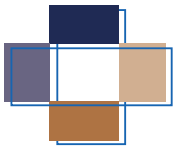
Según los últimos datos, el 60% de los ingresos hospitalarios se debe a procesos crónicos, por lo que el hospital del futuro debe ir orientado en una buena parte a la atención del paciente crónico, dando apoyo a la Atención Primaria bien mediante la figura del "especialista consultor", bien mediante medios de información y comunicación ágiles así como con consultas de ágil y rápida resolución para valoraciones o intervenciones que no

se puedan realizar en el primer nivel asistencial. Además, debe contemplar espacios para la atención de pacientes pluripatológicos cuya coordinación debe recaer fundamentalmente sobre los médicos internistas, aunque intervengan distintas especialidades en su atención. Como comenta José Ramón Repullo[15], en la mayoría de los procesos crónicos, la Atención Primaria debe ser el "director de orquesta" al cual los especialistas hospitalarios deben remitirse cuando intervienen en el proceso crónico. Si la gravedad del proceso lo indicase, el médico de Atención Primaria cederá la dirección al "solista" (especialista hospitalario), hasta que se resuelva la gravedad o se estabilice el proceso sin caer en el secuestro del paciente.

Independientemente de la deficiente financiación del primer nivel asistencial, para que se pueda llevar a cabo este planteamiento de atención a crónicos por parte del hospital, la Atención Primaria debe desarrollar plenamente su capacidad de resolución sin realizar derivaciones injustificadas al hospital y desarrollando la promoción de la salud (elemento importante de la Atención Primaria) sobre todo en la autorresponsabilidad del ciudadano en su propia salud y en el autocuidado del paciente. La Enfermería de Atención Primaria debe asumir un papel relevante tanto en la promoción de la salud como en la coordinación con los recursos sociales para que el paciente crónico pueda ser atendido en su hábitat habitual. En algunas CCAA, la figura "enfermera gestora de casos" en Atención Primaria realiza la coordinación de las actuaciones sanitarias y sociales, aunque consideramos que se debería denominar "coordinadora de cuidados" para no confundir con la "gestión de casos".

Los avances de las tecnologías y la orientación descrita hacia la atención de los procesos crónicos producirán una tendencia decreciente de ingresos hospitalarios y un aumento de actividad de otras unidades como hospital de día, unidades de corta estancia y cirugía mayor ambulatoria, entre otras.

La organización debe orientarse hacia la gestión por procesos, no sólo entre servicios del propio hospital sino con otros hospitales (redes hospitalarias) y con Atención Primaria, de manera que permita el abordaje integral del proceso, especificando las actuaciones de forma coordinada en las que se definan profesionales, medios, procedimientos, circuitos y tiempos. Esta



forma de organización no debería tener gran resistencia en su implantación ya que existen experiencias de continuidad asistencial con buena aceptación por parte de los profesionales (como se manifiesta en la encuesta realizada a Sociedades Científicas, aunque únicamente representa a una muestra pequeña). Además, ya existen experiencias de gestión por procesos en varias CCAA[22,23,24,25], aunque sea pronto para realizar una valoración de las mismas. No sólo debería contemplarse la gestión por procesos sino la "gestión de casos" en la que se estableciera un plan individualizado para casos graves y/o complejos. (Nota: no debe confundirse esta denominación con la figura de "gestor de casos" de Enfermería).

En esta gestión por procesos agudos o crónicos, con implicación de servicios, hospitales y Atención Primaria, es necesario potenciar la figura de "Enfermería de enlace", entendiéndose como la enfermera que coordina las actuaciones del paciente ingresado y la post-hospitalización con Atención Primaria y servicios sociales, si procede.

Para llevar a cabo esta reorganización hospitalaria, es clave el sistema de información y comunicación. Es imprescindible la implantación de la historia clínica electrónica, facilitando el acceso a todos los profesionales de ambos niveles que intervienen en el proceso asistencial para garantizar la calidad de la atención, evitar duplicidades de pruebas diagnósticas, minimizar la iatrogenia y, consecuentemente, mejorar la eficiencia[26]. Dada la variabilidad de historias clínicas electrónicas que existen en la actualidad entre hospitales, deben desarrollarse estándares que aseguren la interoperabilidad de los sistemas[27].

Asimismo, deben desarrollarse medios de comunicación ágiles ya sean por internet, teléfono u otros medios, valorando los más idóneos para la comunicación intra-hospitalaria, entre hospitales, con Atención Primaria, servicios de emergencia, recursos sociales y con el paciente.

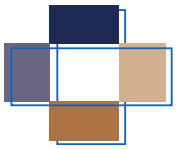
El hospital al igual que el centro de salud debe ser un generador de conocimiento, no sólo en aspectos clínicos sino también en gestión y organización. Esto revertirá en una mejor calidad de la atención y en que la integración asistencial sea una realidad. Es necesario que los planes de formación de grado de Medicina y Enfermería así como la formación postgrado de la mayoría de las especialidades médicas y algunas quirúrgicas contem-

plen rotaciones en ambos niveles asistenciales para que tengan una visión global de la organización sanitaria así como de la gestión clínica. Otro elemento facilitador de la integración asistencial será la implementación de planes de formación continuada en los que se contemplen cursos, sesiones y otras actividades formativas conjuntas entre ambos niveles.

La investigación es una línea de trabajo fundamental en el hospital como generador de conocimiento y de innovación. Debe haber planes de colaboración pública–privada que permitan impulsar proyectos de investigación (clínicos, epidemiológicos y evaluativos) en Atención Primaria y Atención Hospitalaria; existirán líneas de investigación propias de cada nivel asistencial y líneas comunes para ambos niveles. En éstas últimas, se compartirán recursos y el liderazgo del proyecto dependerá del peso específico de cada nivel en el proyecto.

La financiación del hospital debe ser fundamentalmente capitativa ajustada aunque podría tener una parte por actividad en caso de que hubiera alianzas para ciertas prestaciones de la cartera de servicios (redes de hospitales). La gestión intra-hospitalaria debería hacerse mediante compromisos con las unidades y servicios con objetivos claros y realistas a corto, medio y largo plazo. El seguimiento y cumplimiento de los objetivos tendría su repercusión en el reconocimiento profesional y en otros aspectos como la incentivación. Los órganos de gobierno o consejos de administración deberán ser de área de salud y no específicos del hospital.

Como se comentaba más arriba, para que la integración asistencial se pueda llevar a cabo, hace falta un cambio en la cultura de la organización, teniendo al ciudadano o paciente como eje de la organización sanitaria, trabajando en equipo sin secuestro de pacientes, cooperando para dar la mejor calidad de atención, en el lugar más idóneo y al menor coste posible, y en caso de que sea un proceso crónico, dotar a los pacientes del mejor cuidado y formarles para que sepan vivir con su enfermedad y con la mejor calidad de vida[8]. Este cambio se refleja en los cuestionarios cumplimentados por las Sociedades Científicas, pero dado el bajo porcentaje de participación, no podemos afirmar si esta opinión es generalizable al conjunto de los profesionales o si empieza a calar en la organización tímidamente.



Aunque no sea representativa la opinión de las Sociedades Científicas, merece tener en cuenta los aspectos reflejados para la motivación, implicación y satisfacción de los profesionales. Además de las retribuciones, el reconocimiento profesional, la autonomía de gestión y la participación en las tomas de decisión de la organización son elementos importantes en este cambio cultural.

Como ya se ha comentado en los anteriores informes, insistimos en la importancia del rol del directivo para esta nueva organización, más facilitador de la colaboración entre los profesionales, minimizando las barreras funcionales e impulsando la participación de los profesionales en la toma de decisiones y en el trabajo en equipo. Para que se haga una realidad, es imprescindible la profesionalización de los directivos.

## 5.- Conclusiones

Desde la perspectiva de Atención Primaria es necesaria una evolución y una nueva orientación de nuestros servicios sanitarios hacia la atención integrada y, consecuentemente, de un nuevo modelo de hospital capaz de superar algunos de los paradigmas clásicos, adaptándose a las nuevas necesidades y escenarios.

Esta adaptación a los nuevos paradigmas exige:

- Apertura (sociedad abierta y participativa que exige organizaciones abiertas).
- Orientación a la comunidad (menos centrada en el internamiento).
- Atención integrada (para superar el fraccionamiento actual, a través de la integración asistencial, no de gestión).
- Nuevas respuestas a la "epidemia" de enfermedades crónicas y de pacientes pluripatológicos complejos.
- Racionalización de los procesos de medicalización excesiva.
- Mejora de la seguridad del paciente y la efectividad.

Por tanto, las conclusiones de este Informe son:

- Necesidad de un Pacto por la Sanidad que recoja acuerdos relacionados con la eficiencia de las organizaciones sanitarias, planes de

estabilidad con la industria tecnológica y farmacéutica y política consensuada de recursos humanos.

- Necesidad de reorganización de los hospitales, orientándolos en gran parte a la atención a pacientes crónicos ya que el 60% de los ingresos actuales son debidos a este tipo de enfermedades.
- Estrategias de integración asistencial, fundamentalmente en la atención a pacientes crónicos, mediante la gestión de procesos compartidos, la compatibilidad de sistemas de información, el impulso de vías de comunicación y la realización conjunta de actividades formativas, de docencia de grado y postgrado y de proyectos de investigación.
- Estrategias de cambio cultural de la organización con mayor participación de los profesionales en la toma de decisiones y fomentando el trabajo en equipo, con directivos profesionalizados que faciliten la implantación de esta cultura.

Aunque estemos en situación de crisis económica, la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud es aún posible si se consiguen consensos en cuestiones clave entre los partidos políticos y se establecen medidas de gestión que mejoren la eficiencia. Una medida imprescindible para mejorar la eficiencia de los Servicios de Salud es la reorientación de gran parte de la organización hospitalaria hacia la atención a procesos crónicos.

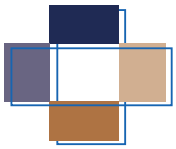
Un proceso de esta envergadura requiere generar un cambio de cultura que implique a los profesionales y servicios sanitarios y que permita superar la inercia histórica. Esto sólo será posible contando con liderazgos de directivos que sean profesionales de la gestión.

No podemos seguir haciendo lo mismo y esperar que las cosas cambien; tenemos que cambiar lo que hacemos para esperar resultados que mejoren la eficiencia del Sistema Nacional de Salud.

## Bibliografía


1. Starfield B. Reinventing Primary Care: Lessons from Canada for The United States. Health Affairs 2010; 29(5):1030-36.
2. Curry N, Ham C. Clinical and service integration: the route to improved outcomes. King's Fund, 2010.
3. Canadian Health Services Research Foundation. Picking Up the Pace: How to accelerate change in Primary Healthcare. CHSRF, 2010. Casebook of Primary Healthcare Innovations.
4. Bengoa B, Nuño R. Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Ed. Elservier Masson, 2008.
5. European Hospital and Healthcare Federation. Chronic diseases: A clinical and managerial challenge. HOPE, 2010.
6. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de pacientes pluripatológicos. Estándares y recomendaciones. MSPS, 2009.
7. Sociedad de Directivos de Atención Primaria. Atención Primaria de Salud: nuevos retos, nuevas soluciones. SEDAP, 2009.
8. Sociedad de Directivos de Atención Primaria. Integración Asistencial ¿Cuestión de Modelos? Claves para un debate. SEDAP, 2010.
9. Real Decreto 137/1984 de 11 de enero sobre Estructuras Básicas de Salud. BOE número 27 de 1/2/1984, páginas 2.627 a 2.629.
10. Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad. BOE número 102 de 29/4/1986, páginas 15.207 a 15.224.
11. Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. BOE número 91 de 16/4/1987, páginas 11.379 a 11.383.
12. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estadística del Gasto Sanitario Público: Gasto real 2002-2009. MSPSI, 2011.
13. Ortún V. El buen gobierno sanitario. MSD, 2009.
14. Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Código de Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca. Noviembre, 2010.
15. Freire JM, Repullo JR, Oteo LA, Oñorbe M. Libro Blanco de la Sanidad de Madrid. José Manuel Freire et als, 2011.
16. Martín JJ. Crisis económica y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. El Médico 2010; 1109:16-19.
17. Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en Sanidad. También para salir de la crisis. Gaceta Sanitaria 2011; 25(4):333-38.
18. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. MSPSI, 2010.
19. Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. BOE número 100 de 26/4/1997, páginas 13.449 a 13.450.

20. Farrington-Douglas J, Brooks R. The Future Hospital: The progressive case for change. Institute for Public Policy Research, 2007.
21. Byrne D, Ruane S. The Case for Hospital Reconfiguration–not proven. NHS, 2007.
22. Consejería de Salud. Guía de Mejora Continua de Procesos Asistenciales Integrados, Junta de Andalucía, 2ª edición, 2009.
23. SESCAM. La Gestión por Procesos. SESCAM, 2002.
24. Consejería de Sanidad. Gestión de procesos oncológicos (Oncoguías). Junta de Castilla y León, 2003.
25. Departamento de Sanidad y Consumo. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi: Documento de síntesis (Borrador en proceso). Gobierno Vasco, 2010.
26. Gartner. eHealth for a Healthier Europe!-opportunities for a better use of healthcare resources. se2009.eu
27. KPMG. The future of global healthcare delivery and management. www.kpmg.com



## ANEXO I: Cuestionario remitido a Sociedades Científicas

### A. Atención a pacientes crónicos

Para la atención a pacientes crónicos, existen dos modelos de referencia en varios países desarrollados (Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda, Australia, Reino Unido, Dinamarca,…) como son el modelo de la pirámide de riesgo (Kaiser Permanente) y el modelo de gestión de enfermedades crónicas (*Chronic Care Model*). En nuestro país empiezan a diseñarse modelos de continuidad asistencial, bien reestructurando las organizaciones sanitarias hacia modelos de Gestión Integrada o Área Única Atención Primaria–Atención Hospitalaria, bien hacia modelos compartidos de gestión de procesos sin cambios en la estructura organizativa. Tanto en unos como en otros se están elaborando protocolos de continuidad asistencial o vías clínicas y se están desarrollando algunas experiencias de "especialista consultor", de "Enfermería de enlace", entre otras iniciativas.

**A.1. ¿Conoce alguno de los dos modelos referenciados (Kaiser Permanente/*Chronic Care Model*)?**

- ☐ Kaiser Permanente
- ☐ *Chronic Care Model*
- ☐ Ninguno
- En caso afirmativo, ¿qué opinión le merece?
  - _____
  - _____
  - _____
  - _____

**A.2. ¿Conoce algún modelo de continuidad asistencial en nuestro país (Gestión Integrada-Área Única/Gestión de procesos sin cambios en la estructura organizativa)?**

- ☐ Gestión Integrada–Área Única
- ☐ Gestión de procesos sin cambios en la estructura organizativa
- ☐ Ninguno
- En caso afirmativo, ¿qué opinión le merece?
  - _____
  - _____
  - _____
  - _____

**A.3. ¿Conoce alguna experiencia de continuidad de cuidados Atención Primaria–Atención Hospitalaria (p.ej. enfermos crónicos, cuidados paliativos, recién nacidos con bajo peso/prematuridad)**

☐ Sí ☐ No

- En caso afirmativo, describa brevemente la experiencia e indique la opinión que le merece:
  - _____
  - _____
  - _____
  - _____

**A.4. En su opinión, los protocolos de continuidad de la atención al enfermo crónico o vías clínicas deberían (señale con los que esté de acuerdo):**

☐ Ser elaborados por los médicos especialistas del hospital

☐ Ser elaborados conjuntamente por médicos de Atención Primaria y Atención Hospitalaria

☐ Ser elaborados conjuntamente por médicos de Atención Primaria y Atención Hospitalaria y por Enfermería de Atención Primaria y Atención Hospitalaria

☐ Ser elaborados conjuntamente por médicos de Atención Primaria y Atención Hospitalaria y por Enfermería de Atención Primaria y Atención Hospitalaria y con la participación de recursos sociales

**A.5. En su opinión, los protocolos de continuidad de la atención al enfermo crónico o vías clínicas deberían constar de (señale con los que esté de acuerdo):**

☐ Las actuaciones asistenciales que deben realizarse en Atención Primaria y en Atención Hospitalaria

☐ Las pruebas diagnósticas que deben solicitarse en Atención Primaria y en Atención Hospitalaria

☐ Las intervenciones terapéuticas que deben realizarse en Atención Primaria y en Atención Hospitalaria

☐ Las interacciones medicamentosas en pacientes polimedicados

☐ Los cuidados de Enfermería que deben realizarse en Atención Primaria y en Atención Hospitalaria

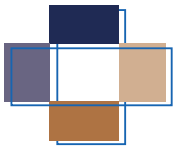
☐ Los criterios de derivación de un nivel a otro

☐ El sistema de información clínica básica para una buena calidad de atención en el nivel derivado

☐ Los medios de comunicación clínica entre especialistas hospitalarios

☐ Los medios de comunicación clínica entre ambos niveles asistenciales

☐ La evaluación del protocolo o vía (indicadores, periodicidad de la evaluación...)



**A.6. ¿Cree que debería existir la figura de "especialista consultor" con el fin de apoyar a la resolución de ciertos problemas de salud sin que el paciente tenga que desplazarse al hospital?**

☐ Sí ☐ No

- En caso afirmativo, especifique la especialidad o especialidades que deberían contemplar esta figura y su justificación:

  Especialidad 1 _____: Justificación: _____

  Especialidad 2 _____: Justificación: _____

  Especialidad 3 _____: Justificación: _____

  Especialidad 4 _____: Justificación: _____

  Especialidad 5 _____: Justificación: _____

**A.7. ¿Cree que debería contemplarse la figura de Enfermería como gestor de casos en Atención Primaria (AP) y en la Atención Hospitalaria (AH)?**

☐ Sí, en ambos niveles

☐ Sólo en AP

☐ Sólo en AH

☐ En ninguno de los niveles

En caso afirmativo, identifique las funciones que debería desarrollar:

- _____
- _____
- _____
- _____

**A.8. ¿Cree que debería contemplarse la figura de Enfermería de enlace hospitalaria con la Enfermería de Atención Primaria y con los recursos sociales?**

☐ Sí ☐ No

- En caso afirmativo, identifique las funciones que debería desarrollar:
  - _____
  - _____
  - _____
  - _____

**A.9. El enfermo crónico pluripatológico conlleva la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas que condicionan una especial fragilidad clínica que grava al paciente con un deterioro progresivo, y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, generando una frecuente demanda de atención a diferentes ámbitos asistenciales. ¿Cree que debería existir algún procedimiento normalizado de identificación al ingreso de pacientes crónicos pluripatológicos que facilitase su atención sin tener que pasar por los servicios de urgencia del hospital?**

☐ Sí ☐ No

- En caso afirmativo, ¿cuál sería el modelo de organización hospitalaria? Justifique su contestación:
  - _____
  - _____
  - _____
  - _____

## B. Estructura y organización de los hospitales de referencia en el futuro

Como se ha comentado en la introducción, gran parte de los ingresos hospitalarios están motivados por procesos crónicos. Parece necesario que al menos una parte de los actuales hospitales de referencia deben orientarse a la atención de patología crónica compleja, facilitando la continuidad asistencial con Atención Primaria.

**B.1. ¿Cree necesario desarrollar alternativas a la hospitalización actual para atender a estos pacientes?**

☐ Sí ☐ No

- En caso afirmativo ¿qué unidades o servicios deberían desarrollarse? (señale con los que esté de acuerdo):

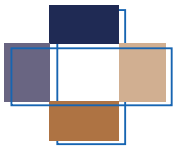
☐ Hospitales de día
☐ Unidades de corta estancia
☐ Unidades de cirugía mayor ambulatoria
☐ Hospitalización a domicilio
☐ Consultas de alta resolución
☐ Otros. Especificar _____

**B.2. ¿Debería desarrollarse algún recurso específico (unidad, servicio, equipo) para la atención o gestión de los pacientes crónicos?**

☐ Sí ☐ No

- En caso afirmativo, señale las características que, en su opinión, debería tener este recurso:

☐ Unidad independiente con consultas y camas propias
☐ Unidad independiente exclusivamente con consultas
☐ Unidad dependiente de un servicio del hospital. Señale de qué servicio debería depender: _____
☐ Ser referente en el hospital para los profesionales de AP en la atención de pacientes crónicos pluripatológicos



**B.3. ¿Cree que los hospitales de área deben ofertar todas las prestaciones de la cartera de servicios del SNS o deben constituirse redes de hospitales que garanticen dichas prestaciones?**

☐ Deben ofertar todas las prestaciones

☐ Deben constituir redes hospitalarias

- Justifique brevemente su respuesta:
  - _____
  - _____
  - _____
  - _____
  - _____

**B.4. ¿Debería existir una red específica de hospitales de atención al paciente crónico?**

☐ Sí

☐ No

- En caso afirmativo, describa cómo se relacionaría:
  - ☐ Con el/los hospitales de agudos
    - _____
    - _____
    - _____
    - _____
  - ☐ Con Atención Primaria
    - _____
    - _____
    - _____
    - _____
  - ☐ Con recursos sociales
    - _____
    - _____
    - _____
    - _____
  - ☐ Con la sociedad civil organizada (asociaciones de pacientes, asociaciones de familias, organizaciones no gubernamentales,…)
    - _____
    - _____
    - _____
    - _____

## C. Tecnologías de información y comunicación

Las nuevas tecnologías de la información y comunicación son elementos a tener en cuenta en la atención a pacientes crónicos, tanto en la relacionada con el paciente como en la concerniente a los profesionales implicados en su atención.

**C.1. ¿Debería existir una historia clínica accesible desde ambos niveles asistenciales?**

☐ Sí ☐ No

- Justifique brevemente su respuesta:
  - _____
  - _____
  - _____
  - _____

**C.2. ¿Los informes e imágenes de Radiología, Dermatología, Oftalmología, TAC, resonancia magnética, endoscopias, ecocardiogramas… deben estar accesibles a todos los médicos que atienden al mismo paciente?**

☐ Sí ☐ No

- Justifique brevemente su respuesta:
  - _____
  - _____
  - _____
  - _____

**C.3. ¿Cree que el acceso debe ser con los mismos o distintos criterios para todos los médicos del área de salud (incluidos los médicos de Atención Primaria?**

☐ Los mismos ☐ Distintos

- Justifique brevemente su respuesta:
  - _____
  - _____
  - _____
  - _____

**C.4. ¿Cree que se debería poder citar al paciente directamente desde el hospital a una agenda de Primaria y viceversa?**

☐ Sí ☐ No

- Justifique brevemente su respuesta:
  - _____
  - _____
  - _____
  - _____

**C.5. Especifique los medios de comunicación para compartir información clínica que deberían garantizarse con:**

- Otros servicios del hospital
  1: _____
  2: _____
  3: _____
- Atención Primaria
  1: _____
  2: _____
  3: _____
- Recursos sociales
  1: _____
  2: _____
  3: _____
- Paciente
  1: _____
  2: _____
  3: _____

## D. Docencia

En la formación de grado de Medicina y Enfermería se echa de menos conocimientos relacionados con la organización sanitaria del Sistema Nacional de Salud así como procedimientos de continuidad en la atención y de gestión de los mismos. Parece que esta formación facilitaría la labor asistencial como profesionales de Atención Primaria o Atención Hospitalaria.

**D.1. ¿Cree que en la formación de grado se debería contemplar aspectos relacionados con (señale con los que esté de acuerdo):**

- ☐ Organización sanitaria
- ☐ Conceptos de gestión
- ☐ Gestión de procesos
- ☐ Continuidad asistencial
- ☐ Comunicación

**D.2. ¿Cree que la rotación de los estudiantes de Medicina y Enfermería por los centros de Atención Primaria es importante para su formación?**

☐ Sí ☐ No

- Justifique brevemente su respuesta:
  - _____
  - _____
  - _____
  - _____

**D.3. ¿Cree que la rotación de los residentes de las distintas especialidades por los centros de Atención Primaria es importante para su formación?**

☐ Sí, en todas las especialidades

☐ Sólo en algunas especialidades: Especifique en cuáles:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

☐ En ninguna especialidad

- Justifique brevemente su respuesta:
  - _____
  - _____
  - _____
  - _____

**D.4. ¿Dentro del Plan de Formación Continuada deberían contemplarse mecanismos de rotación de profesionales de Atención Primaria por el hospital?**

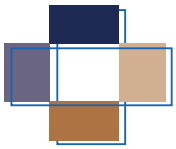
☐ Sí, en todas las especialidades

☐ Sólo en algunas especialidades: Especifique en cuáles:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

☐ En ninguna especialidad

- Justifique brevemente su respuesta:
  - _____
  - _____
  - _____
  - _____
  - _____



**D.5. ¿Dentro del plan de formación continuada deberían contemplarse mecanismos de rotación de profesionales del hospital por Atención Primaria?**

☐ Sí, en todas las especialidades

☐ Sólo en algunas especialidades. Especifique en cuáles:

- _____
- _____
- _____
- _____

☐ En ninguna especialidad

- Justifique brevemente su respuesta:
  - _____
  - _____
  - _____
  - _____

**D.6. ¿Deberían existir sesiones clínicas, bibliográficas… compartidas entre médicos hospitalarios y de Atención Primaria?**

☐ Sí ☐ No

- Justifique brevemente su respuesta:
  - _____
  - _____
  - _____
  - _____

## E. Investigación

El peso de la producción científica en nuestro Sistema Nacional de Salud es claramente hospitalario con muy escasa participación de Atención Primaria que no llega a un 5% en proyectos ni en presupuestos. Se han descrito diferentes causas como la escasa infraestructura para la investigación, la dificultad de compaginar la asistencia con la investigación así como la falta de interés por parte de las agencias financiadoras. Sin embargo, parece que la Atención Primaria debería tener un mayor papel en proyectos de investigación de base poblacional y en ensayos clínicos de medicamentos de mayor uso en este nivel.

