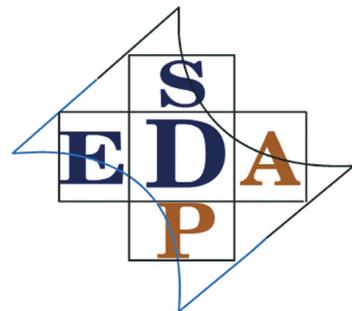
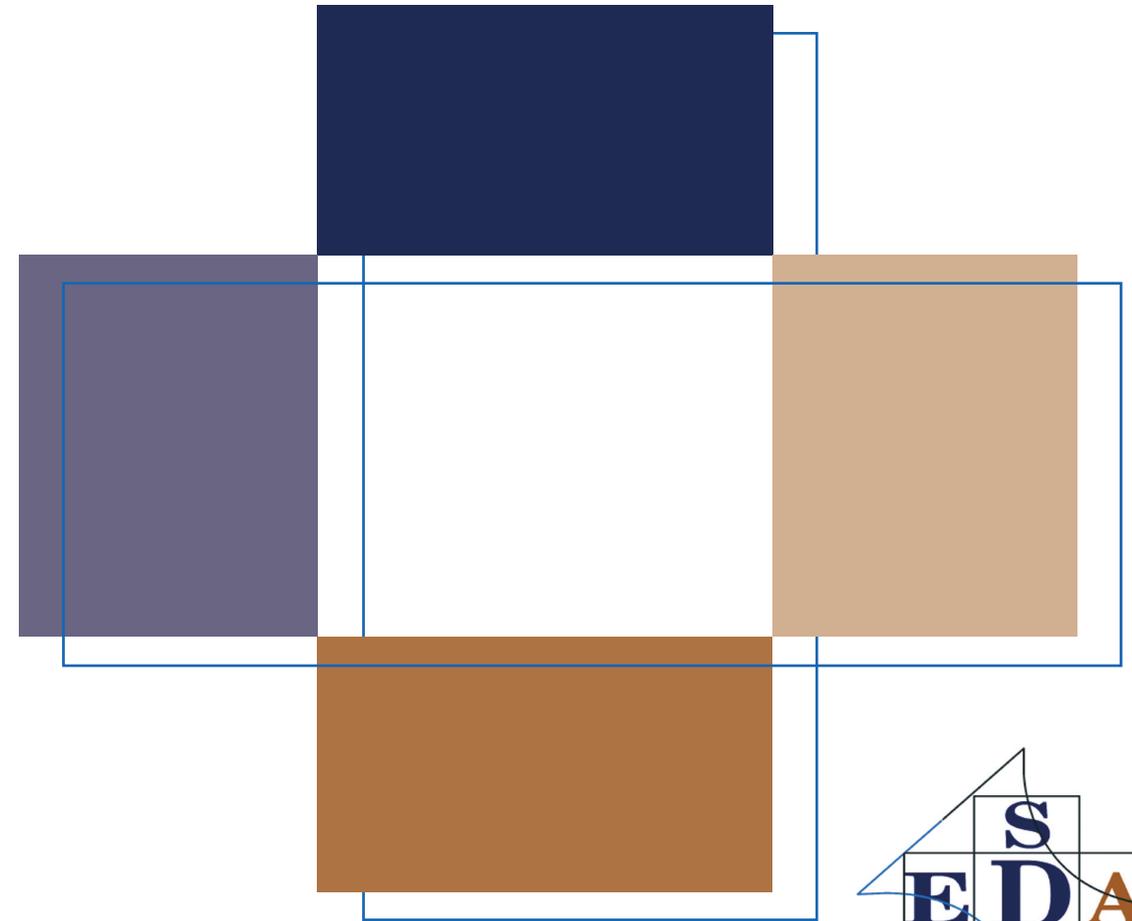
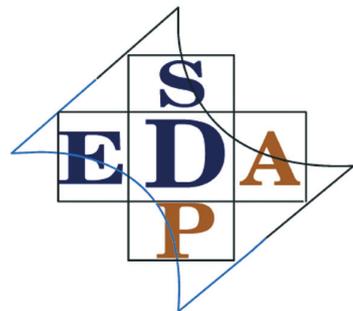
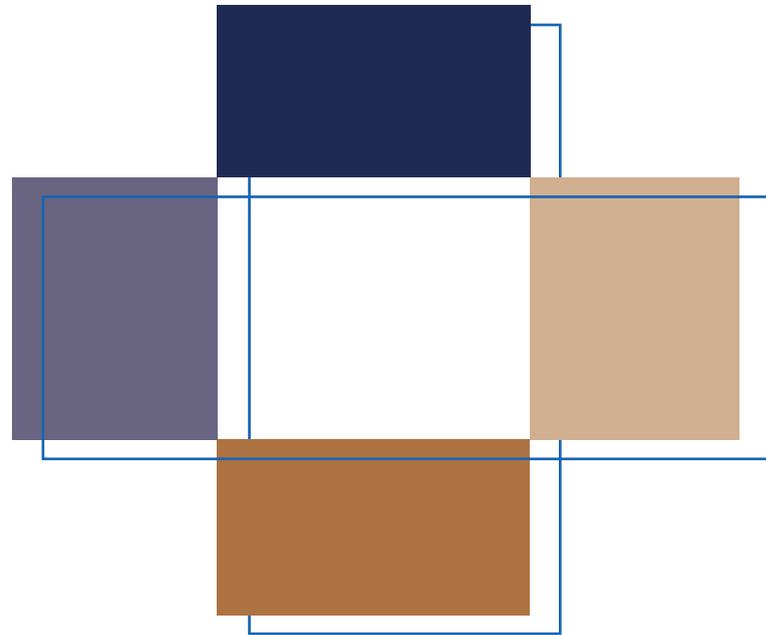
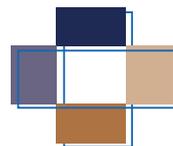


Integración Asistencial: ¿Cuestión de Modelos? Claves para un debate

INFORME DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE DIRECTIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA





Integración Asistencial: ¿Cuestión de Modelos? Claves para un debate

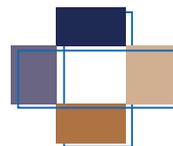
INFORME DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE DIRECTIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Edita:  **Grupo
saned**

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

ISBN: 978-84-96835-44-3
Depósito Legal: M-44246-2010

Documento disponible: www.sedap.es



Presentación informe SEDAP 2010

Marta Aguilera Guzmán

Presidenta de la SEDAP

La Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) inició una nueva línea de actividad en 2009 con el fin de recoger el conocimiento y las experiencias de expertos en temas de interés en la actualidad y realizar, tras un análisis, propuestas para el debate con objeto de contribuir al desarrollo y la mejora de la Atención Primaria, que constituye uno de los fines que tiene la Sociedad.

En 2009, bajo el título de “Atención Primaria de salud: Nuevos Retos, Nuevas Soluciones” se trataron tres temas referentes al modelo de Atención Primaria, la investigación y la formación de grado y postgrado.

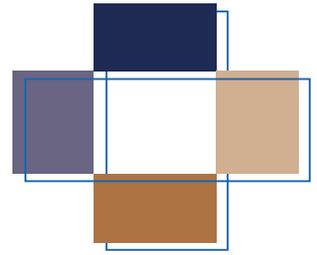
Este año hemos decidido que el informe aborde exclusivamente la atención integrada, por ser un tema de gran actualidad por su importancia para la continuidad asistencial y el cambio de estructuras que se están implantando en varias Comunidades Autónomas, con el título “Integración Asistencial: ¿Cuestión de Modelos? Claves para un debate”. El informe no tiene como objetivo ser un Observatorio de los desarrollos que se están realizando en cada Comunidad Autónoma, sino obtener una visión global de las estrategias que se están implementando en los Servicios Regionales con el fin de analizar su abordaje y realizar propuestas que sirvan para la reflexión y discusión.

El informe estudia las estrategias puestas en marcha por los Servicios Regionales de Salud para mejorar la continuidad asistencial desde los modelos de organización “tradicional” y de autogestión de los Equipos de Atención Primaria hasta los modelos de Área Única y de Gestión Integrada, así como los seguimientos y evaluaciones de las distintas estrategias, sus ventajas e inconvenientes.

Para el análisis y recomendaciones, hemos contado con la inestimable colaboración de los responsables de las Comunidades Autónomas, de las presidencias autonómicas de las cuatro Sociedades Científicas de Atención Primaria (semFYC, SEMERGEN, SEMG y FAECAP) y de grandes expertos en la materia, que enriquecen el documento con sus enfoques distintos al tema y cuyos artículos se incluyen en este informe.

En nombre de la Junta Directiva quiero agradecer la colaboración de todos ellos, que han hecho posible dar a luz este documento y especialmente a dos buenos amigos, que son buenos conocedores del Sistema Nacional de Salud y especialmente de la Atención Primaria, Francisco González Sanz y José Ramón Luis-Yagüe, por su paciencia y afecto en sus aportaciones y sugerencias. A todos nuestra más sincera gratitud.

Deseamos que disfruten con su lectura y sobretodo que provoque debate porque querrá decir que ha servido para ser fruto de reflexión.



Integración Asistencial: ¿Cuestión de Modelos?