**E.1. ¿Cree que deberían realizarse proyectos de investigación con Atención Primaria (AP)?**

☐ Sí

☐ No

- En caso afirmativo, ¿cree que algunos proyectos deberían ser liderados por AP?

  ☐ Sí ☐ No

  - En caso afirmativo, ¿qué tipo de proyectos deberían ser liderados por AP?
    - _____
    - _____
    - _____
    - _____

**E.2. En el futuro, ¿deberían compartirse recursos de investigación con AP?**

☐ Sí ☐ No

- Justifique brevemente su respuesta:
  - _____
  - _____
  - _____
  - _____

## F. Gestión

Como se ha comentado, los servicios regionales de salud de las CCAA están poniendo en marcha modelos de gestión de atención a crónicos que suelen tener su reflejo en los compromisos anuales que se establecen con Atención Primaria y Atención Especializada.

**F.1. ¿Cree que la financiación de los hospitales de referencia en el futuro debería ser por asignación capitativa, actividad o por ambos?**

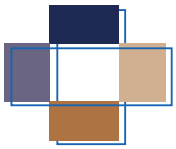
☐ Capitativa ☐ Actividad ☐ Mixta

**F.2. ¿Cree que en la financiación de los hospitales de referencia en el futuro debería contemplarse una parte variable ligada a objetivos?**

☐ Sí ☐ No

- En caso afirmativo, justifique brevemente su respuesta:
  - _____
  - _____
  - _____
  - _____
- En caso afirmativo, ¿cree que una parte de estos objetivos deben ser compartidos con AP?

  ☐ Sí ☐ No



- En caso afirmativo, especifique cuáles:

  Objetivo 1 _____

  Objetivo 2 _____

  Objetivo 3 _____

  Objetivo 4 _____

  Objetivo 5 _____

**F.3. ¿La financiación debería ser común para Atención Primaria y hospitales para una población definida?**

☐ Sí ☐ No

**F.4. Cree que debería haber un compromiso a uno o varios años (objetivos, intervenciones y gasto) de cada servicio/unidad con un sistema de seguimiento y evaluación?**

☐ Sí ☐ No

- Justifique brevemente su respuesta:
  - _____
  - _____
  - _____
  - _____

**F.5. En el hospital del futuro, ¿se debería compartir recursos con AP?**

☐ Todos ☐ Algunos ☐ Ninguno

- En caso de que haya contestado "algunos", especifique cuáles:
  - _____
  - _____
  - _____
  - _____

**F.6. ¿Qué fórmulas de gestión deberían llevarse a cabo para facilitar la coordinación entre los profesionales de Atención Primaria y los hospitalarios, en los siguientes ámbitos?**

- Asistencial _____

  _____

  _____

- Formación continuada _____

  _____

  _____

- Docencia _____

  _____

  _____

- Investigación_____

_____

_____

**F.7. ¿Cree que los hospitales del futuro deberían dotarse de un órgano de gobierno con representantes de la sociedad civil así como de personalidades de reconocido prestigio?**

☐ Sí ☐ No

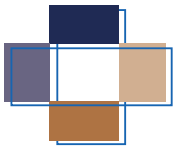
- En caso afirmativo, ¿este órgano de gobierno sería exclusivamente del hospital o del área de salud?

☐ Hospital ☐ Área de salud

- Justifique brevemente su respuesta:
  - _____
  - _____
  - _____
  - _____

**F.8. En su opinión, especifique cinco aspectos relevantes que mejorasen la motivación, implicación, compromiso y satisfacción de los profesionales en el hospital del futuro**

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____



## ANEXO II: Entrevista a las asociaciones de pacientes

El incremento "espectacular" de la esperanza de vida de los españoles en los últimos cien años hace necesario que se mejore el conocimiento sobre las enfermedades crónicas y el envejecimiento, haciendo hincapié en la calidad de vida de estos pacientes.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad ha iniciado la elaboración de una nueva estrategia para el Sistema Nacional de Salud (SNS) que estará centrada en el abordaje de las enfermedades crónicas, vinculadas en gran medida con el estilo de vida y el envejecimiento de la población.

España está desarrollando y aplicando distintas estrategias en salud para hacer frente a estas enfermedades ligadas al estilo de vida y al envejecimiento de la población de forma sostenible.

El objetivo de las mismas es poder desarrollar actuaciones transversales en todas aquellas enfermedades que se cronifican, para lo que es necesario un "cambio de enfoque" de los sistemas sanitarios.

El SNS debe "pasar de estar centrado en la enfermedad a orientarse hacia la atención de las necesidades de la población en su conjunto y de cada individuo en particular, para que la asistencia sanitaria sea adecuada y eficiente".

**Supone un enfoque específico para cada grupo de pacientes con enfermedad crónica, prestando especial atención a los pacientes pluripatológicos y a los pacientes con cáncer.**

En España al estar trasferida la atención sanitaria, no todas las comunidades llevan el mismo ritmo a la hora de implantar medidas específicas para la atención de las patologías crónicas.

Desde su punto de vista y dentro de la _____ que Ud. representa:

1. **¿Cómo cree que es actualmente la atención de los pacientes crónicos?**
   Escala: 1. muy mala ☐ 2. mala ☐ 3. regular ☐ 4. buena ☐ 5. excelente ☐
2. **¿Qué tipo de problemas plantea este tipo de enfermedades?**
   - _____
   - _____
   - _____
   - _____
3. **¿La Atención Primaria da la respuesta necesaria para este tipo de enfermedades?**
   Escala: 1. muy mala ☐ 2. mala ☐ 3. regular ☐ 4. buena ☐ 5. excelente ☐

4. **Si ha respondido <3, a su juicio, ¿qué falta y/o cambiaría para cumplir con sus expectativas?**
   - _____
   - _____
   - _____
   - _____

5. **¿El hospital actual da la respuesta necesaria para este tipo de enfermedades?**
   Escala: 1. muy mala ☐ 2. mala ☐ 3. regular ☐ 4. buena ☐ 5. excelente ☐

6. **Si ha respondido <3, a su juicio, ¿qué le falta y/o cambiaría para cumplir con sus expectativas?**
   - _____
   - _____
   - _____
   - _____

7. **¿Cómo cree que debería ser la atención de los pacientes crónicos?**
   - _____
   - _____
   - _____
   - _____

8. **¿Quién debería asumirlo?**
   ☐ AP ☐ AH ☐ Otros. Definir:
   - _____
   - _____
   - _____
   - _____

9. **¿Qué impacto tienen estas enfermedades crónicas en la calidad de vida?**
   Escala: 1. muy mala ☐ 2. mala ☐ 3. regular ☐ 4. buena ☐ 5. excelente ☐

10. **En el caso de que creen discapacidad ¿dónde piensa que deben ser atendidos estos pacientes?**
    ☐ En domicilio ☐ En residencias específicas ☐ En hospitales

11. **¿Cómo debe de ser la participación de los pacientes?**
    - Autocuidado ☐ Sí ☐ No
    - Participación elección tratamiento ☐ Sí ☐ No
    - Acatando el tratamiento pautado ☐ Sí ☐ No

**12. ¿Qué opinión tiene de los autocuidados?**

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

**13. Para poder acceder a los autocuidados a su juicio, ¿qué haría falta a estos tipos de pacientes?**

- Implicación del paciente ☐ Sí ☐ No
- Formación ☐ Sí ☐ No
- Participación en toma de decisiones ☐ Sí ☐ No

**14. ¿En qué ámbito se deben de dar los autocuidados?**

- Domicilio ☐ Sí ☐ No
- Residencias ☐ Sí ☐ No
- Hospitalaria ☐ Sí ☐ No

**15. Entramos en un nuevo concepto de cuidar enfermedades crónicas. En su opinión ¿cuáles son los profesionales sanitarios que deberían implicarse más en estas patologías?**

☐ Médicos ☐ Enfermeras ☐ Cuidadores sociales

**16. Y ¿en qué ámbito?**

☐ AP ☐ AH ☐ Otras. Especificar:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

**17. ¿Habría que redefinir los roles de los profesionales dotando de mayor protagonismo a la Enfermería?**

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

**18. En caso afirmativo ¿cómo piensa que se debería de hacer?**

- En la gestión de casos ☐ Sí ☐ No
- La atención domiciliaria ☐ Sí ☐ No
- Creación de unidades de cuidados específicos por patologías ☐ Sí ☐ No

**19. ¿Cómo podríamos relacionar los diferentes niveles asistenciales? AP-AH-SS (vías clínicas, rutas asistenciales, protocolos de derivación, continuidad de cuidados, gestión por procesos, HC única tanto electrónica como en papel…)**

- _____
- _____
- _____
- _____

**20. El autocuidado, ¿en qué casos se debe de dar y qué tipo de recursos necesitaría?**

- _____
- _____
- _____
- _____

**21. Hablemos de los cuidadores, ¿qué opinión tienen los ciudadanos sobre los mismos?**

Escala: 1. muy mala ☐ 2. mala ☐ 3. regular ☐ 4. buena ☐ 5. excelente ☐

**22. ¿Qué tipo de recursos se les debe de dar a los cuidadores?**

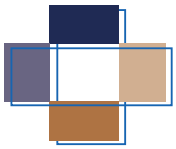
- _____
- _____
- _____
- _____

**23. ¿Piensa que se deba de rediseñar los procesos asistenciales actuales?**

- _____
- _____
- _____
- _____

**24. En este nuevo rediseño de la atención:**

- Reforzaría el papel de los profesionales de AP ☐ Sí ☐ No
- Cambiaría el papel de la hospitalización convencional ☐ Sí ☐ No
- Integraría las nuevas tecnologías de la información y la comunicación ☐ Sí ☐ No



## ANEXO III: Resultados cuestionario Sociedades Científicas

**A.1. ¿Conoce alguno de los dos modelos referenciados (Kaiser Permanente/*Chronic Care Model*). En caso afirmativo, ¿qué opinión le merece?:**

| | % Respuestas | Opinión |
|---|---|---|
| Kaiser Permanente | 37% lo conoce | • Interesante el enfoque preventivo<br>• Favorable y de gran valor en la información que aporta<br>• Sirve para determinar la población con necesidades de salud en función de la complejidad de sus problemas de salud<br>• Alternativas con puntos exportables a nuestra realidad (pero no completos)<br>• Desplaza la atención desde la AP a la Atención Especializada. Fragmenta la atención y consecuentemente aumenta el número de pruebas complementarias y tratamientos. En los estudios mejoran los resultados en atención, pero parten de la premisa de una gran asignación de recursos<br>• Es un nuevo modelo que está entrando con mucha fuerza en Euskadi. Como todos los modelos que vienen de fuera, ha de validarse<br>• El Kaiser Permanente es mejor, pero parece un gran modelo asistencial basado en el importante papel de la Primaria y la coordinación de servicios integrales |
| *Chronic Care Model* | 33% lo conoce | • Es un modelo de atención que cuenta con el paciente, la comunidad, el sistema de atención y con la ayuda y autogestión del paciente, para conseguir una mejor calidad de vida<br>• Es un modelo propuesto para la organización de los sistemas sanitarios. Complementario con KP Es probable que sea necesaria una adaptación para la aplicación directa al SNS español<br>• Alternativas con puntos exportables a nuestra realidad (pero no completos)<br>• Desplazan la atención desde la AP a la Atención Especializada. Fragmenta la atención y consecuentemente aumenta el número de pruebas complementarias y tratamientos. En los estudios mejoran los resultados en atención, pero parten de la premisa de una gran asignación de recursos<br>• Es un nuevo modelo que está entrando con mucha fuerza en Euskadi. Como todos los modelos que vienen de fuera, ha de validarse |
| Ninguno | 53% no conoce ni uno ni otro | |

**A.2. ¿Conoce algún modelo de continuidad asistencial en nuestro país (Gestión Integrada-Área Única/Gestión de Procesos sin cambios en la estructura organizativa? En caso afirmativo, ¿qué opinión le merece?:**

| | % Respuestas | Opinión |
|---|---|---|
| Gestión Integrada–Área Única | 57% lo conoce | • Experiencias aisladas muy condicionadas por factores locales/relacionales y con dificultades para su generalización<br>• Necesario pero mejorable<br>• Experiencia en Puertollano. Buena comunicación, mejora en la gestión<br>• El área única teóricamente ayuda a la continuidad asistencial y por tanto evita duplicidades de pruebas diagnósticas, pero requiere de un buen sistema de información. Sin embargo, hay una experiencia de Gerencia única sin que se visualicen cambios importantes en la gestión en el sentido de mejorar la continuidad de cuidados o la atención a patologías crónicas, al contrario las referencias que tengo son incluso de "cierta desorganización"<br>• Es un cambio organizativo que permite que bajo la misma estructura de gestión se gestione la atención a la población independientemente del nivel asistencial. Como tal fórmula organizativa no lo es todo y necesita de herramientas de cambios en el funcionamiento<br>• Mejora la atención continuada del paciente y la gestión de recursos<br>• Papel relevante del hospital con pérdida de recursos y de iniciativas en Atención Primaria (potencia el hospitalcentrismo, utiliza la AP para mejorar la cuenta de resultados del hospital, desdibujamiento de AP,…)<br>• Dicen ser integrados pero son únicamente de integración gerencial, no de servicios<br>• Pérdida de peso, capacidad de gestión e identidad de Atención Primaria<br>• Choca con la organización que separa ámbitos asistenciales, siendo necesaria no solo la visión, sino la organización transversal |
| Gestión de Procesos sin cambios en la estructura organizativa | 34% lo conoce | • Experiencias aisladas muy condicionadas por factores locales/relacionales y con dificultades para su generalización<br>• Para procesos pediátricos concretos como asma, con buenos resultados si la coordinación entre niveles es buena<br>• Es el más factible al no precisar modificaciones estructurales ni nuevos recursos<br>• La gestión por procesos ayuda a mejorar la atención prestada<br>• Un modelo de cambio en el funcionamiento es la Gestión por procesos, complementario con la Gestión Integrada–Área Única<br>• Mejora la calidad asistencial, ayuda a conocer los problemas y a mejorarlos<br>• Permite una mayor y mejor relación entre niveles, siempre y cuando se tengan en cuenta realmente a los principales implicados y no sólo a los gestores. Se deben crear comisiones de trabajo que conformen una foto real y clara de la situación para que la práctica sea posible y no se quede todo en el papel. La existencia de protocolos y el trabajar en base a guías clínicas es algo que fortalece la continuidad en los cuidados y atención del usuario y en AP es algo que llevamos trabajando mucho tiempo y ha demostrado claramente su eficacia y eficiencia<br>• Gestión por procesos más generalizable<br>• Choca con la organización que separa ámbitos asistenciales, siendo necesaria no sólo la visión, sino la organización transversal |
| Ninguno | 30% no conoce ningún modelo de continuidad asistencial | |

**A.3. ¿Conoce alguna experiencia de continuidad de cuidados en Atención Primaria–Atención Hospitalaria (p.ej. enfermos crónicos, cuidados paliativos, recién nacidos con bajo peso/prematuridad). En caso afirmativo, describa brevemente la experiencia e indique la opinión que le merece:**

| | % Respuestas | Experiencia y Valoración |
|---|---|---|
| Sí | 90 % | • Cuidados Paliativos (60% de los encuestados). Valoración: Buena, muy buena o excelente<br>• Enfermería de enlace para pacientes crónicos o pluripatológicos (27% de los encuestados). Valoración: Buena<br>• Enfermera gestora de casos (13% de los encuestados). Valoración: Buena<br>• Continuidad de atención en domicilio (13% de los encuestados). Valoración: Buena<br>• Procesos pediátricos concretos en recién nacidos de riesgo (7% de los encuestados). Valoración: Buena |
| No | 10% | |

**A.4. En su opinión, los protocolos de continuidad de la atención al enfermo crónico o vías clínicas deberían (señale con los que esté de acuerdo):**

| | % Respuestas |
|---|---|
| Ser elaborados por los médicos especialistas del hospital | 0% |
| Ser elaborados conjuntamente por médicos de Atención Primaria y Atención Hospitalaria | 7% |
| Ser elaborados conjuntamente por médicos de Atención Primaria y Atención Hospitalaria y por Enfermería de Atención Primaria y Atención Hospitalaria | 7,5% |
| Ser elaborados conjuntamente por médicos de Atención Primaria y Atención Hospitalaria y por Enfermería de Atención Primaria y Atención Hospitalaria y con la participación de recursos sociales | 87% |

**A.5. En su opinión, los protocolos de continuidad de la atención al enfermo crónico o vías clínicas deberían constar de (señale con los que esté de acuerdo):**

| | % Respuestas |
|---|---|
| Las actuaciones asistenciales que deben realizarse en Atención Primaria y en Atención Hospitalaria | 90% |
| Las pruebas diagnósticas que deben solicitarse en Atención Primaria y en Atención Hospitalaria | 77% |
| Las intervenciones terapéuticas que deben realizarse en Atención Primaria y en Atención Hospitalaria | 57% |
| Las interacciones medicamentosas en pacientes polimedicados | 63% |
| Los cuidados de Enfermería que deben realizarse en Atención Primaria y en Atención Hospitalaria | 77% |
| Los criterios de derivación de un nivel a otro | 84% |
| El sistema de información clínica básica para una buena calidad de atención en el nivel derivado | 76% |
| Los medios de comunicación clínica entre especialistas hospitalarios | 33% |
| Los medios de comunicación clínica entre ambos niveles asistenciales | 72% |
| La evaluación del protocolo o vía (indicadores, periodicidad de la evaluación,…) | 97% |

**A.6. ¿Cree que debería existir la figura de "especialista consultor" con el fin de apoyar a la resolución de ciertos problemas de salud sin que el paciente tenga que desplazarse al hospital? En caso afirmativo, especifique la especialidad o especialidades que deberían contemplar esta figura y su justificación:**

| | Sí | No |
|---|---|---|
| Existencia de la figura del "especialista consultor" | 70% | 30% |
| **En caso afirmativo, especialidad:** | **% Respuestas** | **Justificación** |
| Medicina Interna | 48% | • Puede ayudar a plantear, orientar el diagnóstico y el proceso de toma de decisiones en la mayoría, de los enfermos crónicos con enfermedades médicas<br>• Puede minimizar el número de consultas médicas, evitar la fragmentación de la asistencia y mejorar la eficiencia global del sistema<br>• Enfermos pluripatológicos ancianos<br>• Puede aportar una visión amplia. Valoración global del paciente<br>• Atención a la complejidad<br>• Como "generalistas" hospitalarios<br>• Gestor del paciente crónico en el medio hospitalario<br>• Evitar desplazamientos del paciente en patologías agudas |
| Cardiología | 29% | • Patologías complejas<br>• El acceso rápido al consultor puede resolver de forma rápida un problema que, de otro modo, se demoraría en exceso al hacer la derivación al hospital<br>• Alta prevalencia CI-ICC<br>• Resolución patología urgente cardiológica |
| Neumología | 17% | • Alto nº de pacientes con ventilación no invasiva<br>• Alta prevalencia de patologías<br>• Disminuir variabilidad clínica mediante protocolos |
| Dermatología | 14% | • Pacientes con dermatosis complejas, difíciles de manejar en edades avanzadas. Necesidad de control de curas<br>• Compartir imágenes (teledermatología) |
| Oncología Médica | 14% | • Alta prevalencia<br>• Problemas complejos |
| Geriatría | 13% | • Gestor del paciente crónico en el medio hospitalario<br>• Valoración global del paciente<br>• Evitar iatrogenia farmacológica |
| Reumatología | 13% | • Alta prevalencia<br>• Patología compleja |
| Traumatología | 7% | • Dificultad de desplazamiento de pacientes ancianos<br>• Alta prevalencia |

**A.7. ¿Cree que debería contemplarse la figura de Enfermería como gestor de casos en Atención Primaria (AP) y en la Atención Hospitalaria (AH)? En caso afirmativo, identifique las funciones que debería desarrollar:**

| | % Respuestas | Funciones |
|---|---|---|
| Sí, en ambos niveles | 52% | • Informaciones sobre calidad de vida-dietas-procesos crónicos<br>• El contacto con Atención Primaria es evidente ya que son los encargados de dirigir el control del paciente, pero existen casos de pacientes en Atención Hospitalaria que pueden desbordar la Atención Primaria<br>• Las funciones pueden ser de varios tipos: funciones de coordinación de consultas, pruebas, resultados, gestión de citas, funciones de comunicación con el paciente, y trasmisión de información<br>• Atender las necesidades de los pacientes complejos y supervisar la asistencia a los mismos, incluyendo aspectos sociales<br>• Responsabilización, gestión, seguimiento y aplicación de los cuidados<br>• Fomentar participación de profesionales de ambos niveles<br>• Uso eficiente de los recursos<br>• Mejorar continuidad asistencial<br>• La organización de los profesionales y de la actividad del centro según las directrices de los servicios centrales<br>• Desarrollar las líneas estratégicas marcadas por la organización<br>• Mantener un adecuado clima laboral y garantizar las mejores condiciones de trabajo de los diferentes profesionales, impulsando su motivación y la seguridad laboral<br>• Fomentar la comunicación y difusión de la información y la accesibilidad a ella de todos los miembros del centro<br>• Potenciar el trabajo por proyectos y proponer el nombramiento de los líderes<br>• Estimular el trabajo en equipo<br>• Velar porque se desarrolle el trabajo desde la especificidad del profesional<br>• Atención personalizada al paciente y a la familia/Planificación conjunta/Detectar "lagunas" de coordinación<br>• Complementar el plan de cuidados<br>• Coordinar las unidades en ambos niveles<br>• Asegurar la información clínica en los dos niveles<br>• Coordinar con servicios sociales y cualquier otro servicio de atención<br>• Recoger información sobre las necesidades de los pacientes, identificar problemas<br>• Diseñar un plan de intervención y coordinar las actividades con los profesionales y familiares implicados<br>• Movilizar los recursos necesarios para la atención integral del paciente<br>• Apoyar y reforzar a los cuidadores, tanto formales como informales<br>• Gestión de los cuidados de Enfermería para optimizar recursos<br>• Son funciones que deben estar acorde con la política de salud, por tanto deben de fundamentarse en la captación en el hospital de personas afectadas de enfermedades crónicas de riesgo, para una vez que se le ha dado el alta hospitalaria, exista una coordinación mínima para el control y seguimiento<br>• Sólo si son personas de alto riesgo y con unas condiciones específicas requerirán de un seguimiento especial<br>• Fundamental el conocimiento y las actuaciones conjuntas de AP y AE |
| Sólo en AP | 14% | • Identificación, seguimiento y coordinación de cuidados de pacientes frágiles o multiingresadores<br>• Coordinar las necesidades del paciente |
| Sólo en AH | 0% | |
| En ninguno de los niveles | 34% | |

**A.8 ¿Cree que debería contemplarse la figura de Enfermería de enlace hospitalaria con la Enfermería de Atención Primaria y con los recursos sociales?. En caso afirmativo, identifique las funciones que debería desarrollar:**

| | % Respuestas | Funciones |
|---|---|---|
| Sí | 64% | • Orientación a pacientes y familias de recursos y circuitos<br>• El contacto con Atención Primaria es evidente ya que son los encargados de dirigir el control del paciente, pero existen casos de pacientes en Atención Hospitalaria que pueden desbordar la Atención Primaria<br>• Entiendo que sería una de las misiones de la enfermera anterior<br>• Las funciones serían la coordinación y la continuidad de los cuidados entre niveles, la detección de problemas sociales y la coordinación con las asistentes sociales<br>• Atender al paciente en sus necesidades y asegurar mediante los recursos sociales los adecuados cuidados<br>• Vehículo de información y resolución de problemas complejos<br>• Son funciones que deben estar acordes con la política de salud, por tanto deben de fundamentarse en la captación en el hospital de personas afectadas de enfermedades crónicas de riesgo, para una vez que se le ha dado el alta hospitalaria, exista una coordinación mínima para el control y seguimiento<br>• Sólo si son personas de alto riesgo y con unas condiciones específicas requerirán de un seguimiento especial<br>• Fundamental el conocimiento y las actuaciones conjuntas de AP y AE<br>• Garantizar la continuidad de cuidados<br>• Planificación al Alta/Ingreso hospitalario/Coordinación del plan de cuidados con AP / Coordinación necesidades sociales durante ingreso hospitalario<br>• Ser nexo de unión<br>• Eslabón entre los pacientes que requieren cuidados constantes y necesitan asistencia domiciliaria y los servicios sanitarios<br>• Información y continuación de cuidados<br>• Consultoría de cuidados, tratamientos, necesidades de ortesis, ayudas mecánicas, etc./Gestión de citas y su preparación si lo requieren, con distintas especialidades/Aumentar la accesibilidad del paciente al medio hospitalario, mediante consultas no presenciales, etc.<br>• La enfermera familiar y comunitaria ubicada en AP ha de proponerse aplicar los cuidados que el problema del paciente necesita sin tener que cambiar de denominación profesional<br>• Coordinar las unidades en ambos niveles<br>• Asegurar la información clínica en los dos niveles<br>• Coordinar con servicios sociales y cualquier otro servicio de atención<br>• Gestionar los cuidados de Enfermería para optimizar recursos sanitarios y sociales<br>• Gestionar el alta hospitalaria (preparar al paciente y familia, coordinar a los diferentes profesionales que intervienen en el proceso de hospitalización, adecuar los recursos a las necesidades del paciente y familia)<br>• Control y seguimiento de los pacientes derivados a otros centros hospitalarios<br>• Analizar y coordinar con AP los reingresos hospitalarios<br>• Coordinar y evitar duplicidades para favorecer la buena utilización de los recursos materiales y humanos |
| No | 36% | |

**A.9. El enfermo crónico pluripatológico conlleva la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas que condicionan una especial fragilidad clínica que grava al paciente con un deterioro progresivo, y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, generando una frecuente demanda de atención a diferentes ámbitos asistencial. ¿Cree que debería existir algún procedimiento normalizado de identificación al ingreso de pacientes crónicos pluripatológicos que facilitase su atención sin tener que pasar por los servicios de urgencia del hospital?**

**En caso afirmativo, ¿sería posible con la actual organización hospitalaria? Justifique su contestación:**

| | % Respuestas | Posibilidad con la actual organización hospitalaria |
|---|---|---|
| Sí | 77% | • El paciente crónico/frágil debería estar identificado en base a la edad/número de enfermedades crónicas y número de medicamentos, con alertas en el sistema administrativo de pacientes del hospital y en la historia de Atención Primaria. Por defecto debería ser ingresado en servicios de Medicina Interna, salvo que la patología aguda tenga una fácil resolución temporal (p.ej. fractura de cadera). Este especialista debería actuar como coordinador de cuidados dentro del hospital y tener una estrecha relación con el médico de Atención Primaria. En su domicilio debería recibir una atención proactiva (autocuidado, formación de cuidador principal, supervisión y simplificación de medicación, optimización terapéutica, suspensión de medicación innecesaria, adelantamiento de atención en descompensaciones, vacunación correcta, etc.) y no reactiva como hasta la fecha<br>• En el caso de Pediatría el paso por urgencias pediátricas ya hace de identificador<br>• Evitaría tiempo de espera en los servicios de urgencias y los descargaría de actuaciones innecesarias. Por lo tanto sería bueno para el enfermo y para el médico del servicio de urgencias<br>• Debería existir un "triage" en urgencias que diferenciara las necesidades de un paciente y se entiende que cuando un paciente de este tipo es remitido al hospital debe ser para ingresar<br>• Modelo de organización hospitalaria: basada en protocolos y guías clínicas de actuaciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento, por cada tipo de patología crónica. Protocolos de derivación a centros de crónicos<br>• Consulta telefónica y visita en consulta externa si procede. Para ello se necesitaría un medico con disponibilidad para atender junto con una enfermera que podría filtrar<br>• Particularizado según el tipo de enfermedad y decidido por el equipo que gestiona el plan asistencial<br>• La atención por parte de un servicio o por lo menos de profesionales concienciados y formados para tal, es necesario y fundamental, para la valoración y posterior plan de cuidados<br>• Ingreso desde AP pactado con el especialista sin pasar por urgencias hospitalarias. Figura del internista o geriatra para la planificación del ingreso<br>• Unidades de pacientes pluripatológicos<br>• La Enfermería de enlace y gestora de casos ayudarían en la mejora de los reingresos |
| No | 16% | |
| Ns/Nc | 7% | |

**B.1. ¿Cree necesario desarrollar alternativas a la hospitalización actual para atender a estos pacientes? En caso afirmativo ¿qué unidades o servicios deberían desarrollarse? (señale con los que esté de acuerdo):**

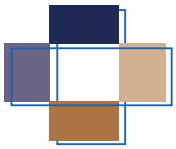
| | % Respuestas |
|---|---|
| Sí | 100% |
| No | - |
| **Unidades o Servicios** | |
| Hospital de día | 82% |
| Unidades de corta estancia | 73% |
| Unidades de cirugía mayor ambulatoria | 62% |
| Hospitalización a domicilio | 68% |
| Consultas de alta resolución | 67% |
| Otros. Especificar | • Unidades de crónicos<br>• Unidades de planificación del alta hospitalaria en pacientes complejos<br>• Unidades de media y larga estancia |

**B.2. ¿Debería desarrollarse algún recurso específico (unidad, servicio, equipo) para la atención o gestión de los pacientes crónicos? En caso afirmativo, señale las características que, en su opinión, debería tener este recurso:**

| | % Respuestas |
|---|---|
| Sí | 62% |
| No | 38% |
| **Recurso** | |
| Unidad independiente con consultas y camas propias | 22% |
| Unidad independiente exclusivamente con consultas | 14% |
| Unidad dependiente de un servicio del hospital. Señale de qué servicio debería depender | 22%<br>M. Interna/Geriatría/Consultores especialistas según patología específica |
| Ser referente en el hospital para los profesionales de AP en la atención de pacientes crónicos pluripatológicos | 45% |

**B.3. ¿Cree que los hospitales de área deben ofertar todas las prestaciones de la Cartera de Servicios del SNS o deben constituirse redes de hospitales que garanticen dichas prestaciones? Justifique brevemente su respuesta:**

| | % Respuestas | Justificación |
|---|---|---|
| Deben ofertar todas las prestaciones | 20% | • El desplazamiento de un paciente supone casi siempre una duplicidad de exploraciones y un retraso en el diagnóstico y el tratamiento. Si no todas las prestaciones, casi todas las más habituales<br>• Deben ofrecer todas las prestaciones, sobre todo si estamos pensando en los pacientes con patologías crónicas y con una necesidad de cuidados específica |
| Deben constituir redes hospitalarias | 80% | • Efectividad clínica<br>• Optimización de recursos<br>• Eficiencia<br>• Sostenibilidad del sistema<br>• No todos los hospitales están capacitados para ofertar todos los servicios<br>• Patologías de alta complejidad<br>• Enfermedades raras<br>• No duplicar servicios que estén infrautilizados |



**B.4. ¿Debería existir una red específica de hospitales de atención al paciente crónico? En caso afirmativo, describa cómo se relacionaría:**

| | % Respuestas | |
|---|---|---|
| Sí | 9% | |
| No | 91% | |
| **En caso afirmativo, describa cómo se relacionaría** | | |
| | Con el/los hospitales de agudos | • Traslado de los pacientes en situaciones que requieran de tecnología avanzada<br>• Respetando que cada cual tiene su parcela y tienen un ámbito común: el paciente que se reagudiza<br>• A través de una figura específica para su coordinación (DUE) |
| | Con Atención Primaria | • Las necesidades de AP, en crónicos, están muy relacionadas con las necesidades de AE, por lo que es necesario un hospital de crónicos, porque hay población que no cuenta con recursos suficientes para la continuidad de la vida<br>• Comunicación con su médico de familia y Enfermería para valoración integral del paciente y coordinar el plan de cuidados al alta<br>• Entendiendo la AP como nivel de atención y el hospital de crónicos como red de apoyo a la AP y no al revés<br>• A través de una figura específica para su coordinación (DUE) |
| | Con recursos sociales | • Principalmente lo que estamos encontrando en AP son necesidades sociales no cubiertas. El núcleo familiar ha tenido un gran cambio en los últimos 15 años<br>• Pudiendo poner los recursos sociales suficientes para el cuidado del paciente en su domicilio<br>• Deberían funcionar como una especialidad más que apoya a los profesionales en su apoyo al paciente<br>• A través de una figura específica para su coordinación (DUE) |
| | Con sociedad civil organizada (asociaciones de pacientes, asociaciones de familias, organizaciones no gubernamentales,…) | • Dependiendo de las zonas, la necesidad cambia y las ONG pueden cubrir la necesidad, lo que es evidente es que en la familia, cada vez más trabajan los dos miembros (hijos, sobrinos, nietos) y la posibilidad de realizar el trabajo de cuidador/a está cambiando y en definitiva es más difícil<br>• Informar de ayudas, colaboración en su plan de cuidados, solicitar a la clase política el establecer políticas que favorezcan la posibilidad de su atención a domicilio<br>• Habría que poner límite porque no todo el mundo debería tener el mismo poder a la hora de organizar los servicios asistenciales<br>• A través de reuniones periódicas con dirección gerencia |

**C.1. ¿Debería existir una historia clínica accesible desde ambos niveles asistenciales? Justifique brevemente su respuesta:**

| | % Respuestas | Justificación |
|---|---|---|
| Sí | 92% | • Fundamental para una buena coordinación e información entre AP y hospital<br>• Continuidad de cuidados<br>• Es evidente que la historia clínica del paciente es una y a disposición de todo aquel médico que precise hacer una asistencia al paciente esté donde esté<br>• Evitaría duplicidad de pruebas diagnósticas<br>• Reducción de tiempos<br>• Evitaría iatrogenia, aumentaría seguridad del paciente<br>• Calidad, eficacia y eficiencia |
| No | 8% | • Debería existir acceso sólo a áreas de interés compartido<br>• La historia es propiedad del paciente, y él debe ser, el gestor de la información que contiene y decidir quién accede a dicha información. Pudiera compartirse una base de datos clínicos, epidemiológicos básicos, fundamentales, pero el resto de datos clínicos son propiedad del paciente y su médico |

**C.2. ¿Los informes e imágenes de Radiología, Dermatología, Oftalmología, TAC, resonancia magnética, endoscopias, ecocardiogramas… deben estar accesibles a todos los médicos que atienden al mismo paciente? Justifique brevemente su respuesta:**

| | % Respuestas | Justificación |
|---|---|---|
| Sí | 97% | • Mejor para el paciente, se evitan errores, visitas innecesarias, repetición de pruebas y dispendio económico. Por ejemplo no conocer, por parte del médico hospitalario, con certeza la medicación que toma el paciente (p.ej. diabetes o hipertensión arterial) imposibilita la optimización terapéutica u obliga al cambio de toda la medicación (ambas opciones son malas y perjudiciales para el paciente)<br>• Evitar duplicaciones de exploraciones innecesarias<br>• Capacidad de resolución<br>• La última palabra la tiene el médico responsable del enfermo y debe poder hacer un juicio propio aunque asesorado por los especialistas<br>• El proceso ha de ir en torno al paciente, no al revés<br>• Todo médico que atiende a un paciente debe conocer todas las pruebas que se le hayan realizado para facilitar su asistencia y evitar duplicidades innecesarias<br>• Cuando se trata de la misma persona es necesario saber qué y quiénes opinan de ella. Es una ayuda imprescindible<br>• Por continuidad asistencial y rentabilidad<br>• Atención integral |
| No | 3% | • Los informes sí, las imágenes deben ser interpretadas por especialista |

**C.3. ¿Cree que el acceso debe ser con los mismos o distintos criterios para todos los médicos del área de salud (incluidos los médicos de Atención Primaria)? Justifique brevemente su respuesta:**

| | % Respuestas | Justificación |
|---|---|---|
| Los mismos | 83% | • Todos los médicos involucrados en la atención, trazabilidad del sistema de acceso y limitaciones que pueda plantear el paciente<br>• Capacidad de resolución<br>• Eficiencia<br>• El enfermo es el eje<br>• Debe existir un protocolo/guía de manejo común<br>• Los criterios en las exploraciones básicas deben ser comunes a todos los médicos. Pueden plantearse criterios más restrictivos en exploraciones invasivas o de alta resolución (angioresonacia, prueba de esfuerzo con isótopos…)<br>• Misma patología, mismos criterios y mismo acceso |
| Distintos | 17% | • Específicos en función de patología y especialidad<br>• Para las especialidades que sepan interpretarlos |

**C.4. ¿Cree que se debería poder citar al paciente directamente desde el hospital a una agenda de Primaria y viceversa? Justifique brevemente su respuesta:**

| | % Respuestas | Justificación |
|---|---|---|
| Sí | 70% | • El acceso a Primaria desde el hospital por el propio enfermo es más fácil<br>• Con la cita automática de hecho ya se puede hacer en Primaria, debería ser igual con el hospital desde Primaria<br>• Evitaría trámites burocráticos<br>• Los criterios para la citación deben ser consensuados, en caso contrario se podrían sobrecargar algunos servicios hospitalarios y viceversa<br>• Siempre que se hayan elaborado protocolos conjuntos<br>• Agilizaría la resolución del proceso<br>• Continuidad asistencial<br>• Mejor atención al paciente<br>• Establecer prioridades<br>• Cuanto mejor esté hecha la cita, mejor será para el profesional que le toca valorar, y probablemente tenga similares criterios<br>• Aumentaría la confianza entre niveles, mejorando el proceso de atención |
| No | 30% | • Es inviable por la diversidad de agendas y las programaciones de cada profesional<br>• Depende del tipo de consulta, ya que hay consultas muy especializadas que pueden verse saturadas de enfermos "inadecuados" |

**C.5. Especifique los medios de comunicación para compartir información clínica que deberían garantizarse con:**

| | % Respuestas | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Historia Clínica | Internet/ Página web | Correo electrónico | Sesiones conjuntas | Teléfono | Laboratorio on-line | Telecon-ferencia | Contacto/ Consulta | Unidad de Atención al Paciente |
| Otros servicios del hospital | 67% | 20% | 27% | 20% | 13% | 13% | 7% | 7% | - |
| Atención Primaria | 60% | 20% | 27% | 20% | 13% | 7% | 7% | 7% | - |
| Recursos sociales | 40% (acceso restringido) | 33% | 20% | 13% | 7% | - | 7% | 7% | - |
| Pacientes | 33% (resumen o informe clínico) | 40% | 27% | - | 20% | - | | 13% | 7% |
| Ns/Nc | 24% | | | | | | | | |

**D.1. ¿Cree que en la formación de grado se deberían contemplar aspectos relacionados con (señale con los que esté de acuerdo):**

| | % Respuestas |
|---|---|
| Organización sanitaria | 77% |
| Conceptos de gestión | 90% |
| Gestión de procesos | 63% |
| Continuidad asistencial | 66% |
| Comunicación | 80% |

**D.2. ¿Cree que la rotación de los estudiantes de Medicina y Enfermería por los centros de Atención Primaria es importante para su formación? Justifique brevemente su respuesta:**

| | % Respuestas | Justificación |
|---|---|---|
| Sí | 93% | • Para conocer la Atención Primaria, por ser la puerta de entrada donde se solucionan un gran porcentaje de los problemas de salud<br>• Tener una visión de todo el sistema sanitario<br>• Porque será su destino en más del 50% de los licenciados. Si no es así debe conocerse lo que son los servicios de Primaria para poder, en el futuro, colaborar de forma adecuada con ellos<br>• Conocen la práctica de la Medicina General, y el valor de las condiciones familiares, sociales y económicas<br>• La AP es la base del diagnóstico precoz de cualquier patología<br>• Donde principalmente se realizan actividades de promoción y prevención de la salud<br>• La Atención Primaria soporta el 90% de la atención sanitaria al ciudadano, por ello sería conveniente que los estudiantes rotaran por ella, para conocerla<br>• La aplicación de los planes de Bolonia necesitan de una gran cantidad de prácticas, a ello ayudaría el hacerlas también en Primaria<br>• Hay experiencia de esta rotación concretamente con estudiantes de Pediatría, y la evaluación realizada es muy positiva<br>• Conocimiento de la especialidad, imprescindible para su posible elección, y de cara a la adecuada coordinación Atención Primaria–Atención Hospitalaria<br>• Es la esencia de la formación en Ciencias de la Salud no entender este nivel de atención hace que no se comprenda la organización del Sistema Nacional de Salud y corra riesgo la atención integral e integrada a la población |
| No | 7% | • Tal como está hoy en día la AP no me parece que aprendan mucho, me parece más bien una rotación turística. Lo mismo lo aprenden en Medicina Interna y mejor |

**D.3. ¿Cree que la rotación de los residentes de las distintas especialidades por los centros de Atención Primaria es importante para su formación? Justifique brevemente su respuesta:**

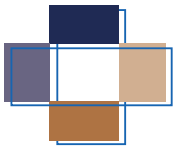
| | % Respuestas | Justificación |
|---|---|---|
| Sí en todas las especialidades | 74% | • Conocimiento de la Atención Primaria<br>• Fundamental para la formación integral del especialista<br>• Favorece una coordinación adecuada en el futuro<br>• Da un contenido troncal, generalista e integral en toda su formación |
| Sólo en algunas especialidades: especifique en cuáles | 19%<br>Especialidades médicas: 30%<br>Pediatría: 30%<br>Medicina de Familia: 25%<br>Algunas quirúrgicas: 20%<br>Medicina Interna: 20%<br>Enfermería Familiar y Comunitaria: 20%<br>Matrona: 20%<br>Salud Mental: 20% | • Medicina de Familia/Medicina Interna: Son las especialidades que mantendrán un mayor contacto en el futuro<br>• El problema es la limitación en el tiempo de formación de los residentes<br>• Permitiría que tuvieran un mayor conocimiento de lo que se hace en AP, dado que todos los pacientes son antes vistos en este nivel y el desconocimiento y mala relación que en la actualidad existe entre ambos niveles no es bueno para la continuidad en la asistencia del usuario |
| En ninguna especialidad | 7% | • No obtienen conocimientos úitiles |

**D.4. ¿Dentro del plan de formación continuada, deberían contemplarse mecanismos de rotación de profesionales de Atención Primaria por el hospital? Justifique brevemente su respuesta:**

| | % Respuestas | Justificación |
|---|---|---|
| Sí en todas las especialidades | 30% | • La formación continuada es obligatoria, entendiendo que debe cubrir todos los aspectos de la especialidad |
| Sólo en algunas especialidades: especifique en cuáles | 70%<br>En las que demanden los profesionales de AP: 40%<br>Paciente crónico: 30%<br>Pediatría: 30%<br>Médicas: 20%<br>Quirúrgicas (las más generales): 20%<br>Medicina Interna: 20%<br>Cardiología: 20%<br>Nefrología: 20%<br>Neurología: 20%<br>Neumología: 20%<br>Cirugía General: 10%<br>Dermatología: 10%<br>Urgencias: 10%<br>Traumatología: 10%<br>Reumatología: 10%<br>Salud Mental: 10%<br>Enfermería Familiar y Comunitaria: 10%<br>Matrona: 10% | • Actualizaciones en esas patologías<br>• Deben ser de libre elección por cada médico o DUE, en función de sus necesidades y carencias<br>• Deben conocer la Atención Hospitalaria<br>• El poder estar al día de una manera más práctica, no sólo con cursos y sesiones y así también podría establecerse lazos entre ambos niveles<br>• Serviría para actualizar conocimientos, habilidades y para establecer un trato personal con los profesionales hospitalarios |
| En ninguna especialidad | 0% | |

**D.5. ¿Dentro del Plan de Formación Continuada, deberían contemplarse mecanismos de rotación de profesionales del hospital por Atención Primaria? Justifique brevemente su respuesta:**

| | % Respuestas | Justificación |
|---|---|---|
| Sí en todas las especialidades | 30% | • Mejoraría la coordinación entre niveles<br>• Es imprescindible que todos los especialistas conozcan el eje del sistema en el que trabajan<br>• Deben conocer la Atención Primaria<br>• Una vez al año todos deberían de pasar por un CAP. Daría sentido a la continuidad de cuidados y visión integral del sistema sanitario por todos los profesionales |
| Sólo en algunas especialidades: especifique en cuáles | 40%<br>Médicas: 50%<br>Medicina Interna: 50%<br>Quirúrgicas (las más generales): 33%<br>Reumatología: 33%<br>Salud Mental: 33%<br>Medicina Familiar y Comunitaria: 17%<br>Pediatría: 17%<br>Cardiología: 17%<br>Endocrinología: 17%<br>Neumología: 17%<br>Cuidados Paliativos: 17%<br>Traumatología: 17%<br>Enfermería Familiar y Comunitaria: 17%<br>Matrona: 17% | |
| En ninguna especialidad | 30% | • Debe hacerse en la residencia. Con posterioridad las rotaciones suelen ser para aprendizaje de procedimientos o técnicas muy específicas de la especialidad<br>• No es necesario<br>• Es suficiente un buen canal de comunicación |



**D.6. ¿Deberían existir sesiones clínicas, bibliográficas… compartidas entre médicos hospitalarios y de Atención Primaria? Justifique brevemente su respuesta:**

| | % Respuestas | Justificación |
|---|---|---|
| Sí | 93% | • Es una necesidad sentida por los profesionales<br>• Actualización continuada<br>• Muy buenos resultados sobre todo en coordinación inter niveles<br>• El especialista debe conocer a fondo su especialidad indiferentemente de donde la ejerza<br>• Permitirían una mejor valoración del paciente<br>• "Compartir la información es avanzar en la mejora de la asistencia"<br>• Sobre temas concretos y para especialidades concretas<br>• Consensos de manejo de pacientes<br>• Mejora del conocimiento de las actividades en ambos niveles<br>• Evitaría derivaciones y duplicidades<br>• Contribuye a la protocolización<br>• Abordaje integral del paciente<br>• Formación bidireccional |
| No | 7% | • Más que sesiones, creo que es importante consensuar protocolos de tratamiento, derivación, etc. |

**E.1. ¿Cree que deberían realizarse proyectos de investigación con Atención Primaria (AP)? Justifique brevemente su respuesta:**

| | % Respuestas |
|---|---|
| Sí | 100% |
| No | 0% |
| En caso afirmativo, ¿cree que algunos proyectos deberían ser liderados por AP?<br>Sí<br>No | <br><br>100%<br>0% |
| En caso afirmativo, ¿qué tipo de proyectos deberían ser liderados por AP? | • Los que quieran y puedan liderar (no hay límite al conocimiento ni a la iniciativa)<br>• Aquellos en los que la cuestión a investigar sea predominante de AP aunque precise de la intervención de los dos niveles<br>• Pueden serlo, pero la cultura investigadora, el tiempo y los recursos son menores en AP. Por tanto, se investigará casi siempre peor<br>• Todos los relacionados con su especialidad<br>• Aquellos que investigan:<br>■ Enfermedades prevalentes<br>■ Actividades preventivas<br>■ Promoción de la salud<br>■ Epidemiológicos<br>■ Enfermedades crónicas<br>■ Intervenciones comunitarias<br>■ Implicación social<br>■ Estudios cualitativos<br>■ Estudios evaluativos (efectividad y eficiencia) |

**E.2. En el futuro, ¿deberían compartirse recursos de investigación con AP? Justifique brevemente su respuesta:**

| | % Respuestas | Justificación |
|---|---|---|
| Sí | 86% | • Siempre que haya grupos con intereses comunes o compartidos<br>• La investigación es una de las partes esenciales de las carreras profesionales, por ello todos los facultativos deben tener derecho a su acceso<br>• Optimización de recursos<br>• Cuanta más formación y recursos en investigación de la salud y no de la enfermedad se realicen, mayor será la gestión en prevención y promoción<br>• Los proyectos de investigación deberían ser transversales<br>• Atención Primaria tiene mayor capacidad de captar a pacientes<br>• Visión global de la enfermedad |
| No | 14% | • Depende del tipo de proyectos y de la participación<br>• Cada nivel tiene sus fuentes de financiación y únicamente en casos en que se comparta diseño y realización del proyecto debe compartirse el recurso<br>• Hoy en día sería más importante desarrollar estructuras de investigación en Atención Primaria |

**F.1. ¿Cree que la financiación del hospital de agudos en el futuro debería ser por asignación capitativa, actividad o por ambos? Justifique brevemente su respuesta:**

| | % Respuestas |
|---|---|
| Capitativa | 2% |
| Actividad | 15% |
| Mixta | 83% |