Claves para un debate

INFORME SEDAP 2010 7

Junta Directiva de la SEDAP

ARTÍCULOS DE EXPERTOS

Gestión Clínica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía: un espacio compartido 53

Áurea Bordóns Ruiz

Directora General de Asistencia Sanitaria Servicio Andaluz de Salud

Integración Asistencial en un Departamento de Salud. Modelo Alzira 58

R. Espinosa Urbina¹, M. Marín Ferrer², V. Palop Larrea³,

A. Fuertes Fortea⁴ y J. L. Ruiz López⁵

¹Directora Médico Asistencial Área de Salud, ²Director Gerente, ³Subdirector Médico Asistencial Área de Salud, ⁴Subdirector Médico Asistencial Área de Salud y ⁵Subdirector de Urgencias. Todos los autores pertenecen al Departamento de Salud de la Ribera

Hacia la integración de niveles asistenciales 71

Joaquín Estévez

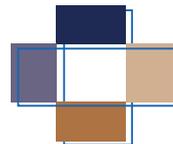
Presidente de SEDISA

Atención Primaria. Reflexiones en época de crisis 75

Juli Fuster Culebras

*Director General de Planificación y Financiación
Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears*

Las Entidades de Base Asociativa: una innovación del siglo pasado que debe modernizarse	79
Joan Gené Badia <i>ICS-CAPSE- Universitat de Barcelona</i>	
Mejora de la Atención Primaria a Pacientes con Condiciones Crónicas: El Modelo de Atención a Crónicos	86
Roberto Nuño Solín <i>Director de O+berri, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria</i>	
Atención Integrada en el Modelo Tradicional	94
José M^a Pino <i>Director General de Asistencia Sanitaria del Servicio Regional de Salud de Castilla y León</i>	
Continuidad Asistencial, Sostenibilidad e Integración Socio-Sanitaria	98
Álvaro Santos Gómez <i>Ex Director General de Atención Sanitaria y Calidad del SESCAM</i>	



Integración Asistencial: ¿Cuestión de Modelos? Claves para un debate

Junta Directiva de la SEDAP

1.- Introducción

Diversos estudios internacionales constatan que las tres características estructurales más importantes para un buen sistema de salud son la distribución equitativa de recursos, la financiación para cobertura universal y un bajo o nulo coste para el acceso de la ciudadanía a los servicios de Atención Primaria. Estos estudios definen los servicios de Atención Primaria como aquellos orientados a la persona más que a la enfermedad, garantizando una atención a lo largo de la vida, con fácil acceso, basándose en una atención integral y en coordinación con otros servicios¹.

La reciente reforma firmada por el presidente Obama, además de ampliar la cobertura de aseguramiento sanitario en Estados Unidos, tiene como objetivos garantizar el acceso de la población a los servicios, mejorar la calidad y controlar los costes. Entre las medidas para lograrlo, se contemplan incentivos para fortalecer y dar un papel clave a la Atención Primaria².

Asimismo, las reformas de la última década del National Health Service del Reino Unido han tenido entre sus objetivos impulsar la Atención Primaria con un incremento considerable en su financiación que ha repercutido en las retribuciones de los médicos de Atención Primaria (GP's) y en los incentivos por cumplimiento de los contratos^{3,4}.

En nuestro país, se ha producido un gran desarrollo de la Atención Primaria desde el punto de vista de cobertura universal y de accesibilidad a los servicios. Con todo, la atención integral e integrada tiene algunas deficiencias, fundamentalmente en la promoción de hábitos y estilos de vida saludable así como en los aspectos de autocuidado, ya comentados en el

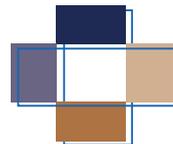
informe de la SEDAP 2009⁵. Además, no se la ha dotado de los recursos necesarios y la coordinación con otros servicios continúa siendo la asignatura pendiente.

Por otro lado, las enfermedades crónicas siguen incrementándose en consonancia con los cambios del patrón epidemiológico acaecidos en la segunda mitad del siglo pasado. Las enfermedades crónicas conllevan una gran carga del trabajo asistencial, siendo responsables de una gran parte del gasto sanitario. Debido a su relevancia en la utilización de servicios, se han venido desarrollando modelos de atención a pacientes crónicos, destacando principalmente el modelo de la pirámide de riesgo (Kaiser Permanente) y el modelo de gestión de enfermedades crónicas (CCM), que han influido considerablemente en las políticas de salud de Canadá, Inglaterra, Escocia, Dinamarca, Nueva Zelanda, Australia y Estados Unidos y también han sido fomentados por la Organización Mundial de la Salud. En la actualidad, existen varios estudios sobre la efectividad y eficiencia de estos modelos con resultados muy positivos⁶.

Según algunos estudios, en la actualidad, el 80% de las consultas de Atención Primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios son debidos a enfermedades crónicas, representando el 70% del gasto sanitario en nuestro país.

Tanto la falta de coordinación entre Atención Primaria y atención especializada como el predominio de procesos crónicos en el estado de salud de la población han favorecido que se generen distintas estrategias de intervención en las Comunidades Autónomas con el fin de impulsar la continuidad asistencial; estrategias que van desde el fomento de la gestión por procesos entre ambos niveles asistenciales hasta cambios estructurales de organización de los servicios como son las áreas únicas o la gestión integrada.

El objetivo de este informe es estudiar los distintos modelos de gestión implementados en las Comunidades Autónomas analizados desde la Atención Primaria. Para ello, además de una revisión bibliográfica, se ha elaborado un cuestionario que se ha remitido a las diecisiete CCAA con el fin de conocer los modelos actuales de gestión relacionados con Atención Primaria. También se ha enviado un cuestionario a las Sociedades Científicas de Atención



Primaria para conocer la percepción de los profesionales respecto a los modelos actuales y se ha recopilado información de expertos en la materia, cuyos artículos de opinión se incluyen en este informe.