**F.2. ¿Cree que en la financiación de los hospitales de referencia en el futuro, debería contemplarse una parte variable ligada a objetivos? En caso afirmativo, ¿cree que una parte de estos objetivos deben ser compartidos con AP? Justifique brevemente su respuesta**

| Parte variable ligada a objetivos | | |
|---|---|---|
| | **% Respuestas** | **Justificación** |
| Sí | 97% | • Hay que modernizar el país<br>• La tierra para el que la trabaja. Se impondrá la selección natural: el que trabaje más y mejor sobrevivirá<br>• Son imprescindibles/Parece razonable que la consecución de objetivos lleve aparejada una mejora en la financiación del hospital/Siempre que los objetivos estén previamente pactados y haya recursos para cumplirlos<br>• Objetivos alineados con la organización/Parece apropiado que toda empresa, y los hospitales lo son, debe tener una serie de objetivos realistas que alcanzar, sería y debe ser un modo de que toda la organización los conozca y se implique en su consecución<br>• La incentivación en el trabajo se logra mediante la fijación de objetivos compartidos<br>• Toda financiación ha de estar ligada "en parte" a objetivos/Ligar la financiación a objetivos mejora la gestión<br>• Siempre y cuando sean propuestos por el personal sanitario<br>• Reconocimiento profesional<br>• Calidad y eficiencia<br>• Debería haber penalizaciones en caso de incumplimiento de objetivos<br>• Contratos de gestión individualizados para todos los profesionales |
| No | 3% | |

| Parte de los objetivos compartidos con AP | | |
|---|---|---|
| | **% Respuestas** | **Objetivos** |
| Sí | 65% | • La mejor atención del paciente con una prevención adecuada a un diagnóstico correcto precoz y a una asistencia terapéutica, médica o quirúrgica, sin demora, con un trato humano bueno y un posterior seguimiento para evitar complicaciones<br>• Los que involucran también Atención Primaria. Ej: Demanda de asistencia en urgencias por problemas respiratorios en pacientes con bronquitis crónica<br>• Asistenciales (Atención a crónicos, cuidados paliativos, embarazo y parto...)<br>• Coordinación y gestión de procesos<br>• Financieros<br>• Cuidados enfermeros después del alta hospitalaria<br>• Uso racional de medicamentos/Gasto farmacéutico<br>• Reducción de lista de espera/% derivaciones/% consultas sucesivas por especialista<br>• Investigación común<br>• Protocolozación vías rápidas |
| No | 22% | |
| Ns/Nc | 13% | |

**F.3. ¿La financiación debería ser común para Atención Primaria y hospitales para una población definida?**

| | % Respuestas |
|---|---|
| Sí | 34% |
| No | 50% |
| Ns / Nc | 16% |

**F.4. ¿Cree que debería haber un compromiso a uno o varios años (objetivos, intervenciones y gasto) de cada servicio/unidad con un sistema de seguimiento y evaluación? Justifique brevemente su respuesta:**

| | % Respuestas | Justificación |
|---|---|---|
| Sí | 98% | • Se viene trabajando así tanto en AP como en hospitales<br>• Los objetivos deben establecerse por escalones a cumplimentar en varios años, para dar continuidad<br>• Debe haber objetivos a corto, medio y largo plazo<br>• Tienen que ser realistas y ajustando los recursos económicos y humanos a la demanda asistencial estimada actualmente y a lo largo de los años<br>• Optimización de los recursos/Eficiencia<br>• Fijar objetivos y evaluar las actuaciones en su desarrollo son imprescindibles en toda gestión clínica<br>• Es la única forma de verificar o comprender que se hace y a quién le sirve<br>• Criterios de responsabilidad gestora<br>• Aumentaría la calidad de los servicios<br>• Sería conveniente un sistema de acreditación y reconocimiento |
| No | 0% | |
| Ns/Nc | 2% | |

**F.5. En el hospital del futuro, ¿se deberían compatir recursos con AP? En caso de que haya contestado "algunos", especifique cuáles:**

| | % Respuestas | Justificación |
|---|---|---|
| Todos | 17% | |
| Algunos | 60% | • Formación, investigación, biblioteca, evaluación de calidad y resultados asistenciales, comisión de farmacia, etc.<br>• Los derivados de la atención conjunta<br>• Recursos humanos de coordinación (enfermera de enlace…)<br>• Medicaciones hospitalarias para crónicos en domicilio<br>• Servicios centrales<br>• Planificación de ingresos y altas hospitalarias<br>• Seguimiento de pacientes crónicos pluripatológicos<br>• Atención domiciliaria<br>• Consultas externas<br>• Atención a agudos<br>• Atención a crónicos agudizados<br>• Exploraciones complementarias |
| Ninguno | 15% | |
| Ns/Nc | 8% | |

**F.6. ¿Qué fórmulas de gestión deberían llevarse a cabo para facilitar la coordinación entre los profesionales de Atención Primaria y los hospitalarios en los siguientes ámbitos?**

| | |
|---|---|
| Asistencial | • Protocolos o guías de asistencia consensuada entre ambos niveles<br>• Historia clínica compartida con acceso a exploraciones complementarias<br>• Facilitar las interconsultas y la comunicación bilateral a través de mail, videoconferencia, teléfono<br>• Establecer carteras de servicio comunes y otras específicas<br>• Gestión Integrada<br>• Gestión por procesos<br>• Compromiso en gasto farmacéutico<br>• Compra de servicios hospitalarios por parte de AP<br>• Agendas coordinadas para la tención conjunta<br>• Autonomía de gestión de AP con libre elección de especialista |
| Formación continuada | • Actividades formativas comunes/Compartir formación e intercambio de profesionales:<br>■ Sesiones conjuntas con participación de ambos niveles<br>■ Facilitar el encuentro a través de rotaciones/Reciclajes bidireccionales<br>■ Cursos anuales de "avances" o "novedades"<br>• Gestión Integrada. Presupuestos compartidos. Igualdad en el acceso<br>• Elaboración de guías y protocolos de forma conjunta |
| Docencia | • Integración de contenidos docentes de AP en los planes de estudio de los estudiantes de grado y postgrado<br>• Rotaciones de los alumnos por AP<br>• Gestión Integrada. Presupuestos compartidos. Igualdad en el acceso<br>• Formación on-line |
| Investigación | • Asignación de una cuota a AP del total de recursos de investigación<br>• Promover el uso compartido de estructuras de investigación (bibliotecas, departamentos de investigación)<br>• Realización en colaboración de tesis doctorales, comunicaciones y publicaciones<br>• Gestión Integrada. Presupuestos compartidos. Igualdad en el acceso<br>• Proyectos conjuntos de investigación, además de los propios de cada nivel<br>• Favorecer el que centros que cumplen objetivos asistenciales y/o de gestión participen individual o en equipo en proyectos<br>• Discriminación positiva de la investigación en AP y seguir potenciando en el resto de los niveles<br>• Investigación transversal<br>• Ensayos clínicos en AP en los que la captación debe realizarse en este nivel |
| Ns / Nc | 43% |

**F.7. ¿Cree que los hospitales del futuro deberían dotarse de un órgano de gobierno con representantes de la sociedad civil así como de personalidades de reconocido prestigio? Justifique brevemente su respuesta:**

| | % Respuestas | En caso afirmativo, ¿este órgano de gobierno sería exclusivamente del hospital o del área de salud? | | Justificación |
|---|---|---|---|---|
| | | | % Respuestas | |
| Sí | 73% | Hospital | 1% | |
| | | Área de salud | 72% | • Es imposible ponernos de acuerdo en qué son "personalidades de reconocido prestigio"<br>• El sistema público pertenece a los ciudadanos, que deberían opinar en la cercanía acerca de la calidad, orientación y parte del presupuesto. El problema es cómo plantear un órgano de gobierno compartido en salud en un país con tan poca tradición de participación ciudadana y con un comportamiento tan maniqueo de los políticos<br>• Tema complejo, sí en principio, pero el funcionamiento debe ser tutelado por expertos<br>• Es la forma de involucrar a ambos niveles asistenciales: AP y Hospitalaria<br>• Creo que el área representa mejor los intereses de la población<br>• Se debe ser concordante con área de salud (Ley General de Sanidad)<br>• La representación debe basarse en el propio sistema sanitario, que puede asesorarse de expertos y conocer y valorar la opinión de la "sociedad civil"<br>• Por la integralidad de la atención<br>• Es necesario conocer las necesidades y expectativas de la población<br>• Deben coordinarse las políticas en salud entre los diferentes centros y gerencias<br>• La Sanidad es de todos y sería interesante la opinión de los pacientes a través de determinados representantes (políticos, asociaciones de pacientes) |
| | | Ns / Nc | 27% | |
| No | 25% | | | |
| Ns/Nc | 2% | | | |

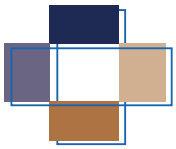
**F.8. En su opinión, especifique cinco aspectos relevantes que mejorasen la motivación, implicación, compromiso y satisfacción de los profesionales en el hospital del futuro**

| | % Respuestas | Justificación |
|---|---|---|
| Organización y gestión | 47% | • Autonomía de gestión (5)<br>• Tener claras las reglas del juego (objetivos y normas claras) (5)<br>• Reconocimiento profesional (5)<br>• Participación en la toma de decisiones (5)<br>• Organización horaria (incluyendo flexibilidad horaria, evitar doblar turnos…) (4)<br>• Incremento de responsabilidades (3)<br>• Adecuadas cargas de trabajo (2)<br>• Facilitar condiciones de trabajo (2)<br>• Trabajo en un equipo liderado por un profesional elegido inter-pares (1)<br>• Mejora de la información y comunicación con los directivos del centro (1)<br>• Premiar a los mejores (1)<br>• Profesionalización de la gestión (1) |
| Retribuciones | 27% | • Incentivación (incluye equiparación con otros países de la UE y que no sólo sean incentivos económicos) (8)<br>• Sueldo digno (6)<br>• Carrera profesional (5)<br>• Salario acorde con el nivel competencial de cada uno (1) |
| Recursos humanos | 9% | • Política de recursos humanos homogénea en todo el SNS (1)<br>• Normalización de los procesos de nombramiento de jefes de servicio, eliminando bochornosas influencias de los políticos de la administración (1)<br>• Selección del personal atendiendo exclusivamente a sus méritos profesionales (1)<br>• Estabilidad laboral (1)<br>• Buen ambiente laboral (1)<br>• Posibilidad de movilidad (1)<br>• Promoción profesional de los más implicados y motivados (1) |
| Formación | 8% | • Mejora de la formación continuada (incluyendo permisos) (6) |
| Docencia e investigación | 4% | • Que la docencia y la investigación sean suficientemente valoradas (2)<br>• Establecimiento de normas claras para la docencia e investigación en el caso de los hospitales universitarios (1) |
| Financiación | 4% | • Dotación de medios acorde con el nivel asistencial del hospital (1)<br>• Acceso a nuevas tecnologías y nuevos fármacos (1)<br>• Financiación garantizada (1) |

*Nota: los números que aparecen entre paréntesis corresponden al número de contestaciones*

## ANEXO IV: Resultados entrevista asociaciones de pacientes

| Preguntas | Contestaciones | |
|---|---|---|
| | Foro español de pacientes | Foro participativo de salud (Puertollano) |
| 1. ¿Cómo cree que es actualmente la atención de los pacientes crónicos? | Regular | Regular |
| 2. ¿Qué tipo de problemas plantea este tipo de enfermedades? | - Polimedicación<br>- Necesidad de autocontrol<br>- Necesidad de implicación del paciente | - Dependencia<br>- Gasto económico |
| 3. ¿La Atención Primaria da la respuesta necesaria para este tipo de enfermedades? | Regular | Mala |
| 4. Si ha respondido <3, ¿a su juicio qué le falta y/o cambiaría para cumplir con sus expectativas? | - Educación para pacientes<br>- Control de Enfermería | - Más tiempo para los pacientes en domicilio |
| 5. ¿El hospital actual, da la respuesta necesaria para este tipo de enfermedades? | Mala | Mala |
| 6. Si ha respondido <3, ¿a su juicio qué le falta y/o cambiaría para cumplir con sus expectativas? | - Mejor coordinación entre servicios en hospitales<br>- Mejor coordinación AP y hospital<br>- Internista (de cabecera) responsable del paciente en hospital | - Trabajo de Enfermería |
| 7. ¿Cómo cree que debería ser la atención de los pacientes crónicos? | - Personalizada en lo singular y estandarizada en lo genérico<br>- Estratificada según riesgo y cumplimiento terapéutico | - Cercana y continuada |
| 8. ¿Quién debería asumirlo? | Atención Primaria | Atención Hospitalaria |
| 9. ¿Qué impacto tienen estas enfermedades crónicas en la calidad de vida? | Afecta mucho a la calidad de vida | Mala |
| 10. En el caso de que creen discapacidad, ¿dónde piensa deban ser atendidos estos pacientes? | En domicilio | En residencias específicas |
| 11. ¿Cómo debe de ser la participación de los pacientes?<br>- Autocuidado<br>- Participación elección tratamiento<br>- Acatando el tratamiento pautado | <br>Sí<br>Sí<br>Depende | <br>Sí<br>Sí<br>Sí |



| Preguntas | Contestaciones | |
|---|---|---|
| | Foro español de pacientes | Foro participativo de salud (Puertollano) |
| 12. ¿Qué opinión tiene de los autocuidados? | Esencial para el control de síntomas y el refuerzo de la adherencia terapéutica | Buena |
| 13. Para poder acceder a los autocuidados a su juicio, ¿qué haría falta a estos tipos de pacientes?<br>- Implicación del paciente<br>- Formación<br>- Participación en toma de decisiones | <br><br><br>Sí<br>Sí<br><br>Sí | <br><br><br>Sí<br>Sí<br><br>Sí |
| 14. ¿En qué ámbito se deben de dar los autocuidados?<br>- Domicilio<br>- Residencias<br>- Hospitalaria | <br><br>Sí<br>Sí<br>Sí | <br><br>No<br>No<br>SI |
| 15. Entramos en un nuevo concepto de cuidar enfermedades crónicas. En su opinión, ¿cuáles son los profesionales sanitarios que deberían implicarse más en estas patologías? | Médicos y Enfermeras | Enfermeras |
| 16. Y ¿en qué ámbito? | Atención Primaria | Atención Hospitalaria |
| 17. ¿Habría que redefinir los roles de los profesionales, dotando de mayor protagonismo a la Enfermería? | Sí, esencial en el control | Sí |
| 18. En caso afirmativo, ¿cómo piensa que se debería de hacer?<br>- En la gestión de casos<br>- La atención domiciliaria<br>- Creación de unidades de cuidados específicos por patologías | <br><br>Sí<br>Sí<br><br>No | <br><br>Ns/Nc<br>Ns/Nc<br><br>Sí |
| 19. ¿Cómo podríamos relacionar los diferentes niveles asistenciales? AP-AH-SS (vías clínicas, rutas asistenciales, protocolos de derivación, continuidad de cuidados, gestión por procesos, HC única tanto electrónica como en papel…) | - Historia clínica electrónica<br>- Médico responsable<br>- Sesiones clínicas<br>- Vías clínicas | Ns/Nc |
| 20. El autocuidado, ¿en qué casos se debe de dar y qué tipo de recursos necesitarían? | - Educación terapéutica para los pacientes<br>- Pacientes crónicos | En todos |

| Preguntas | Contestaciones | |
|---|---|---|
| | Foro español de pacientes | Foro participativo de salud (Puertollano) |
| 21. Hablemos de los cuidadores, ¿qué opinión tienen los ciudadanos sobre los mismos? | Buena | Regular |
| 22. ¿Qué tipo de recursos se les debe de dar a los cuidadores? | - Educación<br>- Prevención sobre descanso del cuidador | - Información<br>- Materiales<br>- Económicos |
| 23. ¿Piensa que se deben de rediseñar los procesos asistenciales actuales? | Sí | Sí |
| 24. En este nuevo rediseño de la atención.<br>- Reforzaría el papel de los profesionales de AP<br>- Cambiaría el papel de la hospitalización convencional<br>- Integraría las nuevas tecnologías de la información y la comunicación | <br><br>Sí<br><br>Sí<br><br>Sí | <br><br>Sí<br><br>Sí<br><br>Sí |

# Pensando el hospital del futuro

**Luis Carretero Alcántara***

*Gerente del Hospital Universitario Son Espases. Baleares*

Uno de los atributos que nos caracteriza como humanos es nuestra capacidad para pensar en el futuro. Otros animales viven en un presente permanente, desde que nacen hasta que mueren. Nosotros miramos hacia adelante, creamos utopías y pensamos cuál es el mejor rumbo para llegar a ellas. Normalmente, el resultado real de los proyectos difiere de su concepción inicial, pero nunca hubiéramos conseguido estar donde estamos como especie sin haber antes dibujado un futuro.

Para hablar de hospital del futuro, la primera pregunta es ¿qué futuro? ¿el de dentro de diez años, de veinte o de cien? Los hospitales son organizaciones tan cambiantes, y la tecnología actual avanza a un ritmo tan vertiginoso, que la imagen de dentro de cien años entraría casi más en la ciencia-ficción. Centrémonos en un futuro más cercano.

Para acercarnos a los hospitales de dentro de, por ejemplo, quince años, vamos a analizar cuáles son los grandes retos y tendencias que van a condicionar su desarrollo. Pensemos también en los hospitales de hace quince años. No eran tan distintos de los actuales. Los principales cambios que podemos advertir a simple vista están en la tecnología que utilizamos. Hoy en día somos capaces de utilizar medios que nos permiten ser menos agresivos con los pacientes, diagnosticar de una manera más rápida y precisa sus dolencias, y convertir algunas dolencias entonces mortales en crónicas, gracias al avance de la farmacia. Hay un cambio muy significativo en los sistemas de información. Estos se han extendido de una manera importantísima, pasando a ser una parte muy importante del trabajo del médico y del enfermero. Los sistemas de información se han convertido en una columna vertebral de los hospitales de hoy en día, siendo probablemente la parte más crítica para el funcionamiento asistencial en estos. ¿Y organizati-

*En la actualidad, es director gerente de SESCAM

vamente? En este sentido, los cambios han sido mucho más moderados, especialmente en España. Probablemente en estos años hemos sido testigos de una regresión en la capacidad de gestión en nuestros hospitales fruto de la transferencia de la gestión sanitaria a las comunidades autónomas. Una máquina profesional, bien engrasada y algo obsoleta como el INSALUD fue sustituida por un montón de servicios regionales de salud, todos bienintencionados, pero mucho más expuestos a la interferencia política y a la desprofesionalización de los directivos, y por supuesto sin la masa crítica de conocimiento y gestión de la que disponía la casa madre. En la parte positiva, la tecnología y la evolución del conocimiento sanitario han ayudado a diluir muchas dosis de dogmatismo que existían hace quince años sobre los roles de los distintos niveles asistenciales, que hacían nuestras organizaciones más cerradas y estancas de lo que son hoy y mucho más de lo que serán en los próximos años.

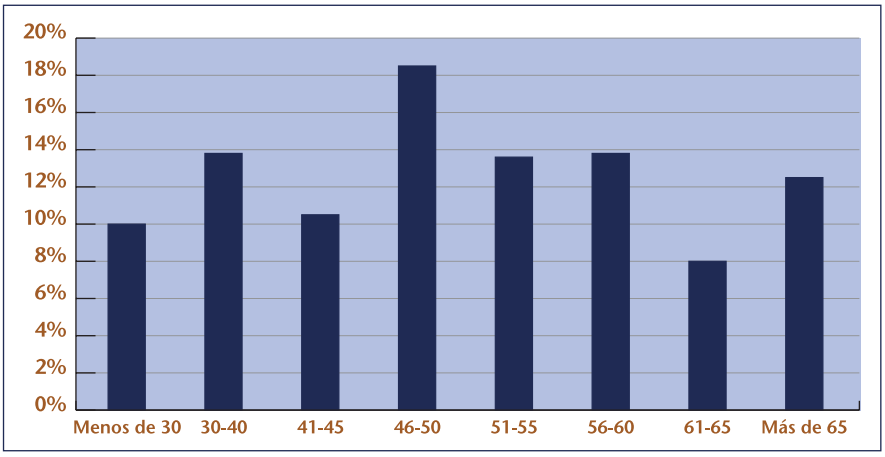
Si miramos hacia el futuro, hacia el desarrollo de nuestros hospitales en estos próximos años, veremos grandes retos y un gran condicionante, que nos va a acompañar durante mucho tiempo. El gran condicionante es el de la sostenibilidad del sistema sanitario público. Hemos conseguido disfrutar de un Sistema Nacional de Salud envidiable, muy valorado por la población, que lo considera el área del estado de bienestar de mayor interés y que valora positivamente su funcionamiento en un 69,2 por ciento (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2009), con plena cobertura para todos, gratuito en la asistencia, y con un nivel clínico de primera línea. Todo ello a un coste razonable, en torno al 8,4 por ciento de nuestra riqueza (OECD, 2008). No obstante, todo esto se puede ir al traste si el gasto sanitario mantiene una senda de crecimiento no compatible con la evolución de la riqueza de nuestro país. Esto es lo que ha ocurrido en España, el gasto sanitario desde 2007 ha crecido muy por encima de las posibilidades de financiación de las comunidades autónomas, lo que ha generado un endeudamiento generalizado, con una deuda acumulada difícil de soportar, con pagos a proveedores en los límites de lo aceptable, y con una capacidad instalada difícil de mantener con la financiación disponible.

En los próximos años uno de los grandes retos será el de remontar ese *gap*, y para ello deberán cambiar muchas cosas en la organización de los

hospitales. La eficiencia y el rendimiento de los recursos invertidos respecto al impacto en salud de los mismos estarán cada vez más en la primera línea de la toma de decisiones.

¿Qué consecuencias tendrá este condicionante sobre los hospitales? La primera es que la gestión de los recursos va a ser más determinante en la toma de decisiones. La utopía a veces fomentada en las facultades de Medicina de que los recursos son ilimitados, quedará suprimida por la realidad: los recursos son escasos, lo que significa tomar decisiones sobre su mejor uso. La necesidad de encajar realidad con recursos nos llevará a conocer cambios radicales en la organización hospitalaria, y a hospitales con sistemas de control de gestión más avanzados, en los que todos los costes están identificados, y en los que conocemos el rendimiento de todos y cada uno de los profesionales (Fig. 1). Además, el reto de la productividad estará encima de la mesa en todo momento. No puede ser sostenible un sistema sanitario público en el que sus profesionales tienen la jornada laboral más baja de los países de nuestro entorno. Si analizamos las horas trabajadas en el sector público por semana, nuestro país está en último lugar, con una fuerte diferencia con Portugal, penúltimo de la lista (OIT, 2009).

**Figura 1. Horas empleadas por los cardiólogos americanos en atención directa al paciente por semana. Fuente: (Medscape, 2011)**



En los últimos años, en nuestro sistema sanitario hemos vivido una espiral de reducciones de jornada. A cambio de un poco de paz social, se han ido encogiendo de forma rígida las jornadas laborales y aumentando exponencialmente el número de días de vacaciones, licencias y libre disposición. El resultado es una productividad muy baja. En un hospital, donde el trabajo a turnos es dominante en muchas categorías, estas jornadas laborales no son sostenibles si no se acompañan de reducciones proporcionales de salarios. Los hospitales del futuro deberán adaptar su forma de retribuir a sus profesionales a la productividad de estos, tanto en horas dedicadas como en impacto asistencial de estas horas. Para determinar esto, nos ayudarán unos sistemas de información cada vez más desarrollados.

Es bueno que cada profesional pueda determinar su grado de implicación con su institución, pero si no ligamos dedicación a retribución y reconocimiento, nuestros hospitales no serán viables, ni serán capaces de aprovechar el enorme talento que contienen.

Para conseguir un sistema sanitario más excelente y a la vez sostenible, los hospitales se adaptarán para responder de forma adecuada a algunos de los retos que se inician hoy en día:

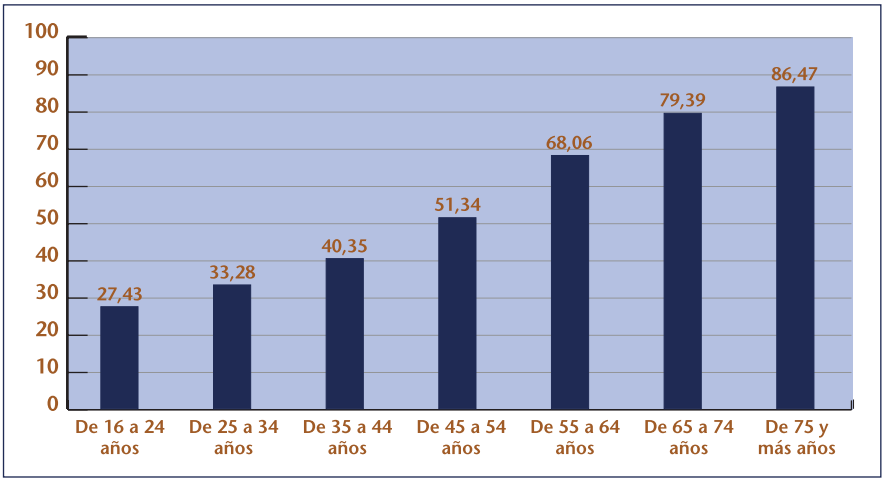
- Dar respuesta a un nuevo perfil de paciente, cada vez más anciano y pluripatológico.
- Posicionarse adecuadamente respecto a los retos que nos plantean las nuevas tecnologías.
- Hacer cada vez más protagonistas a los pacientes de las decisiones que afectan a su enfermedad.
- Rediseñar cada día el rol de los distintos niveles asistenciales y su interrelación con el hospital.
- Encontrar vías de colaboración con el sector privado.

**1.- Dar respuesta a un nuevo perfil de paciente, cada vez más anciano y pluripatológico**

El perfil de pacientes que acuden a los hospitales ha cambiado. Nuestros pacientes no son en buena parte agudos, sino pacientes crónicos, de edad avanzada y pluripatológicos (Fig. 2). Algunos de ellos responden al

perfil de "paciente superviviente" resultado del éxito de la ciencia médica en prolongar la vida en situaciones en las que antes fracasaba.

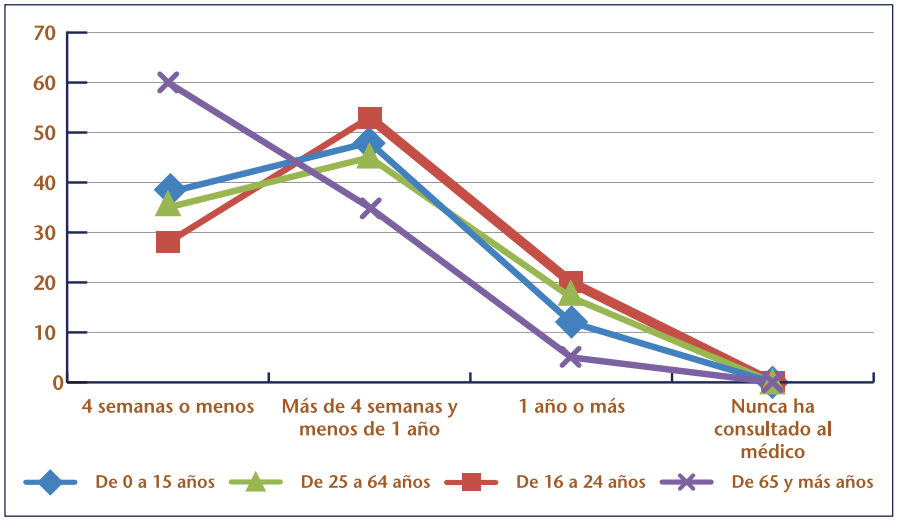
**Figura 2. Población con alguna enfermedad o problema de salud crónico o de larga evolución. Encuesta europea de salud en España 2009. Fuente: INE**




El abordaje para mejorar el estado de salud de estos pacientes y aportarles calidad de vida no puede ser el mismo que para pacientes jóvenes con problemas puntuales de salud (Fig. 3). Necesitamos rediseñar las vías de entrada de estos pacientes a los hospitales, así como el camino a seguir antes de su reinserción en su medio de vida habitual. Es fundamental igualmente coordinar con Atención Primaria y sociosanitaria los mecanismos para un correcto seguimiento y manejo de los problemas de salud que les aquejan. En pacientes como estos es cuando el sistema sanitario más tiene que actuar como un todo, y a la vez como una organización articulada y eficaz, a la vez humana y utilizadora de las nuevas tecnologías.

Los hospitales en los próximos años desarrollarán espacios organizativos para el tratamiento y manejo de los pacientes pluripatológicos, con carácter pluridisciplinar, con un fuerte peso del internista por su visión global del paciente, con utilización creciente de las nuevas tecnologías de la información para aportar más accesibilidad al paciente, y con una fuerte interrelación o integración organizativa con los entornos de Atención Primaria y sociosanitario.

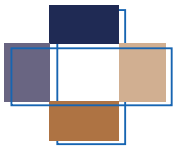
**Figura 3. Última consulta realizada con un médico del SNS. Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. INE y Ministerio de Sanidad**




**2.- Posicionarse adecuadamente respecto a los retos que nos plantean las nuevas tecnologías**

Las nuevas tecnologías suponen un reto y un problema en algunos casos. Un buen uso del diagnóstico por la imagen supone un diagnóstico más rápido y preciso de problemas de salud que podrán abordarse con mayores probabilidades de éxito. No obstante, existen claros riesgos de sobreutilización de estos medios, tanto por falta de formación, por presiones de los propios pacientes, como por falta de concienciación del coste del uso de estas técnicas y de los efectos perniciosos que su abuso puede tener a largo plazo sobre la salud de los pacientes. Como ejemplo, la demanda de pruebas de diagnóstico por imagen en Baleares crece a tasas anuales del 7 por ciento, y algunas pruebas como el TAC lo hacen a tasas del 16 por ciento (PWC, 2008).

El hospital del futuro deberá, por una parte, de dotarse de una tecnología adecuada, y ser capaz de evolucionar su dotación tecnológica en el tiempo, evitando caer en situaciones de obsolescencia. Para alcanzar este objetivo profundizará en las relaciones de colaboración con los proveedores de tecnología, que se posicionarán en un rol más cercano al de socio.



Una característica fundamental del hospital del futuro ha de ser su flexibilidad, su capacidad para adaptarse y para incorporar de forma racional los avances tecnológicos. Un rasgo para hacer posible esa flexibilidad es la participación como socios de los proveedores de alta tecnología. Los avances en tecnología electromédica afectan en muchos casos a nuestra capacidad para obtener mejores resultados, ya sea a través de un diagnóstico más rápido y preciso, de la utilización de procedimientos menos cruentos o de un mejor seguimiento y vigilancia de los pacientes. Hoy en día, la tecnología no es una variable estática en un hospital, sino cada vez más dinámica.

El hospital del futuro ha de gestionar su tecnología mediante acuerdos de cooperación con proveedores que incluyan la actualización tecnológica constante, la renovación de los equipos, la garantía de disponibilidad, el mantenimiento y el rendimiento asegurado de estos. A cambio, el proveedor recibirá una cuota anual que cubrirá todas estas necesidades, con penalizaciones por el no cumplimiento de los objetivos de disponibilidad. El proveedor ha de sentirse socio, partícipe de los resultados finales de la aplicación de sus equipos, y ha de implicarse en su rendimiento tanto como el propio hospital. Las relaciones con los proveedores estarán basadas en el largo plazo y en el diálogo con los mismos, así como en una actitud activa y sólida del hospital para seleccionar la tecnología que necesita y puede pagar entre las múltiples opciones que aparecen cada día.

Los sistemas de información introducirán cambios radicales a medio plazo en las características que hoy conocemos del funcionamiento de los hospitales. Cada vez más nos permitirán establecer nuevas vías de contacto con los pacientes, a través de la teleconsulta, y de interrelación con los profesionales (telecomités) acercando los especialistas a medios geográficos más apartados. Los sistemas de apoyo a la decisión nos aportarán más seguridad en la toma de decisiones de los clínicos, y a la vez más medios para que los pacientes puedan evaluar a priori los resultados obtenidos por un hospital o un servicio de éste antes de decidir dónde quieren ser atendidos. Además, nos permitirán deslocalizar algunas fases del proceso asistencial. Ya hoy, un 2 por ciento del mercado americano de diagnóstico se informa en la India (Goverment Accountability Office, 2006).

En estos años veremos el desarrollo de los sistemas de información para la toma de decisiones. Se fortalecerán los análisis de la información sobre resultados asistenciales a partir de la historia clínica electrónica. Para ello, se avanzará en interoperabilidad para hacer comparables los datos de las historias clínicas en distintos hospitales, regiones o países. Ahora disponemos cada vez más de muchos datos en nuestros hospitales, poco a poco seremos capaces de transformarlos en conocimiento útil para la toma de decisiones.

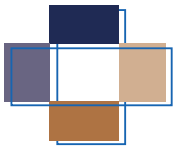
**3.- El paciente cada vez más protagonista de las decisiones que afectan a su enfermedad**

Los pacientes poco a poco merecerán menos este nombre. El paciente pasará de sujeto pasivo de las decisiones del médico a sujeto activo de su problema de salud. El paciente se informa mejor de su problema de salud y de las alternativas de diagnóstico y tratamiento existentes. Internet proporciona acceso a múltiples fuentes y uno de los grandes retos será orientar adecuadamente al paciente para que acuda a fuentes fiables y de las que pueda recibir ayuda sólida (Fundación Laporte, 2011). Además, nuestros profesionales tendrán que reconvertir su forma de relacionarse con los pacientes, pasando de una posición más paternalista a otra más participativa y negociadora con el paciente, como asesor de sus decisiones de cara a su enfermedad y su calidad de vida.

**4.- Rediseñar cada día el rol de los distintos niveles asistenciales y su interrelación con el hospital**

Una característica básica en el hospital de los próximos años ha de ser su flexibilidad y su capacidad de adaptación a unas necesidades cambiantes. Para ello ha de repensar su organización, buscando la mejor opción para resolver las necesidades de los pacientes con los recursos disponibles.

En el futuro se intensificarán los cambios organizativos tendentes a involucrar cada vez más a los profesionales en la toma de decisiones. Las iniciativas de gestión clínica se desarrollarán, a la vez que los sistemas de motivación e incentivación que asocien los premios a la excelencia y a la eficiencia. Un hospital no será una organización de éxito si no es capaz de sumar el empuje y la fuerza de todos los profesionales que lo integran, y de orientar este empuje en una sola dirección, en la orientación estratégica de esta organización.



Las fronteras entre organizaciones y niveles asistenciales se diluirán progresivamente. El hospital va a necesitar de una Primaria fuerte y potenciada para ser verdaderamente resolutivo. Esto supone una mayor integración organizativa y a nivel de sistemas de información entre los facultativos de Atención Primaria y Especializada. No tiene sentido que se dupliquen pruebas diagnósticas y exploraciones simplemente porque el paciente cambia de edificio al relacionarse con el sistema sanitario. Además, el hospital estará plenamente orientado a la resolución de la fase aguda de los problemas de salud que lo requieran. Para ser verdaderamente resolutivo, el médico hospitalario necesita de una Atención Primaria que acoja al paciente dado de alta y lo gestione de forma consensuada con la Atención Especializada. El hospital necesita igualmente de un equipo de Atención Primaria capaz de aportar valor en la prevención de enfermedades y en la promoción de estilos de vida saludables, y necesita unos profesionales de Atención Primaria capaces de manejar globalmente a sus pacientes y de no derivarlos más de lo necesario hacia el nivel hospitalario. Esto supone, sin duda, dar apoyo a nivel de protocolización, de soporte y línea caliente para resolver dudas o cuestiones del médico de familia sobre casuística correspondiente a distintas especialidades, dar soporte a la realización de pruebas y procedimientos que pueden ayudar a la capacidad resolutiva en Primaria, y mover mecanismos de incentivación que fomenten dinámicas como las anteriormente descritas.

El hospital del futuro será igualmente más ambulatorio, más orientado a la resolución en gabinetes, hospitales de día y cirugía ambulatoria, y con un progresivo peso decreciente de la hospitalización ordinaria, que quedará reservada a pacientes con necesidad de seguimiento específico o de una alta intensidad de cuidados o de vigilancia. La franja de la hospitalización estará reservada a conceptos más cercanos hoy en día a los cuidados intermedios o intensivos, quedando mucho más reducida para los cuidados normales.

**5.- Encontrar vías de colaboración con el sector privado**

Nuestros hospitales buscarán espacios de colaboración y sinergia con el sector privado. La búsqueda de espacios de confluencia donde el sector privado puede aportar no sólo financiación, sino también capacidad de prestar un servicio con calidad y eficiencia, seguirá y se consolidará. Las experiencias de PPP (United Nations Economic Commission for Europe,

2008), de diálogo competitivo, y en definitiva de colaboración entre los sectores público y privado, tenderán a crecer a nivel hospitalario.

Bueno, éste es el hospital que nos puede esperar en el futuro: Eficiente, adaptado a las necesidades de los pacientes, con un uso eficiente de la tecnología, capaz de obtener rendimiento de los sistemas de información, con un paciente cada vez más protagonista de su enfermedad, enraizado en su medio, ambulatorio y resolutivo, y capaz de aprovechar las oportunidades de colaboración entre los sectores público y privado. Son los caminos para responder a los retos que se avecinan. Hay otros caminos, donde el sistema se deteriora uniéndose crisis de sostenibilidad y retos abrumadores. Son caminos a evitar. Como decíamos al principio, el humano se caracteriza por mirar al futuro, pensar ideales, y trazar caminos para alcanzarlos. Llegar no es fácil, pero sin metas ni caminos, seguiríamos en la edad de piedra.

## Bibliografía


1. Centro de Investigaciones Sociológicas. (2009). Barómetro Sanitario. Madrid: Ministerio de Sanidad.
2. Una visión sobre el papel de los pacientes como protagonistas de su enfermedad la podemos encontrar en: Fundación Laporte. (2011). Universidad de Pacientes. Obtenido de www.universidaddepacientes.org
3. Goverment Accountability Office. (2006). Privacy: domestic and offshore outsourcing of personal information in Medicare, Medicaid and Tricare. Washington DC.
4. Medscape. (2011). Cardiologist Compensation Report. Medscape.
5. OECD. (2008). Heath Data. OECD.
6. OIT. (2009). Horas trabajadas en el sector público 2000/2008. Labour Force Survey.
7. PWC. (2008). Diseño de un marco de mejora organizativa para las areas de diagnóstico por imagen en Baleares. Palma de Mallorca.
8. United Nations Economic Commission for Europe. (2008). Guidebook on Promoting Good Governance in Public-Private Partnerships. New York and Geneva: United Nations.

# Atención Primaria y Hospitalaria: Compartiendo presente y futuro

**Gracia Fernández Moya**
*Gerente Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería*

## El contexto

El envejecimiento de la población (16,5 por ciento de mayores de 65 años en España, INE Base 2010) está condicionando una mayor dependencia y mayor prevalencia de enfermedades crónicas. El aumento de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las que causan mayor número de defunciones y para el 2030 serán las causantes de 3 de cada 4 muertes (Informe OMS 2011). La globalización y movimientos migratorios suponen diversidad en la población que atendemos tanto en enfermedades emergentes y reemergentes como en enfermedades crónicas.

## Situación actual: Atención Integrada

En la atención a los pacientes, especialmente a los crónicos, es fundamental la conexión de la atención que el paciente recibe de los distintos puntos de provisión, para garantizar la continuidad asistencial (CA) entendida como "una visión compartida del trabajo asistencial en la que intervienen múltiples profesionales en centros de trabajo diferentes, que actúan en tiempos distintos con un objetivo de resultado final común: el ciudadano" (Plan de Calidad, Consejería de Salud Andalucía).

Para dar respuesta organizativa a este planteamiento, Andalucía apuesta por la creación de áreas sanitarias de gestión. El Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería (AGSNA) se creó en 2006, integrándose el distrito Levante Alto Almanzora y el Hospital La Inmaculada en Huercal Overa, para

atender a una población de 145.000 Hb. Como modelo funcional se opta por la constitución de unidades de gestión clínica (UGC), y desaparecen progresivamente los servicios hospitalarios y ZBS. En la actualidad el 100 por cien de los profesionales asistenciales están organizados en UGC.

Factores claves para la mejora de la continuidad asistencial (CA) en nuestra área:

- Mejora de la información:
  - Historia digital única en Andalucía (DIRAYA) en Atención Primaria (AP) y hospital.
  - Digitalización de pruebas diagnósticas y sistemas de información corporativa para la integración de todo radiodiagnóstico (RIS Corporativo).
  - Receta XXI: Renovación de recetas de pacientes crónicos.
  - Informes de cuidados al alta.
  - Plan de activación de asistencia compartida (PAC).
  - Módulo de peticiones analíticas: Petición desde historia Diraya.
  - Intranet y página web.
- Mejora de la CA de relación o longitudinalidad:
  - Enfermera gestora de casos, en AP y hospital.
  - Personalización de la asistencia: médico y enfermera referente.
  - Conexión telefónica con internista.
  - Identificación de la cuidadora principal que se incluye en el programa +cuidados, con discriminación positiva en la atención a estos pacientes.
- Continuidad de gestión:
  - En la planificación estratégica, objetivos compartidos entre las UGC de Atención Primaria y Hospital, algunos distribuidos por "parejas" de UGC que se responsabilizan de un mismo objetivo en todo el ámbito del área.
  - Creación de unidades multidisciplinares, intercentros e interniveles.
  - Sistemas de información integrados y programas de formación conjuntos.
  - Comisiones comunes. Grupos funcionales comunes.
  - Gestión por Procesos: Destacar los procesos: Diabetes, atención a pluripatológicos y riesgo vascular.

## Cambios actuales en AP y hospital

En la coordinación de la asistencia y especialmente en los pacientes que presentan patologías crónicas es fundamental el protagonismo de la Atención Primaria, con la dotación de recursos que les permite una mayor capacidad de resolución, tanto en consultas como en urgencias. Las UGC realizan espirometrías, retinografías, seguimiento de anticoagulación oral, etc. y además tienen acceso a todas las pruebas funcionales tradicionalmente hospitalarias.

Importante el desarrollo de nuevas competencias de enfermería, tanto en realización de pruebas, consultas de demanda propia, implicación en la indicación de determinados fármacos y productos sanitarios, prácticas avanzadas, etc.

En el hospital, menor interés en el número de camas hospitalarias. La organización de hospital de día, médico y quirúrgico, para la cirugía mayor ambulatoria, o ingresos cortos para pruebas o administración de medicación supervisada, con excelentes resultados, ha permitido una reducción de estancias medias. Las nuevas técnicas con cirugías de mínima invasión y tratamientos ambulatorios permiten una recuperación más rápida, sin estancia hospitalaria o muy corta, lo que, además de reducir el riesgo de infecciones hospitalarias y las molestias al paciente, acorta los días de baja laboral, etc. y proporciona, en consecuencia, ahorros indirectos, contribuyendo así a la necesaria sostenibilidad del sistema.

En consultas ha sido fundamental la mayor resolución en acto único, que evita desplazamientos innecesarios, para ello es imprescindible la coordinación con Atención Primaria con protocolos consensuados o implantación de procesos y organización de visitas al alta, seguimiento telefónico o teleasistencia.

## Mejoras y retos pendientes: El hospital y Atención Primaria del futuro

Es necesaria una red socio-sanitaria integrada, si no es factible por ahora la integración total de servicios sanitarios y sociales, al menos será

imprescindible compartir los sistemas de información en una primera fase, para posteriormente compartir recursos materiales y humanos, podrán existir "otras nuevas instituciones para cuidados más prolongados", que harían más eficiente a ambos sistemas.

Insistir en la mejora de la atención domiciliaria con la coordinación del equipo multidisciplinar de Atención Primaria con asesoramiento y coordinación con hospital. Hospitalización domiciliaria, interconsultoría con especializada, cuidados paliativos extrahospitalarios y todo lo que supone una externalización de la atención que tradicionalmente era hospitalaria. Ampliación de la cartera de servicios de Atención Primaria, de manera que se crezca en otros procesos como lo están actualmente el cáncer de mama (mamografías) o el cáncer de cérvix (citologías).

Los recursos estarán ubicados allá donde sean más eficientes, realizándose en Atención Primaria todas las exploraciones complementarias necesarias para mejorar su resolución, pero no utilizando el tiempo precioso del médico de familia para hacer pruebas que necesitarán ser informadas o asesoradas por médicos del hospital, por supuesto sin dejar de hacer las intervenciones que deben de ser prioritarias en Atención Primaria, la atención comunitaria.

La atracción de las nuevas tecnologías no puede priorizarse ante las visitas domiciliarias, conocimiento del entorno familiar, actividades de salud pública, actualización en uso adecuado de medicamentos y seguridad de pacientes, etc. Los centros de Atención Primaria tendrán que abrirse a la comunidad, no ser “la puerta de entrada del sistema”, sino “la plaza mayor” donde haya un continuo entrar y salir de profesionales y ciudadanos en permanente contacto con todos, para realizar todas las actividades de promoción, prevención, asistencia sanitaria y rehabilitación, en coordinación con otras unidades de AP, con el hospital y con otras Instituciones. Los profesionales tienen que salir de los centros y ocupar los espacios que les corresponden.

El hospital también tiene que concienciarse de su importante papel en la promoción y prevención de la salud, también en continua colaboración con Atención Primaria y otras instituciones. El fomento de estilos de vida saludables y reforzar los activos en salud debe de ser tarea de todos los

profesionales sanitarios independientemente del ámbito en el que desarrollen su trabajo.

El hospital será un lugar de estancias muy breves, fundamentalmente de los pacientes agudos y críticos.

Se impulsará la docencia e investigación tanto en AP como en hospital. Se enfatizará la formación en Bioética. Se evaluará de forma continua las competencias profesionales.

El diseño de los hospitales y centros de salud seguirá evolucionando para ser centros más acogedores y amigables.

La cirugía mínimamente invasiva seguirá avanzando.

El diagnóstico por imagen ya ha revolucionado la práctica sanitaria, pero el cambio será aún mayor, con monitorización de pacientes o realización de pruebas en entorno extrahospitalario o con visitas de acto único sin ingreso. La telemedicina se extenderá y será una vía de conexión continua de profesionales.

Importancia de la participación de los ciudadanos: El ciudadano quiere saber, quiere decidir, quiere opinar, y tendremos que facilitar su participación de una forma reglada y normativa. En la relación con el ciudadano, la clave será reforzar el factor humano frente al continuo crecimiento de las tecnologías.

Ante los cambios tan vertiginosos y los nuevos retos que se nos presentarán para adaptar los servicios sanitarios a los requerimientos de la sociedad, las Unidades de Atención Primaria y de hospital no pueden desaprovechar la oportunidad de ser los verdaderos protagonistas, con la descentralización necesaria, con autonomía, con integración, coordinación y sobre todo responsabilidad para hacer uso eficiente de los recursos disponibles en un espacio compartido.

## Bibliografía


1. Curar y cuidar, Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Ed Masson, 2008.
2. Starfield B. Reinventing Primary Care: Lessons from Canada for The United States. Health Affairs 2010; 29 (5): 1030-36.
3. Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España. Proyecto AP 21. Ministerio de Sanidad y Política Social 2007-2010.
4. Sanidad y Dependencia: matrimonio o divorcio. Centro de Sanidad 2011.
5. Informe sobre las mujeres mayores en España. Ministerio de Sanidad y Política Social e igualdad. Marzo 2011.
6. National Health Service. Our vision for primary and community care. NHS, 2008.
7. Bengoa R, Nuño Solinís R. Curar y Cuidar, Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Elsevier Masson, S.L., 2008.
8. De la Higuera J.M.*, Ollero M*, Bernabeu M*, Ortiz MA*, Bailey P, Ortiz M.A., Tamber P. [*Contribuyentes principales]. "Atención Primaria, servicios institucionales y procesos de gestión integrada". En: Jadad, A.R.
9. Cabrera A, Martos F, Smith R, Lyons R. Cuando las personas viven con múltiples enfermedades crónicas: un enfoque colaborativo a un nuevo reto global. Sevilla: Junta de Andalucía; 2010.
10. Margolius D, Bodenheimer T. Transforming Primary Care: From past practice to the practice of the future. Health Affairs 2010; 29 (5): 779-84.
11. Fernandez Moyano A, Ollero Baturone M. Percepción de la continuidad asistencial. Conocer para actuar. Rev. Esp. Salud Pública nº.4. 2010. 84:349-351.
12. Nuño Solinis R. Mejora de la Atención Primaria a pacientes con condiciones crónicas: El modelo de atención a crónicos. Integración Asistencial: ¿cuestión de modelos?, claves para un debate. SEDAP. Boletín 2010, 86-93.
13. Santos A, Cañizares A. Gerencia Única de Área. El camino hacia el equilibrio en sistema sanitario. Premios Profesor Barea a la Gestión y Evaluación de costes sanitarios. 5ª Edición 2006.

# El Hospital del Siglo XXI

**Eduardo E. García Prieto***

*Gerente del Hospital de Río Ortega de Valladolid*

Los hospitales tendrán como funciones primordiales las de prestación de asistencia especializada, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, conforme a los programas de cada área de salud, rehabilitación, así como las de investigación y docencia, complementando sus actividades con las desarrolladas por la red de Atención Primaria del área correspondiente.

A los efectos previstos en el párrafo anterior, y además de la cobertura asistencial especializada, los hospitales prestarán a los centros de la red de Atención Primaria del área la información necesaria para el diagnóstico y tratamiento, procurándose la máxima integración de la información relativa a cada paciente.

*Artículo 5 del Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.*

## El pasado

Cuando acaban de cumplirse veinticuatro años de la publicación del Real Decreto por el que se aprueba el Reglamento de hospitales, la definición de las funciones que, para estas instituciones, se definen en su articulado siguen siendo actuales, responde a las necesidades actuales y seguramente responde a las necesidades del futuro, pero salvo excepciones no responde a la realidad que vivimos, por ello la pregunta que debemos hacernos no es tanto qué hospital necesitamos para el siglo XXI, sino ¿por qué aún no hemos conseguido implantar este modelo?