No ha sido factible la realización de estudios de percepción de los profesionales de atención especializada, dado el número considerable de sociedades científicas en este nivel asistencial. Tampoco ha sido posible encuestar a los ciudadanos sobre su opinión respecto a los cambios de modelo que se están llevando a cabo en algunas CCAA.

El cuestionario enviado a los Responsables de Atención Primaria de las CCAA pregunta sobre los modelos que se están desarrollando en la actualidad: organización “tradicional” por Equipos de Atención Primaria (EAP), modelos de autogestión de los EAP, Entidades de Base Asociativa, Área Única, Gestión Integrada como otros modelos que pudieran haberse implantado (Anexo I). En cada uno de estos modelos, se pregunta por la definición del modelo, las ventajas e inconvenientes, el seguimiento y evaluación que se realiza sobre él y la existencia de estudios de percepción tanto de los profesionales de ambos niveles asistenciales como de los ciudadanos. A este cuestionario han contestado quince Comunidades Autónomas, que representan al 92,3% de la población.

Respecto al cuestionario remitido a las tres Sociedades Médicas (semFYC, SEMERGEN y SEMG) y a la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP), el objetivo es conocer la percepción de los profesionales de Atención Primaria con la continuidad asistencial. Se estudia la opinión de los profesionales sobre las herramientas necesarias para una buena continuidad asistencial así como las existentes en su Comunidad Autónoma según los modelos de gestión (Anexo II). Estos cuestionarios se han enviado para que sean cumplimentados con representación de Comunidad Autónoma. Han contestado 38 de los 68 representantes autonómicos, lo que supone el 56% de los encuestados. En todas las CCAA hay al menos una sociedad científica que ha contestado al cuestionario.

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

2.- Resultados del estudio

En este apartado se comenta los aspectos más relevantes de los dos cuestionarios. Los resultados se detallan en los anexos III y IV a este informe para aquellos lectores con interés en consultarlos.

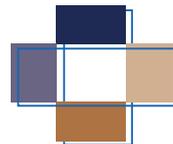
2.1. La opinión de los Responsables de Atención Primaria de las Comunidades Autónomas

En las quince Comunidades Autónomas (CCAA) que han contestado el cuestionario, los profesionales que atienden Atención Primaria están organizados como Equipos de Atención Primaria (EAP) y Unidades de Apoyo al primer nivel asistencial, independientemente de los modelos de gestión implantados en cada región. Básicamente los EAP están formados por Médicos de Familia, Pediatras, Enfermeras, Auxiliares Administrativos, Auxiliares de Enfermería y Celadores (estos dos últimos tipos de profesión no constituyen parte del EAP en una Comunidad Autónoma). Esta estructura “básica” de EAP se mantiene prácticamente invariable desde el inicio de la reforma de AP. Además, puede haber otros tipos de profesionales integrados en los EAP, pero con mucha más variabilidad entre las CCAA.

En todas las CCAA existen Unidades de Apoyo a los EAP, siendo las más frecuentes: Salud Bucodental, Atención Continuada/Urgencias, Fisioterapia, Trabajo Social, Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica y Cuidados Paliativos.

Todas las CCAA refieren que los EAP disponen de “cierta capacidad de gestión”. El instrumento de gestión utilizado por todas las CCAA es el compromiso o acuerdo de gestión con los EAP, que toma distintos términos (contrato- programa, contrato de gestión, entre otros). Los contenidos de estos “procesos contractuales” no se diferencian sustancialmente, siendo los aspectos más comunes la calidad asistencial y de prescripción, la gestión del gasto farmacéutico, actividad, compromisos relacionados con la continuidad asistencial, gestión de suplencias, calidad percibida, seguridad del paciente, formación, investigación y gestión de bienes y servicios.

Los contenidos de los compromisos de continuidad asistencial van desde los tradicionales pactos de derivaciones en pruebas diagnósticas e in-



terconsultas, guías o protocolos conjuntos, sesiones clínicas, consultorías... hasta identificación de especialidades con mejora de la capacidad de resolución en Atención Primaria.

Aunque las CCAA mencionan un amplio abanico de **ventajas** del “proceso contractual”, los cuatro aspectos con mayor coincidencia son la implicación de los profesionales con los objetivos y estrategias de la Organización, la corresponsabilidad y participación en la gestión de los recursos, la evaluación de los compromisos y la incentivación ligada a esta evaluación.

Entre los **inconvenientes** del “proceso contractual”, destacan la necesidad de mejorar la evaluación, la dificultad de establecer objetivos individuales de cara a la incentivación y la escasa compensación por la consecución de los objetivos pactados.