*En la actualidad, es director gerente de SACYL

Las causas de la falta de desarrollo real de las funciones enunciadas hay que buscarlas en propio Real Decreto, ya que cuando seguimos leyendo el articulado, en ningún momento encontramos referencias a órganos de coordinación, y menos de integración con Atención Primaria, ni tampoco encontramos previsión de comisiones conjuntas entre los dos niveles asistenciales.

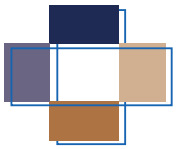
El desarrollo del Reglamento de hospitales supone la desaparición del nivel asistencial de Atención Especializada y trae como consecuencia el desmantelamiento de las sectoriales de ambulatorios, estructura de gestión que integraba la Atención Primaria y la Atención Especializada ambulatoria y que contaba con unidades de radiología y laboratorio propias, adaptadas a las necesidades de estos dos niveles asistenciales, y que a partir de ese momento pasan a integrarse en la estructura de gestión del hospital.

El mimetismo adoptado por la Atención Primaria en su organización, mediante un modelo de gestión claramente diferenciado del hospital, tampoco es ajeno al distanciamiento que, de forma creciente, se ha ido produciendo entre los dos niveles asistenciales, que han abandonado el modelo de gestión unitaria del área de salud, previsto en el artículo 56 de la Ley General de Sanidad, para desarrollar un modelo de gestión diversificado, que, en no pocas ocasiones, ha podido conducir más a la negación de otro ámbito de gestión, cuando no al enfrentamiento, que a la colaboración e integración prevista en la Ley.

Con todo ello parece darse cumplimiento a lo dispuesto en la Ley General de Sanidad, organizando el sistema de salud en dos niveles asistenciales, pero en realidad lo que se articula son dos ámbitos de gestión, obviando la "*gestión unitaria de centros y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos*"[1] que la propia Ley establece.

El modelo de gestión basado en centros independientes ha favorecido la orientación y potenciación de las características que constituían los ejes fundamentales dentro de su misión y visión. De hecho, ha sido uno de los elementos favorecedores en la creación de un sistema sanitario con los altos grados de calidad científico técnica, satisfacción y eficiencia que caracterizan al Sistema Nacional de Salud español.

[1] (Artículo 56 de la Ley General de Sanidad)



Así la Atención Primaria ha orientado su organización hacia una visión global de la salud, donde la promoción, la prevención, la curación y la rehabilitación tienen el mismo peso, en la cual el ciudadano es contemplado desde una faceta individual, familiar y comunitaria; y la atención a la salud y la enfermedad se abordan desde la perspectiva de la continuidad, a lo largo de toda su vida, mediante fórmulas de trabajo en equipo, que han permitido la utilización de programas de atención integral y el incremento de la capacidad resolutiva de este nivel.

El hospital ha orientando su organización hacia la recuperación de la salud, mediante una organización en episodios asistenciales que comprenden, fundamentalmente, la atención al paciente en las fase agudas de la enfermedad; y una creciente tecnificación que le permite abordar "*la atención de mayor complejidad*"[1], la ambulatorización de procesos quirúrgicos que hasta hace poco requerían varios días de hospitalización y la introducción de técnicas diagnósticas cada vez más complejas y sofisticadas.

Como contrapartida se ha producido la falta de coordinación y el distanciamiento al que ya he hecho referencia al principio del artículo. Los medios diagnósticos han sido adscritos tan sólo a uno de los niveles, Atención Especializada, y aún cuando se han puesto a disposición del otro nivel, se ha realizado de forma restringida, bajo los criterios de los "*dueños*" de los equipos y el personal que los maneja. Cada uno de ellos ha desarrollado historias clínicas independientes donde el único medio de comunicación entre ellas es el intercambio de informes clínicos (P10), a través del propio paciente, y en los que su envío quedaba, en cierta medida a la discrecionalidad y buena praxis del facultativo responsable de su emisión.

Estos problemas han intentado solucionarse, en los años noventa, mediante *fórmulas de compra* que todos conocemos y que no voy a detenerme en describir, y que tan sólo han conseguido dejar como secuela una definición de consultas divididas en *primeras y sucesivas* que responde más a los criterios administrativos que regían las fórmulas de compra, que a los criterios clínicos y asistenciales que deben regir el proceso asistencial. Posteriormente se han implantado dispositivos de coordinación que con mejor

[1] (Artículo 56 de la Ley General de Sanidad)

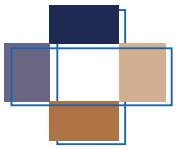
o peor suerte han conseguido establecer algunas líneas de colaboración pero en ningún caso de integración. Han existido algunas experiencias de gestión unificada, en áreas de salud pequeñas, pero el mantenimiento de una estructura diferenciada a nivel de los servicios centrales de los servicios de salud ha mantenido la diferenciación de objetivos, orientación y fórmulas de trabajo. Recientemente se han desarrollado experiencias de gestión unificada mediante fórmulas de concesión, pero la experiencia es demasiado corta y los resultados necesitan un análisis a más largo plazo.

## El presente

En la actualidad contamos con hospitales con una importante dotación tecnológica que les permite abordar una casuística de creciente complejidad, orientada y organizada para la atención de la enfermedad, especialmente en sus fases agudas, que tiende a la ambulatorización de los procesos quirúrgicos, y que ha emprendido un camino de incorporación de las nuevas tecnologías como la digitalización de las imágenes, la historia clínica electrónica o la automatización integral de los laboratorios, que le permite mantener esta información accesible desde cualquier punto del área de salud, pero que debe enfrentarse a la creciente demanda ejercida por una población envejecida, donde lo que predomina es el paciente crónico y pluripatológico.

Mientras, la Atención Primaria practica la promoción y prevención de la enfermedad, lo que supone que patologías o necesidades de atención sanitaria, que antes sólo se detectaban cuando ya estaban produciendo sintomatología, emerjan en fases cada vez más tempranas, dando lugar a que la edad en que el usuario comienza a utilizar los servicios sanitarios sea cada vez menor, sin que ello suponga una disminución de la patología aguda que debe atender.

El paciente hospitalizado, si dejamos aparte los procesos quirúrgicos, obstétricos y pediátricos, es fundamentalmente un paciente de edad avanzada, en los que una vez superada la fase aguda de su enfermedad, la cronicidad de los procesos que le han traído al hospital prolonga innecesariamente su estancia en el mismo por la dificultad en asegurar su cuidado y seguimiento tras el alta, como consecuencia de una falta de comunicación



con Atención Primaria o por la inexistencia de una base familiar suficiente o unas condiciones de vivienda y alimentación adecuadas a su patología.

Generalmente el hospital mantiene una cartera de patologías crónicas, donde los pacientes están perfectamente identificados (los ejemplos más claros son pacientes oncológicos, con patologías reumáticas, con patologías endocrinológicas, con EPOC o con cardiopatías graves), pero en los que el contacto con la Atención Primaria es escaso o nulo, lo que lleva a la repetición de actuaciones por uno y otro nivel.

Los medios diagnósticos disponibles suelen estar a disposición de ambos niveles, si bien en la mayor parte de los casos el acceso desde Atención Primaria está restringido a ciertas pruebas.

En casi todos los hospitales existe una historia clínica electrónica (HCe) emergente, si bien su grado de desarrollo, implantación y utilización es muy desigual, pero en una gran mayoría de los casos esta HCe no tiene ninguna conexión con la existente en su mismo ámbito de Atención Primaria.

La tendencia a abordar casos de complejidad creciente incrementa las necesidades de equipamiento de un alto coste que, en estos momentos de crisis económica, no es fácil conseguir. Por otra parte, los procesos más complejos requieren una población suficiente que asegure el número suficiente de pacientes como para mantener una destreza adecuada.

La separación entre ambos niveles asistenciales se mantiene hasta tal punto que algunas unidades o servicios se ven replicados en los dos ámbitos, así tanto Atención Primaria como Atención Especializada poseen sus propios servicios de urgencias, rehabilitación, atención domiciliaria o cuidados paliativos.

## El futuro

Como ya he avanzado, el paulatino envejecimiento de la población está trayendo como consecuencia un incremento de las patologías crónicas, a ello contribuye también la aparición de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas que permiten convertir en crónicas enfermedades antes mortales. Esta sociedad demanda, además, medidas sanitarias dirigidas a evitar la aparición de la enfermedad, y cuando ésta aparece quiere una respuesta

rápida y efectiva a sus problemas de salud; y exige que a su historia clínica tenga un acceso rápido, tanto el facultativo que en cada momento se responsabiliza de su proceso asistencial, como él mismo, ya que la ley le considera propietario de esta información.

El hospital necesita seguir incrementando su capacidad resolutiva abordando casos cada vez más complejos, disminuir al mínimo imprescindible los ingresos, y cuando estos se producen, reducir la estancia hospitalaria.

Para ser capaz de dar respuesta a las demandas de la sociedad y satisfacer las expectativas del hospital, éste debe favorecer algunas líneas de actuación ya iniciadas y reorientar otras.

Entre las primeras se encuentra la consolidación de consultas rápidas o de alta resolución, dirigidas, sobre todo, a los procesos agudos, en las que en un mismo día se realiza la valoración del paciente, las pruebas diagnósticas, la entrega de resultados y la instauración de un plan terapéutico. En este grupo también se encuadra la consolidación de una historia clínica en soporte digital que permita tanto el acceso desde cualquier punto asistencial del Sistema Nacional de Salud (o al menos del área de salud), como desde su domicilio por el propio paciente.

La atención al paciente crónico está propiciando la aparición de unidades específicas en los hospitales (unidades de atención al paciente crónico pluripatológico), que a través de una mayor coordinación con Atención Primaria e incluso con los servicios sociales pretenden agilizar la atención de estos pacientes, disminuir el número de ingresos, evitar estancias por motivos sociales y mejorar la atención médica y los cuidados de enfermería que precisan estos pacientes.

En mi opinión estas medidas no son suficientes. El paciente crónico requiere atención a lo largo de toda su vida, y esta atención se produce de forma simultánea, y en la mayor parte de los casos no coordinada, en Atención Primaria y Atención Especializada. Modificar esta situación requiere cambios en la forma de denominación de las consultas, la terminología de "*primeras y sucesivas*" no se adapta a estos pacientes, que en realidad requieren una atención programada de forma conjunta en los dos niveles asistenciales, en los que no sólo se comparte información sino que se utilizan guías, adaptadas a cada paciente, en base a las necesidades de aten-

ción a la patología o patologías que padece, y a las medidas de promoción y prevención que por su edad, sexo y antecedentes familiares o personales le son de aplicación; y que, integradas en la historia clínica, son vistas y utilizadas por ambos niveles.

Todo esto requiere que el hospital se implique en las actividades de promoción y prevención, y no sólo en la recuperación y rehabilitación como hasta ahora. También requiere que toda el área de salud reoriente su organización hacia fórmulas de gestión por procesos que permitan la integración de los programas de salud que en la misma estén aprobados. Implica la evolución hacia una historia clínica única, pero mientras esto llega, al menos a compartir, sin restricciones, la información clínica del paciente, que cada uno de los niveles custodia, para conocer los contactos (consultas, pruebas diagnósticas, urgencias, ingresos, intervenciones,…) que cada uno ha realizado o tiene previsto realizar, y a poder acceder a un sistema de citas gestionado por ambos niveles, que responde a las programaciones previstas en la guía clínica de cada paciente.

Con todo ello conseguiríamos el seguimiento continuo e integrado del paciente, pero tampoco esto es suficiente, si queremos mejorar la efectividad de las actuaciones sanitarias realizadas por los servicios de salud. Debemos conseguir la implicación del paciente, que pase de una actitud pasiva a una proactiva, fomentando el autocuidado, la transmisión de información desde el domicilio a la propia historia clínica, (de forma interactiva con su guía clínica) y de instrucciones desde el centro sanitario al domicilio, facilitando con ello el seguimiento no presencial del paciente.

El actual desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación permite que todos estos proyectos sean una realidad a corto plazo, pero para ello también es necesario que entre todos repasemos si la organización y niveles de gestión que hemos desarrollado son los más adecuados para conseguir esta transformación.

Por fin, si el hospital quiere incrementar su capacidad de abordar problemas cada vez más complejos, no puede hacerlo en solitario, los hospitales que hacen de todo son cada vez más escasos, es necesario especializarse en determinadas áreas de conocimiento sin entrar en competencia con los vecinos, sino por el contrario buscando alianzas que permitan aunar es-

fuerzos y desarrollar a todos los que participan en estas alianzas, es necesario huir del aislamiento y empezar a acostumbrarse a trabajar en red, y no sólo en el ámbito de la asistencia sino también en la docencia y en la investigación.

En definitiva, cuando acabo de escribir este artículo me doy cuenta que he vuelto al principio, a la fórmula de trabajo enunciada en el Real Decreto 521/1987, que sigue siendo actual. Ahora tenemos nuevas herramientas tecnológicas que facilitan el poder alcanzar este objetivo integrador de la atención sanitaria. Sólo necesitamos saber si también tenemos el convencimiento de la necesidad y la voluntad del cambio.

# La cronicidad de los procesos: Un reto para los proveedores asistenciales

**Javier Guerra Aguirre**
*Subgerente del Hospital Clínico San Carlos de Madrid*

Habiendo recibido el encargo de mi entrañable amiga, la presidenta de la SEDAP, de opinar sobre la estructura y organización hospitalaria en su relación con la Atención Primaria, en un futuro y presumible entorno de gran envejecimiento poblacional y prevalencia de enfermedades crónicas, he preparado estas líneas personales de reflexión, que en ningún caso representan la opinión del hospital en el que trabajo ni de la institución a la que pertenece.

## Los pacientes

La Atención Primaria y la Atención Hospitalaria comparten a las mismas personas, y esas personas/ciudadanos, están teniendo y tendrán en el futuro un patrón de uso de los servicios sanitarios muy diferente al que han venido empleando; de aquel paciente sumiso a las indicaciones de su médico de cabecera y, no digamos del "especialista", se ha pasado al paciente informado, al paciente intercambiando opiniones e informaciones en un blog, en twitter, facebook y demás redes sociales.

Se viene señalando, que en España, la mayoría de los blogs de médicos están liderados por especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria.

En el caso de pacientes que conviven con la cronicidad de su proceso, además de esa mayor información, se estima que el 70-80 por ciento de aquellos que disponen de acceso informático consultan previamente a la asistencia sobre el origen, la evolución y los tratamientos alternativos para su enfermedad y por consiguiente, incrementan su capacidad de exigencia y elección. Se añade además otro fenómeno, el de agruparse y asociarse con pacientes de su propia enfermedad.

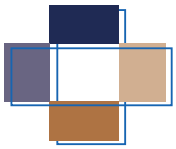
Tradicionalmente, esas asociaciones y organizaciones de pacientes comparten el objetivo de intercambiar experiencias, informaciones para obtener mejoras en las formas, procedimientos y calidad en el proceso de atención de sus asociados y, paralelamente, les permiten incrementar el número de los mismos. Ese progresivo incremento de asociados les va convirtiendo en "lobbies" de presión social y mediática que van conformando, en algunos casos, auténticas tablas reivindicativas frente a las autoridades sanitarias y políticas.

Uno de los aspectos tangenciales que están generando este tipo de movimiento y agrupaciones de enfermos pasa por la imagen que los pacientes y sus familiares tienen de la organización prestadora de los servicios a través del trato con ella, la facilitada a otros pacientes y/o mensajes que trasladan los medios de comunicación. Es lo que algunos autores definen como calidad corporativa, perspectiva a añadir a las clásicas facetas de calidad científico-técnica y calidad percibida.

Los patrones de morbimortalidad están cambiando de forma que cada vez es más infrecuente que la causa de muerte en España sea por una enfermedad aguda; por el contrario, enfermedades como el cáncer, los síndromes coronarios, los accidentes cerebro vasculares, el VIH, etc. generan una pléyade de enfermos crónicos y con mayor esperanza de años de vida.

Los médicos de familia cada vez consumen mayor parte de su tiempo en la atención de pacientes cardiovasculares, pacientes con cáncer, con enfermedades respiratorias, pacientes con diabetes, pacientes con deterioros cognitivos. En resumen, nos encontramos con mayor número de patologías que no han obtenido en estos últimos años su curación pero sí un mayor y mejor control de sus procesos agudos, transformándose en procesos crónicos, con pacientes más y mejor informados, con una mayor capacidad de agrupamiento y presión social.

En la actualidad, la profunda crisis económica está trasladando a la Sanidad, cuando menos, un estancamiento presupuestario y un escenario de análisis de las prestaciones y su financiación; uno de los elementos que más se reitera en este debate de alternativas es modificar el actual copago farmacéutico que no existe para los pacientes crónicos.



De otro lado, en algunas de las patologías que acompañan a estos pacientes se va desarrollando una mayor dependencia de cuidados sociales y domiciliarios en una sociedad, la española, en la que se ha producido una auténtica transformación en los roles de las familias clásicas.

## Los proveedores de servicios sanitarios: Atención Primaria de Salud (APS)

Los grandes cambios que en los últimos años se han generado entre los proveedores de servicios sanitarios en España posiblemente se hayan producido en el mundo hospitalario, ya en que la Sanidad pública en el ámbito de Atención Primaria, en general, se sigue ofertando a través de equipos multidisciplinares de profesionales que trabajan en edificios sanitarios cercanos geográficamente a una agrupación territorial y poblacional, y que se conocen tradicionalmente como equipos de Atención Primaria, centros de salud y zona básica, respectivamente. No obstante, se han mantenido en algunas comunidades autónomas otras formas de provisión con entidades de base asociativa (EBA) y fórmulas consorciales (que se mantienen en cifras constantes). En alguna otra, se ha introducido alguna fórmula de concesión administrativa conjuntamente con la prestación de servicios de Atención Hospitalaria.

Posiblemente, aunque con diferencias, en casi todas las CC.AA., en el ámbito de la Atención Primaria, los grandes cambios han consistido en dar por finalizada la reforma estructural, la introducción y apoyo de las soluciones-aportaciones informáticas y electrónicas; en algunos casos enfatizadas en disponer de historia clínica, en otras en la prescripción electrónica, así como la obtención de citas por Internet. En número más limitado, las soluciones informáticas están apostando por la interconexión con su hospital de referencia.

En cuanto a procesos internos en el ámbito de la APS, se han llevado a cabo en casi todas las CC.AA. mejoras encaminadas a facilitar el acceso a pruebas diagnósticas, mediante catálogos más o menos completos de diferentes tipos de analíticas, y sobre todo, de acceso a técnicas de diagnóstico por imagen. El grado de desarrollo y el método seguido, en general, es

muy dispar entre los diferentes centros de APS y el hospital de referencia, incluso dentro de la misma C.A.

También en estos últimos años, aunque posiblemente en menor cuantía que antes, sigue observándose que las actuaciones sanitarias que se practican a los pacientes/ciudadanos en el mundo hospitalario no siempre se acompañan del traslado de la necesaria información asistencial que facilite la adecuada continuidad de cuidados médicos y enfermeros por parte de su centro de salud.

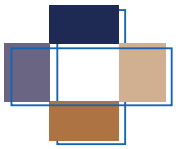
Se observa en las cifras, que anualmente facilita el Ministerio de Sanidad, una tendencia al descenso de la actividad domiciliaria en Atención Primaria, debida posiblemente a que en algunas CC.AA. la actividad urgente domiciliaria (tarea efectuada por los médicos de APS) se realiza por otro tipo de proveedores, así como al uso de las nuevas tecnologías.

## Los proveedores de servicios sanitarios: Los hospitales

De los hospitales públicos tradicionales dependientes de su servicio autonómico de salud, sistema de provisión más habitual en casi todas las CC.AA. (a excepción de Cataluña), basados en gestión por delegación de competencias en materia de personal y económica y sin personalidad jurídica propia, se está pasando a un mayor número de fórmulas alternativas a los tradicionales y clásicos conciertos, y van apareciendo con más frecuencia en casi todas las CC.AA. las empresas públicas, los consorcios, las fundaciones públicas, las más recientes de concesiones administrativas y los nuevos modelos de PPP-PFI.

Cada vez es más frecuente la colaboración público–privada que modifica las relaciones con sus centros de salud, de forma especial, si la fórmula empleada es la concesión administrativa con financiación capitativa, que abarque tanto las prestaciones sanitarias específicas de APS como las hospitalarias.

Internamente también se ha potenciado el uso de los soportes informáticos en los hospitales para la práctica clínica y los cuidados de enfermería, de forma especialmente importante en el almacenamiento digital de imágenes (PACS) y otro tipo de estudios diagnósticos y terapéuticos (eco cardio-



gramas, endoscopias) y resultados analíticos que se encuentran disponibles en los ordenadores de las propias consultas, plantas de hospitalización y en los centros de especialidades y/o ambulatorios dependientes de ellos.

Cada vez es más frecuente la solicitud por parte del paciente de una copia informática de esos estudios, para su custodia y/o segundas opiniones que en algunos casos trasladan mediante la red a diferentes tipos de profesionales.

También, y como indicaba el último Barómetro Sanitario 2010, se ha recogido que los ciudadanos en este ámbito asistencial, el de la Atención Hospitalaria, es donde puede en los últimos años haberse producido una diferencia significativa de prestaciones, según la comunidad donde se resida (cuidados paliativos, tratamiento del dolor, terapias contra el tabaco, etc.). Estas diferencias, también según recogía el mencionado Barómetro, se incrementaban al desplazarse el ciudadano entre CC.AA.

## Tendencias y posibles mejoras

Si como vemos los pacientes cada vez solicitan disponer de todo tipo de información sobre los estudios y técnicas diagnósticas que se les realizan, en formato electrónico, parece que para que la atención del paciente crónico sea una prestación integrada interniveles, esa información debe estar disponible, actualizada y accesible para todos los profesionales intervinientes en la atención del paciente, con independencia de donde se haya generado la misma.

En la actualidad ya existen tecnologías que permiten el acceso a esa información que posee el paciente, bien mediante el uso de tarjetas sanitarias dotadas de sus correspondientes "chips", bien mediante la custodia en la "nube informática"; siendo el ciudadano el que toma la decisión de quién y cuándo accede a esa información clínica.

Si además el paciente tiene su confianza depositada en su médico y enfermero de APS, deben ser estos los gestores de sus diferentes contactos con los diferentes servicios y/o especialidades médicas, evitando algunas propuestas que al amparo de una supuesta y, en mi opinión, mal entendida disminución burocrática en APS, se encaminan a que el médico de APS

solicite una interconsulta al médico hospitalario y sea éste último, en el caso de considerar que su especialidad no le puede aportar beneficios al paciente, el que le gestione otros procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos sin el conocimiento de su médico de familia, que acabaría perdiendo ese papel de agente del paciente.

Si este procedimiento es básico en todo tipo de paciente que el médico de APS traslada al mundo hospitalario, es especialmente delicado y singular en los pacientes crónicos que habitualmente suelen estar polimedicados y donde la integración de las diferentes pautas terapéuticas debe quedar asegurada por aquel que convive más cercano al paciente.

El paciente crónico, en general, una vez diagnosticado y enfocado terapéuticamente suele él o sus cuidadores demandar información complementaria, referente a su estilo de vida más aconsejable: alimentación, ejercicio, relaciones sexuales, higiene, posibles efectos secundarios de los medicamentos, entre otros aspectos. En el campo de dar respuesta a esas demandas, personalmente sugiero dos abordajes posibles:

- el corporativo
- el personalizado

Entendiendo por el corporativo, el concepto de calidad que se mencionaba al inicio de este texto. Es decir, el resultado de trasladar información corporativa a la red, diseñada y definida conjuntamente entre profesionales de ambos niveles para una serie de patologías prevalentes con unas guías consensuadas de cuidados, facilitando rigurosa información médica y de cuidados, acreditada por entidades de prestigio, que amplíen la información sobre el manejo de fármacos (dosis/efectos secundarios/interacciones) y que incorporen valor para que el paciente crónico y su familia entiendan, comprendan y acepten la no curación de su proceso y la necesidad de convivir sus próximos años con "amigable enfermedad", facilitando una interactividad que les genere confianza de que el sanitario especialista de APS y el sanitario especialista hospitalario coinciden y comparten el cómo y el cuándo actuar.

El abordaje personalizado, el que individualmente se le debe proporcionar, debería recaer y tener un mayor protagonismo en el personal de enfermería de APS, que debería ser la gestora del proceso y el enlace entre

su hospital y su centro de salud, que evite tratamientos esporádicos en los dos niveles asistenciales e integre entre sus actividades el ser promotor del autocuidado de ese paciente crónico y el "consejero" de las dudas del paciente y su familia.

El hospital debería en sus estrategias de abordaje frente al paciente crónico facilitar con más facilidad y frecuencia a los sanitarios de APS, responsables de ese paciente, alternativas a la hospitalización convencional, con la intensificación en el uso, por ejemplo, de los hospitales de día y las consultas de alta resolución, que además evitarían ingresos por "recaídas" en sus procesos.