En cuanto a las iniciativas innovadoras puestas en marcha, cabe destacar que en seis CCAA coexiste más de un modelo de gestión, generalmente debido a que se ha implantado alguno en fase experimental. Los modelos innovadores son los orientados hacia la autonomía de gestión de los EAP, con la particularidad de las Entidades de Base Asociativa por su régimen jurídico, las Áreas Únicas y la Gestión Integrada. No se mencionan otros modelos de gestión innovadores puestos en marcha. Las iniciativas innovadoras implantadas se resumen en:

- Existencia de descentralización de la gestión en los EAP en mayor o menor grado en ocho Comunidades Autónomas. En cuatro Comunidades el grado de descentralización es más avanzado hacia la autogestión.
- Implantación de experiencias de Entidades de Base Asociativa en una Comunidad Autónoma.
- Implantación del modelo de gestión de Área Única en todo su ámbito territorial en dos Comunidades Autónomas.
- Implantación del modelo de Gestión Integrada en todo su ámbito territorial en dos Comunidades Autónomas.
- Implantación de alguna experiencia de Gestión Integrada en tres Comunidades Autónomas.

A continuación, se resumen las informaciones de las CCAA en relación con cada uno de los tres modelos innovadores de gestión:

2.1.1 Autogestión de los Equipos de Atención Primaria

Como se ha comentado más arriba, ocho CCAA han dado pasos en la descentralización de la gestión en los EAP a través de los compromisos en el “proceso contractual”. Sin embargo, en cuatro de ellas el grado de descentralización es más avanzado ya que se contempla mayor flexibilidad de la organización interna de los EAP, mayor responsabilidad en la gestión presupuestaria y en la asunción de riesgos, estando el modelo en fase experimental en tres de ellas. La adherencia a este modelo ha sido voluntaria y en algunos casos los EAP han tenido que cumplir unos requisitos. En dos CCAA, el grado de autonomía es gradual, dependiendo del cumplimiento de objetivos.

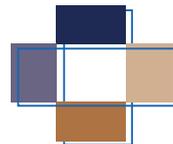
En todas ellas se realiza seguimiento y evaluación del modelo, así como estudios de percepción de los profesionales y de los ciudadanos, siendo los resultados que señalan muy positivos.

En relación con las **ventajas** del modelo, muchas opiniones coinciden con el “proceso contractual” con los EAP, pero a diferencia de éste destacan:

- Refuerzo del liderazgo en el EAP.
- Implicación y motivación de los profesionales.
- Mejora del clima laboral y del trabajo en equipo.
- Planes de mejora espontáneos.
- Mayor satisfacción de los profesionales al dotarles de mayor capacidad de decisión.

Respecto a los **inconvenientes** del modelo, la opinión de los informantes señala:

- Dificultad de descentralización presupuestaria.
- Sistemas de Información.
- Evaluación de resultados, lo que implica mayor esfuerzo
- Riesgo de actitudes economicistas.
- Rechazo del modelo por parte de los representantes sindicales
- Necesidad de dotar a los equipos de una estructura y cultura de gestión.



Las Entidades de Base Asociativa (EBA) difieren de los modelos de autogestión en su régimen jurídico, ya que se constituyen como empresas privadas, con ánimo de lucro, en las que el 51% del capital social es propiedad de los profesionales que asumen la Atención Primaria de una zona mediante un contrato con el Servicio Regional de Salud. El 49% restante puede ser suscrito por personas jurídicas que tengan como objeto social la gestión o la prestación de servicios sanitarios.

Al igual que los modelos de autogestión públicos, el grado de satisfacción de los profesionales parece muy alto, siendo mayor cuanto aumentan el grado de autonomía y la capacidad de decisión. Asimismo, los resultados de percepción de los ciudadanos con el modelo son muy satisfactorios.

Entre las ventajas del modelo EBA, se destaca la calidad y continuidad asistencial y mejores resultados en la eficiencia y el control del gasto, al estar los profesionales más implicados.

En relación con los inconvenientes del modelo, se expresa la necesidad del comprador de efectuar evaluaciones para garantizar la equidad y la calidad en la provisión de los servicios, la necesidad que tienen los equipos de dotarse de estructuras de gestión y la posibilidad de que se debiliten estos tipos de organización al ser experiencias aisladas.

2.1.2 Área Única

Se entiende por Área Única la existencia de una única estructura en el Área de Salud pero sin fusión de ambos niveles asistenciales en la gestión asistencial.

La implantación del modelo de Área Única se ha realizado en dos Comunidades Autónomas, aunque otras tres CCAA refieren Áreas Únicas históricas, pero el modelo de gestión es igual a cualquier equipo de Atención Primaria. Por tanto, los resultados se referirán a las dos CCAA que decidieron el modelo de área única recientemente.

Los organigramas de este tipo de Área constan de un Gerente con Direcciones Médicas y de Enfermería en ambos niveles asistenciales.

Las Direcciones de Recursos Humanos y de Recursos Económicos son únicos para Atención Primaria y atención especializada.

Una Comunidad Autónoma refiere que el seguimiento se realiza a través de las Memorias y del Contrato de Gestión. No se han realizado estudios de percepción de los profesionales con el modelo y una CA comenta que se han realizado estudios de satisfacción de los ciudadanos aunque no aporta los resultados obtenidos.

En relación a las ventajas del modelo, se encuentran el establecimiento de objetivos comunes a nivel de área de salud, más adecuados a ambos niveles asistenciales, con mayor capacidad de gestión de personal y adecuación asistencial a través de la gestión por procesos entre AP y AE.

Los inconvenientes del modelo son el mantenimiento de la cultura tradicional con escenario de nula comunicación entre AP y AE.

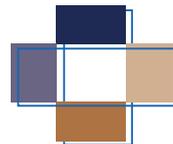
2.1.3 Gestión Integrada

Se entiende por Gestión Integrada la fusión de la gestión directiva, asistencial y administrativa de ambos niveles asistenciales en el Área de Salud.

Como ya se ha comentado anteriormente, existen cinco CCAA con Gestión Integrada, tres con experiencias en una o más Áreas y dos Comunidades Autónomas tienen implantado el modelo en todo su ámbito territorial.

La decisión de implantar este modelo de gestión, además de mejorar la continuidad asistencial y de unificar la gestión de los procesos asistenciales, tiene en cuenta factores como mejorar la eficiencia en el empleo de los recursos, esperando minimizar costes de personal, farmacia y gastos corrientes y unificar unidades de apoyo para la formación, la investigación y la docencia.

El organigrama es único para ambos niveles asistenciales, aunque llama la atención que en dos CCAA existen dos direcciones de enfermería (AP y AE) y en una hay dos direcciones médicas, una por cada nivel asistencial.



El seguimiento y evaluación de la experiencia, en general, se realiza a través del proceso contractual. Sin embargo, tres CCAA han realizado otro tipo de evaluaciones como son:

- evaluaciones mediante el modelo EFQM, cuyos resultados mejoran del 2006 al 2008.
- evaluación cualitativa, comparando distintas unidades.
- evaluación con tendencias temporales, cuyos resultados muestran una evolución favorable a la integración de niveles asistenciales.

En una CA se tiene previsto realizar estudios de efectividad.

Sólo una Comunidad Autónoma ha realizado estudios de percepción de los profesionales con el modelo, con el siguiente resultado: "aprobado alto" en Atención Primaria (más de 6 puntos sobre 10) y en Atención Hospitalaria (más de 7 puntos sobre 10).

Cuatro Comunidades Autónomas han realizado estudios de percepción de los ciudadanos con el modelo, con los siguientes resultados:

- No existen diferencias estadísticamente significativas de un modelo respecto al otro.
- Satisfacción incrementada al mejorar los circuitos asistenciales y apertura de pruebas diagnósticas a Atención Primaria.
- Pronto para valorar cambios y es preciso implementar métodos de análisis más complejos.
- Encuesta de opinión 2001-2009: evolución anual de los pacientes que valoran positivamente las atenciones sanitarias recibidas: 97% (2009). Estos resultados son de una Comunidad Autónoma con implantación del modelo de gestión integrada en todo su ámbito territorial.

En cuanto a las **ventajas** del modelo, las CCAA opinan:

- Uso más eficiente de los recursos.
- Mejora en la continuidad asistencial.
- Mejora en la atención integral del paciente.
- Mejora la resolutiveidad de Atención Primaria.
- Mejora la participación de los profesionales de Atención Primaria.

- Mejora la gestión por procesos asistenciales.
- Ninguna diferencia entre Unidades de Gestión Clínica de Hospital y de Primaria.
- Mejora el conocimiento y la integración de los profesionales.
- Mejora la implantación de las Tecnologías de la Información y Comunicación.
- Mejora la gestión económica en suministros y farmacia – receta.
- Mayor satisfacción de los usuarios.

Respecto a los **inconvenientes** del modelo, se comentan los siguientes:

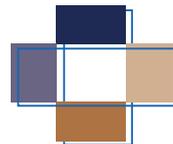
- Debe mejorar la integración de estructuras.
- Los profesionales tienen que percibir la pertenencia al área y no al nivel asistencial.
- Resistencia al cambio.
- Proceso de implantación complejo con dificultades iniciales que requiere un plan de comunicación y esperar un tiempo para poder empezar a obtener resultados.
- Primeros resultados sobre avances alentadores, pero a falta de evaluar a medio-largo plazo.

2.2. Opinión de las Sociedades Científicas de Atención Primaria

Aunque el porcentaje de contestación es bajo para sacar conclusiones, merece la pena destacar la importancia que los profesionales dan a los sistemas de información y comunicación para lograr una adecuada continuidad asistencial, así como a los protocolos, vías o guías clínicas consensuadas por ambos niveles asistenciales.

Prácticamente todos los que señalan que los sistemas de información son una buena herramienta para la continuidad asistencial, se refieren principalmente a la historia clínica compartida. En unos casos, historia única para ambos niveles asistenciales y, en otros, información bidireccional y compartida de la historia.