Uno de los procedimientos hospitalarios a desarrollar pasa por conseguir con el menor número de visitas el máximo de actividades coordinadas, minimizando actuaciones esporádicas de uno u otro tipo de médico hospitalario; por lo que se debe caminar a una organización de procesos diferente, como pueda ser la existencia de un médico personal hospitalario, preferentemente especialista en Medicina Interna, que coordine la posible interactuación de otros médicos hospitalarios, ya que los pacientes crónicos suelen acompañarse, en muchos casos, de pluripatologías e integre toda la información clínica para su médico y enfermero de APS.

A modo de ejemplo, en el abordaje del paciente con insuficiencia respiratoria crónica, estancias sin pernoctar en el hospital de día pueden mejorar la calidad de vida del paciente y mantenerlo en su entorno comunitario.

En el manejo clínico del paciente crónico sería aconsejable facilitar un mayor acceso a pruebas de diagnóstico por imagen al médico de APS que permitan un control y dé mayor calidad, evitando consultas sucesivas del médico hospitalario, por ejemplo la ecocardiografía en el manejo de la insuficiencia cardíaca o la RNM en deterioros cognitivos.

La telemedicina, en su sentido más amplio (interconsultas a distancia, telemetría, teleelectrocardiografía), es una técnica cada vez más potente, dirigida a un mayor contacto entre el paciente y sus sanitarios de APS y de estos con sus compañeros hospitalarios.

Lo que hoy puede sernos útil y válido es probable que mañana nos quede desfasado por lo que también creo que se deben abrir conjuntamente entre APS y el hospital vías de financiación pública y/o privada que

permitan investigar en las mejoras de atención integral del paciente crónico en el sistema sanitario, facilitando conocimiento e innovación tanto en APS como en el hospital.

Finalmente, quisiera señalar que en el abordaje de estrategias de futuro a la atención de pacientes crónicos es probable que haya que diseñar conjuntamente los planes de eficacia y mejoras de atención sanitaria con los planes sectoriales de servicios sociales. Las posibles soluciones no pueden pasar exclusivamente por mejorar los sistemas de información y los cuidados sanitarios, sino que hay que introducir a otros agentes, especialmente a los proveedores de cuidados sociales.

Gracias a la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria por haberme permitido compartir estas reflexiones sobre las posibles mejoras en la atención de los pacientes crónicos.

# El hospital que necesita la Atención Primaria

**José Manuel Liendo Barquín**

*Director Gerente de la Gerencia de Atención Primaria de las Áreas I, III y IV del Servicio Cántabro de Salud*

El hospital que necesita la Atención Primaria creo que debería responder a una organización accesible, colaboradora y facilitadora de la continuidad asistencial. También la Atención Primaria que necesita el hospital debería responder a esas mismas características, añadiendo una más: Y con alto poder de resolución.

Es un tópico en el Sistema Nacional de Salud español, desde hace muchos años, la falta o los problemas de coordinación entre niveles (últimamente hay que añadir la sostenibilidad del sistema y la falta de profesionales). La persistencia del problema se debe indudablemente a su complejidad, porque la existencia de talento y experiencia generosamente distribuidos en el sistema sanitario, en teoría, deberían haber provocado el desarrollo de soluciones efectivas.

El modelo actual bigerencial (AP y AH, por separado), fruto de una cultura de poder asimétrico, hospitalocentrista, se ha demostrado incapaz para acometer la reforma necesaria de la organización y de la gestión de los servicios sanitarios, para dar respuesta a las nuevas necesidades (y yo diría que tampoco a las antiguas), ni a las demandas y las expectativas de la población.

Me alineo con los que piensan que el área única ó integrada (AU) es un instrumento, no diré que el único, para organizar racionalmente y articular el conjunto de centros, servicios y profesionales que deben coordinarse entre sí para dar respuestas integradas a las necesidades actuales. En el AU se debería disponer de infraestructuras organizativas basadas en las tecnologías de la comunicación para que la "información siga al paciente" (historia clínica, receta electrónica, citación y gestión de agendas), como instrumento vertebrador de la misma. Con AU quiero decir que la AP y la

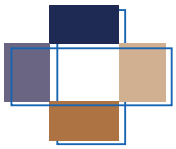
AH deben estar bajo la misma dirección y con los mismos objetivos, por pensar que aquella es un entorno facilitador de las rutas asistenciales.

Así, los objetivos deberían estar orientados a evitar duplicidades y errores en los diagnósticos y en los tratamientos, con consecuencias graves para la seguridad de los pacientes con costes redundantes. A prestar el servicio en el mejor momento y en el lugar más adecuado en la cadena de cuidados. A mejorar la satisfacción por el ejercicio profesional y de los propios pacientes. Cuya percepción es la de un funcionamiento de los servicios sanitarios como una serie de compartimientos estancos con trabas y barreras administrativas que conllevan incómodas esperas. En definitiva, se debe perseguir que al paciente le pase desapercibida la división en niveles para así recibir los cuidados por los profesionales apropiados, en tiempo adecuado, y en el lugar más cercano posible a su entorno familiar.

A pesar de que nuestro sector es muy dado a incorporar novedades/modas y abandonarlas sin tiempo suficiente de desarrollo ni evaluación, soy partidario de pecar por acción, porque los pecados por omisión, ¿dónde nos han llevado? Es verdad que no se trata de abordar el problema de la integración de niveles únicamente mediante soluciones de ingeniería organizativa (tipo la famosa "gerencia única"), porque puede formar parte de las cosas que funcionan bien en el *powerpoint* pero muy mal en la realidad. En ocasiones sólo ha servido para la extinción de las gerencias de AP, sin haber profundizado en la integración asistencial.

Como es sobradamente conocido, ni la titularidad única de los recursos sanitarios es garantía de la coordinación entre niveles, ni la integración de las estructuras directivas garantiza la integración asistencial. Demasiado simple para un reto muy complejo. Esto es sólo la retórica de la integración, no es la integración. La integración debería contribuir a eliminar duplicidades, a disminuir la variabilidad en la práctica clínica, a mejorar los rendimientos y a favorecer la aplicación de incentivos a la eficiencia: ¿Quién hace qué cosa y dónde?

Serían necesarias dos condiciones para llevar a cabo el AU: La distribución del presupuesto per cápita y la financiación por resolución de problemas en el nivel adecuado. Situándose las estrategias para mejorar la coordi-



nación asistencial en el terreno de la gestión clínica y de la organización asistencial.

Como elementos que influyen sobre los resultados en la coordinación y continuidad citaré algunos: la visión compartida y los objetivos y estrategias globales para la red; la cultura y el liderazgo orientado a la integración; la estructura organizativa basada en la coordinación del proceso asistencial; la asignación de recursos mediante fórmulas que incentiven la coordinación y la eficiencia, como los mecanismos de financiamiento per cápita y por resolución de problemas en el nivel y con los recursos adecuados.

Con el AU se pretendería: 1. Aumentar la calidad de los servicios, incluyendo la aparente (hacer lo que se tiene que hacer, en el momento adecuado y por el profesional apropiado, y que el paciente no sepa en qué nivel está). 2. Implicar a los profesionales en la organización y gestión con riesgo, estableciendo un sistema de incentivos profesionales a la calidad y la eficiencia. 3. Realizar una atención integrada, especialmente de las patologías crónicas. Con un nuevo enfoque en la atención a la cronicidad en AP, en coordinación con la AH en la atención a los crónicos descompensados y/o complejos. Con la participación de la enfermería en los controles de pacientes con procesos crónicos, en la recogida de resultados y en el manejo de enfermedades agudas de baja complejidad. Como gestora de casos o enfermera de enlace.

En fin, innovar es siempre, en buena medida, y en este caso en particular, organizarse para hacer acertadamente las cosas correctas.

Hacer real la integración formal existente en la mayor parte de las organizaciones sanitarias constituye una buena estrategia que debería apoyarse, además de en la financiación capitativa de base territorial, en las tecnologías de la información y de la comunicación para la integración de los sistemas de información, en la gestión de enfermedades y, finalmente, apoyarse en una Atención Primaria fuerte y resolutiva.

La organización de los servicios de salud condiciona las características de la interrelación AP-AH. Por eso, la integración de servicios y la atención compartida para algunos problemas de salud pueden ayudar a ser más eficientes y a mejorar los resultados de la atención.

Con una interrelación con el hospital nueva, haciendo del especialista un interconsultor del médico de familia, habilitando la interconsulta telefónica o por correo electrónico, apostando decididamente por la telemedicina, etc. Pudiendo llegar a una interrelación entre iguales: Atención Primaria y Atención Hospitalaria trabajando en un mismo proceso. Así, la Atención Primaria se convertirá en el hilo conductor permanente de los procesos asistenciales, con alto poder de resolución, que presta una atención integral y continua, accesible y de calidad.

Como existen evidencias sólidas respecto a que los enfoques pro-integración muestran resultados positivos en bastantes ámbitos, estaría bien el pilotaje de experiencias de integración, con la introducción de una verdadera gestión por procesos, apoyándose en las TIC por ser favorecedoras de la integración clínica (historia clínica electrónica única o compartida). Siendo, en todo caso, pacientes en la implantación y más en la obtención de resultados mensurables y de satisfacción del paciente.

Defiendo la integración para buscar la eficiencia. Aunque la integración no es un objetivo en sí mismo, sólo lo es en la medida en que da respuesta, en sentido amplio, a las necesidades, demandas y expectativas de la población. De todos modos, si no acertamos, no estaremos peor que ahora y habremos demostrado que valor para el cambio no nos falta.

Soy partidario de empezar con proyectos pequeños, limitados. Evaluar si han mejorado la gestión y aumentado la eficiencia. Y, finalmente, si así fuera, extenderlos.

Deliberadamente, he dejado aparte la integración de los servicios sociales. Primero, coordinar AP y AH, y luego, cuando estemos más maduros, organizativamente hablando, podemos hacer *benchmarking* de la experiencia de atención integrada de Kaiser Permanente, en lo que de la cultura anglosajona podamos importar.

## Bibliografía


- Elola J. Gestión del Sistema Nacional de Salud, ¿se puede?, ¿se debe?, ¿cómo?. Rev Adm Sanit 2004;2(3):375-86.
- Repullo JR. Área única: en el filo del caos. (Tribuna de 4 de marzo de 2009).
- Belenes R. La coordinación entre niveles asistenciales: del discurso al proyecto transformador. RISAI 2008;1(2).
- Ortún V. Comentario a Bodenheimer T. Coordinating care –perilous journey through the health care system. New England J Med 2008;358:1064-71. Ges Clin 2008; 10(2):48.
- Peiró S. La derivación primaria especializada como problema y como síntoma. Ges Clin 2008;10(3): 84-8.
- García Olmos L. Cambios en la organización y demanda derivada. Seminario de innovación en Atención Primaria 2007. Cuarto Seminario (16 de noviembre).
- Pou-Bordoy J. et al. Gerencia única: una ilusión sin evidencia. Aten Primaria 2006;37(4):231-4.
- Gómez Marín J. Valoración del modelo de Gerencia Única desde Atención Primaria: Perspectivas. X Congreso de la SEDAP. Valladolid, 22 de noviembre de 2007.
- Jonay J. et al. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? Rev Adm Sanit. 2006;4(2):357-82.
- Oteo LA, Repullo JR. Innovación: contexto global y sanitario. Rev Adm Sanit 2005; 3 (2): 333-46.
- Vázquez M. et al. Organizaciones sanitarias integradas: Una guía para el análisis. Rev Esp Salud Pública 2005;79/6):633-43.
- Nuño R. Un breve recorrido por la Atención Integrada. Risai 2008; 1(2).
- Rosen R. y Ham C. Atención Integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia. Informe del Seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Bannister. RISAI 2008; 1(2).
- Nuño R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. Rev Adm Sanit. 2007; 5(2):283-92.
- Ibern P, Planas I. Todos queremos más, pero ¿de qué?. Gestión clínica y sanitaria. 2005; 7(4); 127-30.
- Gérvas J, Pérez M. La necesaria Atención Primaria en España. Gest Clin San 2008; 10 (1): 8-12.
- Gérvas J, Pérez M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. Gac Sanit 2006; 20 (Supl 3): 66-71.
- Casajuana J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. FMC 2005; 12: 579-81.
- Oteo LA, Repullo JR. Innovación: contexto global y sanitario. Rev Adm Sanit 2005; 3 (2): 333-46.
- MSC Instituto de Información Sanitaria – Subcomisión de Sistemas de Información del SNS – Acceso a solicitud directa por AP de pruebas diagnósticas del segundo nivel.
- Valdés P. Innovaciones organizativas en Atención Primaria: Líneas de futuro. Disponible en http://www.osatzen.com/documentos

# Del hospital al sistema sanitario del futuro

**Rocío Mosquera Álvarez[1], Eugenia Lado Lema[2] y Josefina Monteagudo Romero[3]**

*[1]Directora Gerente del Servicio Gallego de Salud, [2]Vicegerente del Servicio Gallego de Salud y [3]Jefe de Gabinete de la Consejería de Sanidad de Galicia*

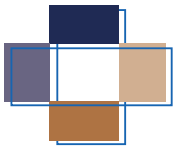
"A repensar lo pensado, a desaber lo sabido, y a dudar de su propia duda,
que es el único modo de empezar a creer en algo"
Antonio Machado

Tradicionalmente dentro de los sistemas sanitarios, el hospital estaba considerado como el lugar donde residía y se producía el conocimiento, donde se agrupaban los expertos, donde se disponía de los mejores medios y de la información más actualizada. Su consideración era proporcional al número de camas, al número de médicos, de especialidades y subespecialidades, de enfermeras, auxiliares y de celadores. Cuanto más grande y complejo, se le suponía más sabiduría.

Además, funcionaban como centros encerrados en sí mismos, en los que se gestionaban todos los servicios: lavandería, cocina, mantenimiento… Un viejo dinosaurio grande, pesado, difícil de manejar y con dificultades para adaptarse a las nuevas necesidades, para innovar. Este modelo de hospital pertenece al pasado y, posiblemente, no presenta ningún futuro.

Hoy un hospital, que aspire a permanecer en el futuro, es un organismo vivo, una organización compleja pero con capacidad para trabajar de forma eficaz y eficiente. Una organización que sabe aprovechar el potencial de sus profesionales, que fomenta el trabajo en equipo interdisciplinar, que interacciona con otras organizaciones e instituciones y que constituye una unidad funcional con Atención Primaria.

Entendemos que ésta es la única forma de dar adecuada respuesta a los retos que ya están ahí, y que se acentuarán en el futuro: una población cada vez más envejecida y con pluripatología, a la que cada vez más habrá



que prestar la atención que necesita en su domicilio, sea éste su casa o una institución residencial. Mientras, la Atención Hospitalaria se centra en los pacientes críticos (trasplantes, oncológicos, grandes lesionados) por una parte y a los tratamientos ambulatorios (cirugía mínimamente invasiva, tratamientos ambulatorios), por otra.

Otro gran reto es conseguir la implicación y el compromiso de un paciente cada vez más exigente y más demandante; un paciente con mayor acceso a la información, pero no siempre bien informado, sobre su enfermedad y las posibilidades que el sistema sanitario le puede ofrecer. La tecnología y el avance del conocimiento nos conducen a una Medicina más orientada a la prevención y a la promoción, en la que el ciudadano quiere que le garanticemos la salud y el bienestar, más predictiva (genómica y proteómica), y con tratamientos cada vez más personalizados.

Desde hace unos años las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) permiten disponer y compartir en todos los niveles de la organización y con todos los profesionales, toda la información de los pacientes a través de la historia clínica electrónica (HCE). Este avance ha permitido borrar los muros del hospital, al hacer accesible la información (toda la información, incluidas pruebas radiológicas, desde las más simples a las más complejas e independientemente de quien las haya solicitado, analíticas, EKG…) a todos los profesionales que puedan tener que atender a un paciente en cualquier circunstancia y en cualquier nivel asistencial.

También permite avanzar en la organización del trabajo, hacer las cosas de otra manera: trabajar por procesos, con protocolos, vías y guías clínicas, comunes a toda la organización con un único objetivo: hacer aquello que aporte valor al paciente. No tendrá sentido realizar más actividad, ni más consultas, ni más determinaciones analíticas, ni más exploraciones de cualquier tipo, si no le aportan algún beneficio al paciente. Para ello, la organización deberá madurar y adquirir nuevos hábitos de trabajo: no se trata de hacer más, se trata de hacer lo necesario, evitando lo innecesario (disminuyendo la variabilidad clínica) y haciendo sólo aquello que aporte valor al paciente y al sistema.

Del mismo modo que la interdisciplinariedad permite potenciar el conocimiento; las alianzas con distintos agentes e instituciones y, cómo no,

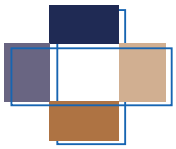
con el sector tecnológico harán posible el óptimo aprovechamiento de los avances tecnológicos. No se entendería un hospital de futuro que no incorpore los beneficios que la tecnología pueda aportar en el cuidado de la salud y que no aproveche las alianzas con los proveedores tecnológicos para hacerlo de manera más eficaz y eficiente.

Por otra parte, la situación económica actual y el previsible futuro, nos obligará a buscar nuevas fórmulas de colaboración y gestión que posibiliten independizar la incorporación y renovación de la tecnología y las infraestructuras del ciclo económico. Es imprescindible establecer colaboraciones y relaciones a largo plazo con los proveedores privados que permitan un compromiso real para conseguirlo.

Pero el principal activo y valor de las organizaciones sanitarias, del hospital del presente y del futuro, son los profesionales. Es el momento del trabajo en equipo multidisciplinar, de que el profesional excelente lo sea trabajando en equipo, de que los buenos resultados sean el fruto de la integración de esfuerzos y de aportaciones de todos. Los profesionales tenemos que organizarnos en torno al paciente, para prestarle la atención que necesita a lo largo de todo su proceso asistencial. En esta nueva organización del trabajo el proceso empieza y termina en Primaria, aunque en él participen profesionales de distintas especialidades. Y no debemos olvidar que el paciente es parte activa en este proceso, con el que tenemos que establecer una alianza terapéutica, fundamental para el éxito de cualquier tratamiento.

Esta alianza es y será todavía más importante de cara al futuro y a las soluciones de hospitalización domiciliaria. Esto depende de un cambio en las funciones de los profesionales para dispensar cuidados y de una solución de comunicación que dé soporte y confianza al paciente. Pero también de que el paciente asuma un nuevo papel y se responsabilice de su enfermedad y de sus cuidados, sacando el mejor partido a la disponibilidad de medios tecnológicos (acceso a un teléfono de contacto único con la enfermera o el médico responsable). El contacto personal es crítico en la relación médico/paciente, pero se pueden establecer contactos por otros canales sin perder la "humanización de los actos médicos".

Este nuevo paradigma asistencial exige cambios organizativos estructurales, en los que se redefinan los roles que jugarán los profesionales sanita-



rios independientemente de su procedencia. Estamos ante una revolución organizativa que por otro lado se señala como una necesidad crítica a la que tenemos que enfrentarnos. El futuro no depende de la creación de nuevos servicios que convivan con los servicios actuales, se trata de encontrar una solución transversal que pivote sobre Primaria, con un papel relevante de la enfermería, y de la que también formen parte los especialistas hospitalarios.

Este cambio organizativo no será posible sin un cambio del rol del directivo. Esta macroorganización con equipos directivos de Primaria y Hospitalaria, en la que el "equipo directivo" es el centro y a veces la razón misma de toda la organización, en la que la figura del gerente controlador y todopoderoso ensombrece al propio equipo, debe cambiar. La organización debe ser cada vez más horizontal, más transversal, en definitiva, más reticular. La nueva organización constará de unidades funcionales (unidades de gestión clínica), en las que se integran los profesionales, con capacidad de decisión en los temas que les afecten, incluido el gasto que generan. El papel del gerente en este nuevo sistema debe ser de facilitador y soporte, pues cada unidad debe tener autonomía, respetando siempre las reglas de juego acordadas, incluidas la valoración de resultados y responsabilidades.

Esta nueva organización no tiene garantía de futuro si no nos dotamos de un sistema retributivo más justo. Sin duda es imprescindible conseguir el pago por los resultados obtenidos, si bien es necesario garantizarles a los profesionales estabilidad profesional y un entorno de trabajo que les permita realizar una práctica clínica adecuada. También debemos tener presente la feminización de la Sanidad y los nuevos roles sociales de los trabajadores sanitarios que incorporarán, sin duda, otra manera de hacer las cosas.

Todo esto refuerza la idea de que hablar de hospital es algo del pasado, el futuro debe basarse en una organización sanitaria más abierta, más flexible y más horizontal en la que se superen las barreras que separan los distintos niveles de atención, los distintos servicios clínicos basados en las especialidades médicas, los distintos papeles entre profesionales. En definitiva, que el lugar físico deje de ser determinante en la atención al paciente, y que ésta se adapte a las necesidades cambiantes del paciente, ciudadano y a la disponibilidad de medios, tanto humanos como tecnológicos o materiales.

Con esta visión en el Servicio Gallego de Salud hemos elaborado una hoja de ruta, la Estrategia Sergas 2014, que contiene nuestros principales objetivos, y las líneas de actuación para alcanzarlos. Dentro de ellas, destaca la apuesta por la gestión integrada, la gestión clínica y la gestión por procesos. Para lo que consideramos como herramientas imprescindibles la extensión de la historia clínica y receta electrónica a todo el sistema.

Además, con el objetivo de implicar a los ciudadanos y pacientes, y facilitar su participación, hemos puesto en marcha la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos, verdadero punto de encuentro de profesionales, asociaciones y pacientes.

Otras iniciativas recientes están dirigidas a la atención de pacientes crónicos y polimedicados, en las que de nuevo juegan un papel fundamental los profesionales de enfermería.

En esta estrategia está siempre presente el compromiso con la gestión rigurosa y eficiente como elemento imprescindible para mantener la solvencia y sostenibilidad futura de nuestro sistema sanitario público. En este sentido nuestras iniciativas están dirigidas a detectar ineficiencias y gastos prescindibles para garantizar las prestaciones sanitarias actuales con el nivel de seguridad y calidad adecuadas.

Somos conscientes de que todos estos cambios y transformaciones sólo serán posibles contando con la implicación y complicidad de los profesionales, aunque no es menos cierto que debemos afrontar el gran reto de implantar un nuevo modelo de desarrollo profesional y una modificación profunda del sistema retributivo.

En la actualidad y, en mayor medida en el futuro, el sistema sanitario no sólo será una organización prestadora de servicios sanitarios, sino también un lugar en el que se realizan actividades de docencia y de generación de conocimiento, de investigación e innovación. Por ello, todos los agentes debemos ser conscientes de que el futuro depende de nuestras decisiones de hoy. Todos somos responsables de superar los retos que nos conduzcan al sistema sanitario del futuro.

# El Hospital del futuro

**Vicente Pastor Navarro**
*Gerente del Departamento Doctor Peset de Valencia*

Hablar del hospital del futuro no es otra cosa que hablar del hospital que quisiéramos para hoy. Intentar vislumbrar como será el hospital de dentro de unas décadas, no es otra cosa que definir y describir cómo deberían ser y funcionar nuestros hospitales de hoy. Los cambios sociales, económicos, científicos y de todo tipo a los que se ven sometidas las sociedades modernas, se producen con tal rapidez que definir cómo deben ser las estructuras del futuro se convierte en definir qué cambios debemos ir introduciendo en nuestra realidad actual para que sigan dando la respuesta requerida.

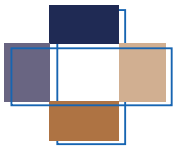
Por otro lado, hablar del hospital del futuro sin tener en cuenta el resto de estructuras del sistema sanitario y otras estructuras ajenas al sistema es un error con mayúsculas que no nos podemos permitir sin poner en peligro la viabilidad y sostenibilidad del sistema. Alcanzar mayores cotas de salud en la población es un reto continuo de los responsables políticos que no se consigue sólo con inversiones sanitarias. Invertir sólo en hacer más hospitales y en hacerlos tecnológicamente más punteros sirve para curar más y mejor, evitar muertes evitables y complicaciones innecesarias y, en definitiva, tratar precozmente y mejor al ciudadano enfermo para restituir su salud y/o tratar sus secuelas y cronicidades; pero toda esta inversión no tiene efecto en aquello que realmente hace más rentable y sostenible al sistema sanitario, que no es otra cosa que la prevención y promoción de la salud. Nuevamente se hace necesario traer a colación, y ahora más que nunca, el sabio dicho de "más vale prevenir que curar" y, en un sentido estrictamente económico, "vale menos o cuesta menos prevenir que curar". Curar es caro y cada vez más.

Ningún responsable sanitario cuestiona desde hace ya varias décadas que el pilar básico de cualquier sistema sanitario debe residir en una Aten-

ción Primaria potente y bien desarrollada. De igual forma, todos coincidimos en que cualquier modelo de viabilidad y sostenibilidad del sistema sanitario debe incluir entre sus ingredientes una Atención Primaria más resolutiva, menos dependiente de la Atención Especializada y más orientada a la prevención y promoción de la salud.