En cuanto a los sistemas de comunicación, además del teléfono destacan los medios informáticos.



Otras herramientas propuestas para una adecuada continuidad asistencial son la formación conjunta, destacando principalmente las rotaciones interniveles, el catálogo único de pruebas complementarias y el trabajo conjunto, ya sean comisiones, reuniones o grupos de trabajo.

Tanto los sistemas de información como los de comunicación están siendo implementados en las CCAA y la percepción en cuanto a sus beneficios en la continuidad asistencial parece bastante positiva.

El resto de herramientas que proponen coinciden en mayor o menor grado con los contenidos de pacto en los procesos contractuales que se están llevando a cabo por los Servicios Regionales de Salud, aunque las opiniones de cada herramienta ya no son tan homogéneas y positivas como los sistemas de información y comunicación.

Aunque el número de contestaciones es muy pequeño, se constata confusión en los conceptos de Área Única y Gestión Integrada así como la existencia de estas innovaciones en la respectiva Comunidad Autónoma. Esto hace pensar si se ha tenido en cuenta la información y participación de los profesionales en la implantación de los nuevos modelos.

3.- Análisis y Recomendaciones de SEDAP

En la introducción, se hacía referencia a las políticas que están llevando a cabo varios países para fortalecer la Atención Primaria. Más aún, con el patrón epidemiológico existente en los últimos cincuenta años donde las enfermedades crónicas ocupan los primeros lugares de morbilidad y mortalidad y son los responsables de casi tres cuartas partes del gasto sanitario.

Aunque la OMS ya argumentaba en los años setenta que el abordaje de las enfermedades crónicas tenía que hacerse no sólo desde la asistencia sino también desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, por lo que era necesario implantar y desarrollar la Atención Primaria de Salud, estos argumentos siguen siendo de la máxima actualidad, como lo demuestran las políticas del Reino Unido o la reforma que Estados Unidos propone realizar. Como comenta Roberto Nuño en su artículo, que se incluye en este mismo informe, “existe un amplio consenso de que la AP es el ámbito clave para afrontar el reto de la cronicidad de forma sostenible

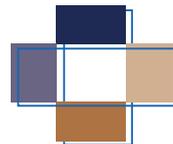
y que, además, las características de la AP española la colocan en una mejor posición que la de la mayoría de los países de la OCDE”.

En nuestro informe 2009, proponíamos una apuesta política por el primer nivel asistencial como un pilar importante para la sostenibilidad del sistema. Fortalecer la Atención Primaria debería formar parte del Pacto de la Sanidad.

Todas las CCAA desarrollan “procesos contractuales” con los EAP. Las ventajas parecen muy positivas para la implicación de los profesionales con la propia organización. Sin embargo, los inconvenientes expresados parecen más rigideces o escasa evolución de los instrumentos contractuales.

También en dicho informe hablábamos de dar los pasos necesarios para aproximarse a la autonomía de gestión de los Equipos de Atención Primaria (EAP). Independientemente del modelo o modelos que se están desarrollando en las distintas Comunidades Autónomas, más de la mitad de las Comunidades han dado pasos para la descentralización de la gestión y cuatro de ellas están más cerca de la autogestión en el primer nivel asistencial. Algunas Comunidades han regulado esta autonomía de gestión^{7, 8} y están en proceso de seguimiento y evaluación de las experiencias, lo cual consideramos muy positivo desde la SEDAP.

Las CCAA están teniendo diferentes iniciativas para mejorar la continuidad asistencial desde distintos modelos de organización pero con muchos aspectos coincidentes entre unos y otros, básicamente, mediante el fomento de la gestión por procesos a través de guías y vías clínicas, protocolos de coordinación o derivación, la enfermería de enlace, el desarrollo de sistemas de información compartida entre ambos niveles asistenciales, ya sea historia única para ambos niveles asistenciales o acceso a la historia desde el otro nivel y la implantación de diversas tecnologías de la comunicación para facilitar el intercambio de información entre Atención Primaria y Atención Especializada. Incluso algunas CCAA han iniciado estrategias para facilitar la coordinación sociosanitaria. Por tanto, independientemente del modelo de gestión, todas las CCAA están desarrollando actuaciones para mejorar la continuidad asistencial al compartir su preocupación por la interrupción del proceso asistencial y ante la falta de efecto que han tenido las medidas adoptadas hasta ahora.