La mayor expectativa de vida y el consecuente envejecimiento de la población, unido a la creciente demanda social de atención sanitaria y mayor exigencia e información del ciudadano anciano y su familia y, por otro lado, la ampliación constante de las indicaciones quirúrgicas y terapéuticas en pacientes de edad avanzada, han producido en las dos últimas décadas un cambio progresivo y radical del perfil de usuario del sistema sanitario y, especialmente, del paciente hospitalario. Por otro lado, con una frecuencia creciente, nos encontramos con pacientes ancianos y/o pluripatológicos que ingresan en nuestros hospitales por descompensaciones de sus patologías crónicas y que utilizan nuestros servicios de urgencias hospitalarios como casi único recurso sanitario, careciendo de un soporte familiar y una Atención Primaria y Especializada que anticipe y evite las descompensaciones y los ingresos subsiguientes. De igual forma y también con carácter creciente, cada vez es más frecuente que pacientes ancianos-pluripatológicos que precisan únicamente cuidados intermedios o simplemente cuidados propios de un cuidador debidamente adiestrado, ingresen en nuestros hospitales por falta de alternativas y/o prolonguen sus estancias innecesariamente con las debidas consecuencias iatrogénicas y económicas.

En la última década, estamos asistiendo a la expansión y consolidación de la tecnología de la información y comunicación en el ámbito sanitario. Casi sin darnos cuenta hemos pasado de una forma de hacer las cosas a otra forma totalmente distinta para la que todavía no estamos preparados del todo. La organización de los circuitos asistenciales, el control del abastecimiento, suministro y consumo, la gestión de recursos humanos, la interrelación entre servicios o el control de gestión son algunos ejemplos de aspectos del día a día de cualquier hospital de hoy, que nada tiene que ver con cualquier hospital de tan sólo hace 10 años. Sin embargo, todos estos cambios introducidos por la informatización sanitaria se producen a tal velocidad que a la "organización" le resulta difícil imple-



mentarlos, consolidarlos y rentabilizarlos. Por otro lado, se detecta la tendencia a generar necesidades de introducción de nuevas TIC de más que dudosa viabilidad y/o rentabilidad, con la casi única argumentación de que tecnológicamente es posible y, tenemos que tener siempre presente que no todo lo que es posible es necesario ni añade valor alguno.

La creciente e imparable super-especialización de la Medicina, exigencia de los avances tecnológicos y científicos del ámbito sanitario, es otro factor que condiciona la estructura y organización hospitalaria. Por razones obvias, no todos los hospitales pueden disponer de todas las técnicas y especialidades y, en un entorno de limitación de recursos, las tensiones entre profesionales y las diferencias de accesibilidad que este factor introduce deben ser corregidas con el uso de TIC (telemedicina) y cambios organizativos que incluyan aproximación de los recursos a la población atendida.

El hospital del futuro, el hospital que ya necesitamos, es un hospital cuya estructura y organización se oriente fundamentalmente al tratamiento de procesos médicos y quirúrgicos de patologías fundamentalmente agudas que requieran hospitalización y a la atención de pacientes crónicos, pluripatológicos, paliativos y convalecientes en régimen ambulatorio y/o domiciliario en estrecha colaboración e interrelación con la Atención Primaria.

Necesitamos introducir y/o potenciar dispositivos ya existentes, que sean alternativas a la hospitalización convencional y que den una respuesta más eficiente a los cambios referidos en los párrafos previos.

Se precisa incrementar las plazas de hospital de día, bien sea como servicio único (hospital de día polivalente) o diversificado (hospital de día onco-hematológico, hospital de día médico, hospital de día quirúrgico). De igual forma, debe cambiar la organización y gestión de estos hospitales de día asumiendo actividad no solamente programada sino también a demanda de cualquier punto del sistema, incluyendo AP, y de cualquier profesional sanitario, con una cartera de servicios amplia y unos protocolos bien consensuados. El profesional clave es, sin duda, enfermería y todos los servicios susceptibles de remitir pacientes son proveedores de agendas previamente definidas. Debería plantearse, como alternativa al hospital de día

convencional, el disponer de plazas de hospital de día "periféricas" ubicadas en centros de salud integrados, con una cartera de servicios adaptada y atendidas por equipos multidisciplinarios.

La hospitalización a domicilio debe incrementar sus plazas acorde a la realidad de pacientes que pueden ser subsidiarios de recibir sus servicios. La cartera de servicios de esta modalidad de hospitalización deberá incrementarse a medida que se desarrollen e implanten tecnologías de telemonitorización y telemedicina que, a su vez, permitirán la incorporación progresiva de los distintos servicios médicos y quirúrgicos a esta modalidad de atención, de tal forma que la hospitalización a domicilio se convierta en una actividad más de cualquier servicio hospitalario al margen de mantener una estructura propia que centralice y coordine la atención a domicilio.

Las unidades médicas de corta estancia deben consolidarse, ganar protagonismo y peso específico dentro del hospital, al mismo tiempo que debieran abrirse a la Atención Primaria como proveedor de servicios directamente derivados desde este nivel asistencial. De igual forma, los servicios quirúrgicos deben permitir que los pacientes con patologías crónicas, pluripatológicos y polimedicados, que ingresan por procedimientos quirúrgicos, lo sean a cargo de servicios médicos a fin de evitar descompensaciones y complicaciones evitables. En esta misma línea, los servicios quirúrgicos deben potenciar y ampliar las indicaciones de Cirugía mayor ambulatoria, evitando ingresos innecesarios.

La creciente demanda de Medicina Paliativa, la problemática social que acompaña a muchos pacientes y la carencia de soporte familiar en otros son factores que condicionan de manera importante la gestión diaria de nuestros hospitales. Cada vez es mayor el número de pacientes ingresados en todos los servicios, sin excepción, que pertenecen a estos grupos referidos anteriormente, a la espera de una plaza en un hospital de media y larga estancia o una residencia. Son pacientes de baja complejidad que al permanecer hospitalizados en unidades de agudos contribuyen a empeorar nuestra eficiencia. Esta situación justifica la necesidad de disponer de un número de plazas específicas, adaptadas a la casuística de cada hospital, destinadas a cuidados intermedios de estos pacientes, a la espera de su destino definitivo.

En definitiva, la hospitalización es un proceso caro y no deseable. Ningún ciudadano desea estar ingresado y, en caso de estarlo, desea volver cuanto antes a su casa. La Atención Especializada del presente y del futuro debe adaptarse a esta realidad potenciando todas las alternativas posibles a la hospitalización convencional, en estrecha colaboración con la Atención Primaria y muy especialmente en la identificación, control y seguimiento del paciente crónico.

# Hospital del futuro

**Julián Pérez Gil**
*Director General de Osakidetza*

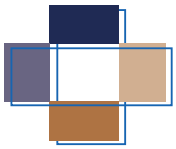
El Hospital del futuro no se entiende como un dispositivo asistencial aislado o con una relación puntual con la Atención Primaria. Los hospitales no han tenido una relación estrecha y continuada con la Atención Primaria incluso cuando se establecen gerencias únicas de área. Esto es así porque no se resuelven los problemas de integración y ni siquiera de coordinación asistencial, con cambios de organigrama.

El hospital del futuro será un dispositivo asistencial más de la integración asistencial. Éste es uno de los aspectos principales para la mejora asistencial futura, entendiendo por ésta, la mejora de la eficiencia, la mejora de la calidad y la seguridad y la mejora de la atención al paciente crónico.

En este hospital futuro ha de primar más la parte ambulatoria y el trabajo realizado con el paciente fuera del mismo y la hospitalización ha de considerarse un dispositivo a utilizar cuando fracasan las otras vías.

La coordinación entre niveles asistenciales es una preocupación presente en los sucesivos planes estratégicos y de gestión de todos los sistemas de salud occidentales. La emergencia de las enfermedades crónicas como uno de los grandes desafíos para nuestro sistema sanitario hace más presente que nunca la necesidad de profundizar en estrategias que mejoren la coordinación asistencial y la integración de niveles.

Desde los años 90, con el desarrollo de la reforma sanitaria nuestro sistema sanitario ha ido desarrollando un modelo asistencial compartimentado en dos niveles bien diferenciados, que trabajan sobre escenarios epidemiológicos diferentes con objetivos diferentes. En la práctica, esta organización de provisión de cuidados se ha traducido en un modelo fragmentado e ineficiente para conseguir uno de los grandes objetivos del sistema: la continuidad asistencial, especialmente necesaria en la atención a la cronicidad.



Para dar respuesta a este problema, se han ido desarrollando nuevas formas de organización de la provisión de cuidados y entre ellas, en nuestro ámbito, cabe destacar las gerencias únicas de área y las organizaciones sanitarias integradas. En el origen de las propuestas de estas nuevas formas de organización se puede destacar la necesidad de desarrollar escenarios de colaboración entre los dos niveles asistenciales para la accesibilidad, la continuidad y la integralidad de la asistencia incorporando en este sentido estrategias para mejorar la atención sociosanitaria.

Más allá de posibles cambios estructurales y de organización, es necesario cambiar el modelo de relación entre especialistas de Atención Primaria y los especialistas del hospital. Un modelo que actualmente está fuertemente condicionado por dos variables independientes:

En primer lugar, por la tradicional posición predominante del nivel especializado que condiciona el recelo de los profesionales de Atención Primaria. Desde la posición de estos resulta difícil coordinarse con quien presupone un mayor control técnico de los problemas de salud de los pacientes, sin reconocer en el nivel de AP una función más allá de la contención de la demanda.

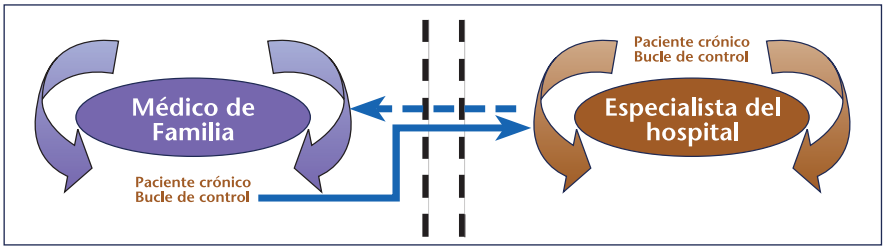
En segundo lugar, por la pertenencia de unos y otros a organizaciones con fines y objetivos asistenciales diferentes. Esta situación se traduce en la falta de un sentimiento de corresponsabilidad en la gestión de los recursos, pero sobre todo en la fragmentación del concepto de integración de cuidados o, si se prefiere de la continuidad asistencial.

- En AP la misión es atender a los pacientes mientras la capacidad de resolución de la AP pueda con los problemas de salud del paciente. Cuando esta capacidad se sobrepasa, el paciente es enviado a otro nivel que lo recibe como si se tratase de la primera vez que acude a los servicios sanitarios. En esta lógica asistencial, aunque en teoría el médico de familia tenga la función de agente informado y la responsabilidad del proceso asistencial de sus pacientes, y sobre todo cuando se trata de consultas externas, en muchas ocasiones se utiliza la capacidad de envío al nivel especializado más como una derivación "para que se resuelva", que como una consulta a un referente "para el apoyo en la resolución". Ni los objetivos de lista de espera del nivel es-

pecializado ni la calidad de la derivación constituyen objetivos como tales, explicitados en los contratos de gestión clínica del nivel de AP.

- En el hospital, este paciente es atendido por sus problemas de salud y en muchas ocasiones, sobre todo en el caso de enfermedades crónicas, es atendido de forma continuada en las consultas externas del hospital. En no pocas ocasiones este seguimiento se convierte en ineficiente cuando menos porque podría ser efectuado en el nivel de AP. La orientación hacia la productividad como objetivo del nivel especializado condiciona en parte este comportamiento. Además, dado que no se le da de alta, la información que se remite a su médico de familia es escasa cuando no inexistente. Por otra parte, los objetivos de AP tanto en actividades preventivas como en las asistenciales o en la prescripción de calidad no son conocidos por el nivel especializado y, como es obvio, no forman parte de los objetivos de ese nivel.

**Figura 1. Escenario actual. Dos circuitos asistenciales independientes y escasamente complementarios. Objetivos asistenciales no complementarios**




De esta forma el paciente es atendido en dos circuitos asistenciales casi independientes con redundancia de cuidados y la relación entre los profesionales de los dos niveles se limita en el mejor de los casos a la comunicación de escasos aspectos asistenciales (Fig 1). Para muchos pacientes el especialista ejerce un papel cercano al de "especialista de cabecera" del paciente lo que dificulta y complica la integración de cuidados, cuyas consecuencias son:

- Errores en el diagnóstico y tratamiento.
- Percepción negativa por parte de los pacientes.
- Las intervenciones en cada nivel y las transacciones dejan de ser transparentes.

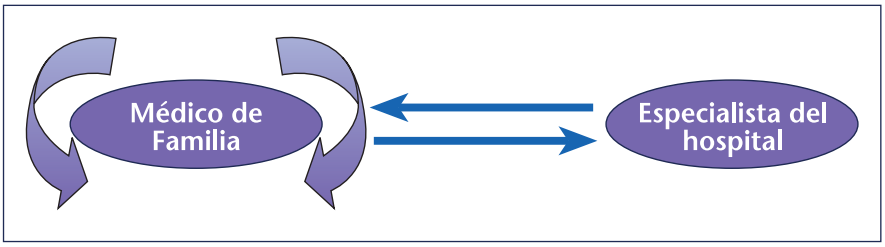
Sobre este modelo de relaciones, otro tipo de factores contribuyen aún más a fragmentar la continuidad asistencial:

- Una demanda asistencial creciente.
- Escasa información clínica compartida. Falta una herramienta para la gestión de la información asistencial única y polivalente. (Historia clínica).
- Criterios de actuación no uniformes.
- Desconocimiento mutuo de las dos realidades asistenciales que se derivan de escenarios epidemiológicos distintos y que requieren competencias y habilidades adaptadas a los mismos.

La interacción de todos estos factores empeora un escenario asistencial ineficiente y no deseable, ni para el sistema sanitario público ni, sobre todo, para los pacientes, especialmente para los pacientes crónicos, para los que el proceso asistencial pierde valor por las deficiencias en la coordinación entre los dos niveles. Es por ello necesario introducir mejoras en la integración asistencial que solucionen los problemas derivados de la fragmentación de los servicios asistenciales. Mejoras que tienen que provenir de un abordaje multifactorial en el que un cambio estructural sin más no supondrá una mejora sustancial en la coordinación del proceso asistencial.

Desde este modelo compartimentado se hace necesario avanzar hacia un modelo de relaciones entre iguales con diferentes misiones dentro de **un único compartimiento asistencial** (Fig 2).

**Figura 2. Escenario deseable; un solo compartimento asistencial. Objetivos asistenciales comunes**

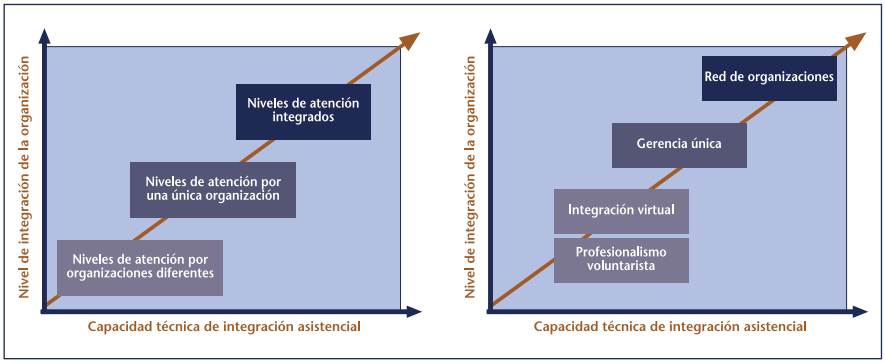



Este modelo debe ir necesariamente mas allá de las posibilidades de coordinación alrededor de un proceso asistencial concreto. Este enfoque se

queda de alguna manera "corto". Si bien es útil para evidenciar problemas puntuales de coordinación, los acuerdos a los que se acostumbra llegar mediante protocolos pactados de actuación tienden a ser breves en el tiempo y de naturaleza limitada al proceso asistencial - problema de salud - concreto que se aborda, cuando no a una pequeña parte de ese proceso asistencial.

Desde la perspectiva de que el propósito de cualquier sistema sanitario público persigue de forma permanente organizar sus recursos de la mejor manera posible para satisfacer de forma eficiente y con equidad las necesidades de salud de los ciudadanos, la integración de niveles se plantea como una fórmula que permita superar las ineficiencias de un modelo fragmentado. Se plantea también como un escenario que facilite a los profesionales que toman las decisiones asistenciales el trabajo conjunto para optimizar tanto la utilización de los recursos como las habilidades y capacidades de cada uno de los actores del proceso asistencial[1].

**Figura 3. Alternativas de integración**




Las alternativas de integración no pasan necesariamente por introducir un cambio estructural en la provisión de asistencia sanitaria (Fig 3). Este cambio estructural podrá aportar valor en la medida en que sea capaz de cambiar el enfoque desde la resolución de las interfases **entre los dos niveles** asistenciales hacia la resolución de las interfases **del proceso asistencial**. Dicho de otra forma, se trata de pasar de solucionar problemas de funcionamiento entre niveles - que afectan a los pacientes - a solucionar los

problemas asistenciales de pacientes situando a estos como clientes de un proceso asistencial que se contempla como un continuo, sin diferenciación de estructuras asistenciales. Se trata por tanto de cambiar el enfoque de cliente externo desde "el profesional del otro nivel" al "paciente". En este modelo, el profesional del otro nivel es un cliente interno más de la organización.

La opción de integrar dos organizaciones diferentes bajo el paraguas de una integración funcional con el horizonte de objetivos comunes, aunque posible, no parece suficientemente potente como estrategia debida a la fractura que más allá de la fragmentación caracteriza en muchas ocasiones al actual modelo de relaciones. El desarrollo en la práctica del "especialista de cabecera", la superposición de pruebas de diagnóstico y de tratamientos, el problema de la "prescripción inducida", y los problemas de accesibilidad que se traducen en listas de espera son ejemplos de la actual disfunción entre los niveles asistenciales.

Por otra parte, hay que destacar que el cambio estructural, es decir, la simple suma de organizaciones no supone ningún avance. La integración y coordinación asistencial es un problema complejo que requiere de un abordaje multifactorial y, como se expone más adelante, el desarrollo simultáneo de varias líneas de actuación. Esta multiplicidad de acciones es, al menos a priori, más fácil de impulsar y desarrollar desde una única dirección.

Desde el énfasis en la actividad, que ha caracterizado al nivel hospitalario y que está en la génesis de la expansión de las estructuras hospitalarias hacia actividades propias del nivel de Atención Primaria, conviene pasar a centrar la organización de los recursos de acuerdo con las necesidades de salud, proporcionando asistencia sanitaria adecuada a la necesidad y persiguiendo constantemente la autonomía de las personas en el cuidado de su salud.

El nivel de Atención Primaria tiene que retomar la responsabilidad del proceso asistencial y en este sentido la asistencia sanitaria al paciente crónico debe de proporcionarse en el lugar más cercano al domicilio y al entorno social del paciente. Esto significa desarrollar una nueva forma de organizar los servicios asistenciales bajo la fórmula de la colaboración y de la interdependencia de los profesionales y servicios asistenciales.

El hospital ya no es un edificio concreto sino que se convierte en el futuro en una organización sanitaria integrada que atiende las necesidades asistenciales de una población determinada. LLamemosle hospital virtual, "minisistema" de salud o como queramos, pero ya no será un edificio sino unos profesionales, una población, unos equipamientos y unos medios tecnológicos puestos en común para un mismo fin que es mejorar la salud y no sólo prestar asistencia.

Desde la perspectiva antes señalada, la integración supone desarrollar un proceso que implica crear y consolidar una estructura que aglutine a profesionales que intervienen en el proceso asistencial de forma independiente para coordinar su interdependencia de forma que sean capaces de trabajar juntos en un proyecto colectivo.

Las palabras clave para un proyecto de integración son por tanto:

- Proyecto colectivo de cooperación en el desarrollo de la misión y visión de la organización.
- Interdependencia de las decisiones de los profesionales (médicos y enfermeras) de los dos niveles asistenciales.
- Coordinación entre las acciones de los diferentes profesionales que intervienen en el proceso asistencial.

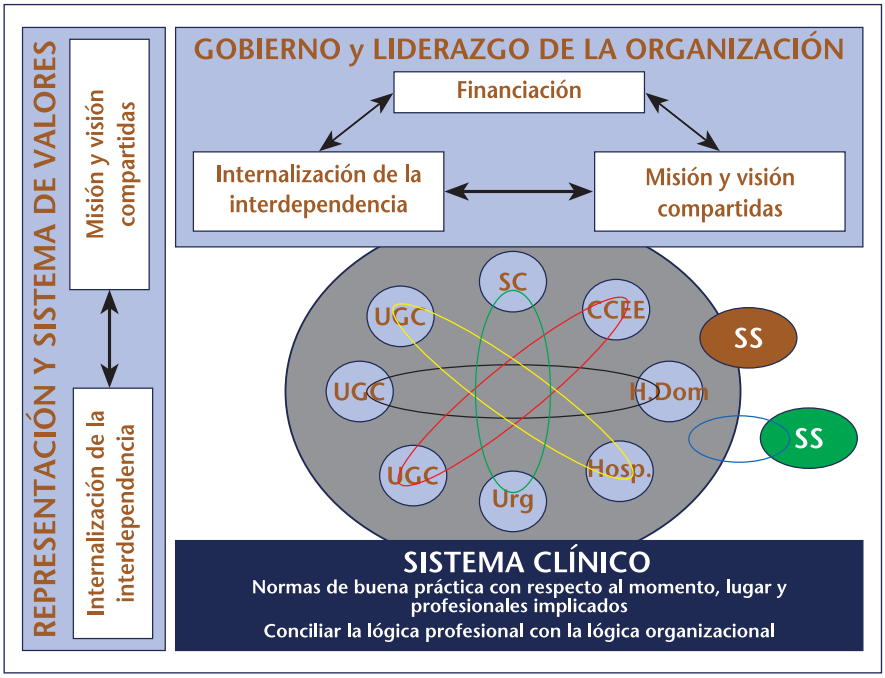
Como marco conceptual para el desarrollo de las diferentes dimensiones de un modelo integrado se propone utilizar el siguiente modelo adaptado del propuesto por Contandriopoulos *et al*.[2] (Fig 4). Siguiendo a estos autores se define la integración como el proceso que implica **crear y mantener en el tiempo una estructura común entre diferentes "*stakeholders*" (y organizaciones) con el propósito de coordinar su interdependencia para capacitarles para trabajar juntos en un proyecto colectivo**.

Según este modelo, en el desarrollo de una organización sanitaria integrada se pueden identificar tres componentes básicos:

a) La representación y sistema de valores de los profesionales.
b) El propio gobierno y estructura de la organización.
c) Su sistema clínico.

Por falta de espacio o porque es motivo de otro artículo no me voy a parar ahora a explicar cada uno de los tres componentes y como desarrollarlos para una verdadera integración.

**Figura 4. Componentes del modelo asistencial integrado. Adaptado de Contandriopoulos *et al***




Se que ha podido parecer cuanto menos chocante que con ese título se desarrolle este artículo pero efectivamente este es el hospital del futuro bajo el punto de vista conceptual y organizativo.

Podemos desarrollar en otra ocasión los elementos internos que deben desarrollarse para hacer este modelo eficiente y sostenible en el futuro.

Estos son entre otros los más importantes a desarrollar por la organización sanitaria integrada (O.S.I.) para que ésta pueda desarrollarse:

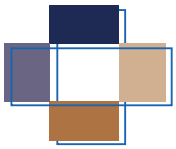
a. Estratificación de la población de referencia por niveles de estado de salud.
b. Desarrollo de la enfermera de enlace y enfermera del caso.
c. Promoción y prevención de la salud a través de programas asistenciales gestionados.
d. Historia clínica integrada y única.
e. Prescripción electrónica única.

f. Coordinación con los dispositivos sociosanitarios.
g. Proceso asistencial integrado con los centros de subagudos o media-larga estancia.
h. Servicio de asistencia no presencial al paciente con cartera de servicios desde citación conjunta a consejo sanitario.
i. Impulso a los profesionales innovadores con evaluación de resultados y traslación de proyectos.

## Bibliografía

1. SM Shortell et al.: Creating Organized Delivery Systems: "The Barriers and Facilitators". Hospital and Health Services Administration 1993:447-466.
2. Contandriapoulos AP, Denis JL,Touati N, Rodriguez C.: The integration of health care: Dimensions and implementation.GRIS. Université de Montréal 2003.
3. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, San Martin-Rodriguez L, Pineault R.: A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Services Research 2008, 8:188.
4. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo.

## Notas



NOTAS