Algunas CCAA han comentado en los cuestionarios que la gestión integrada conlleva cambios en las Carteras de Servicios de ambos niveles asistenciales con el fin de orientarlas a la gestión de procesos. En relación con este tema y una vez revisado el informe realizado por el Ministerio de Sanidad y Política Social⁹ sobre las Carteras de Servicios de Atención Primaria y de los documentos que las sustentan de las distintas Comunidades Autónomas, constatamos que algunas CCAA están desarrollando sus específicas Carteras de Servicios hacia procesos asistenciales que integran la atención de ambos niveles asistenciales. Consiste en la definición del proceso asistencial con sus criterios diagnósticos y terapéuticos para seguidamente establecer el nivel asistencial en el que se debe realizar cada una de las intervenciones, los criterios de derivación y en alguna comunidad se tiene previsto definir el tipo de profesional que debe realizar cada una de ellas. Esta orientación de la Cartera de Servicios es congruente con la finalidad de la atención integrada pero no encaja bien con las prestaciones y carteras de servicios de Atención Primaria y Atención Especializada del Sistema Nacional de Salud^{10, 11}. Probablemente el Sistema Nacional de Salud debería dar otro enfoque a las mismas en el futuro, sin tener que modificar los conceptos de prestaciones y de cartera de servicios expresados en la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

De acuerdo con la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, se define prestación como “los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos” y cartera de servicios como “el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias”.

Por tanto, las prestaciones puramente asistenciales podrían orientarse hacia los problemas de salud, es decir hacia los procesos, sin diferenciación entre niveles asistenciales y la cartera de servicios hacia las intervenciones, técnicas, tecnologías o procedimientos que se deberían realizar en cada nivel asistencial, según los procesos definidos. Lógicamente los procesos agudos serían un bloque común y los procesos crónicos y otros procesos

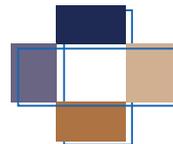
serían los ya definidos en la Cartera de Servicios vigente. Por ejemplo, una prestación sería la “Atención a Enfermedades Cardiovasculares” y la cartera de servicios de cada nivel asistencial definiría las intervenciones, técnicas, tecnologías o procedimientos para dar la adecuada atención.

Las CCAA ponen de manifiesto, incluso en algunas comunidades con experiencias de gestión integrada, cierta resistencia al cambio y falta de comunicación por parte de los profesionales de ambos niveles asistenciales aunque se hayan puesto medios que faciliten la misma. Asimismo, las Sociedades Científicas de Atención Primaria parece que no han tenido una información clara sobre el cambio de modelo y no parece que hayan tenido una participación activa en su implantación. Al no poder disponer de la opinión de las Sociedades Científicas del nivel especializado, no podemos conocer si la información y participación de los profesionales de atención especializada ha sido similar a los de primaria.

Se han realizado pocos estudios de percepción de profesionales de ambos niveles asistenciales, estudios que, a nuestro juicio, hubieran sido de gran interés por un lado, antes de tomar decisiones sobre modelos de organización y, por supuesto, durante las experiencias implantadas.

Tanto por las contestaciones de las CCAA como de las Sociedades Científicas, parece que no se han contemplado estrategias de información y participación de los profesionales antes de la implantación de estos modelos innovadores. Creemos que es una estrategia esencial para el éxito de los cambios en los modelos organizativos, ya que hay que ser conscientes de que la toma de decisiones en las organizaciones sanitarias fundamentalmente se realiza en la base de la pirámide organizativa.

Creemos que hay que trabajar en un cambio en la cultura de la organización¹², independientemente de los modelos de gestión que se estén desarrollando. De nada sirve hacer cambios estructurales si los profesionales no perciben la necesidad de trabajar de manera diferente, cooperando para dar la mejor calidad de atención, en el lugar más idóneo y al menor coste posible. En caso de que se atienda un proceso crónico, se debería dar el mejor cuidado a los pacientes y especialmente formarles para que sepan “vivir con su enfermedad” con la mejor calidad de vida. Los profesionales tienen que interiorizar que nuestro eje como organización sanitaria es el



ciudadano o paciente; que nuestra razón como organización es que la población tenga el mejor estado de salud posible, atendiendo aquellos factores en los que podemos influir; que cuando una persona enferma, debemos trabajar en equipo para ser efectivos y eficientes, pasando del desconocimiento y desconfianza a la interdependencia mutua para dar la atención más adecuada en el lugar más idóneo. Si no planteamos estrategias para lograr estos cambios, por mucho que se faciliten sistemas de información y comunicación compartida, por mucho que se hagan cambios estructurales en los modelos de organización, no se conseguirá una adecuada continuidad asistencial.

Para lograr este cambio de cultura organizativa es necesario contar con buenos gestores que lideren estrategias de transformación y sean capaces de transmitir e implicar a los profesionales en la implantación y desarrollo de estas iniciativas. Sin duda, existen muy buenos directivos para llevar a cabo estas innovaciones. Sin embargo, es necesario su profesionalización para garantizar el éxito del cambio.

Aunque en este informe no hemos podido abordar la realización de un estudio específico para conocer la opinión de los ciudadanos y pacientes con los cambios de organización que se están desarrollando en la actualidad, por su complejidad y coste, hemos revisado el barómetro sanitario que de una manera indirecta nos puede ayudar a conocer la opinión de los ciudadanos, además de las contestaciones en los cuestionarios remitidos por las CCAA. La satisfacción es muy alta, por encima del 85% en todas las CCAA. No hay diferencias relevantes entre CCAA con distintos modelos de organización¹³, aunque existe un estudio de tendencia en una Comunidad Autónoma con gestión integrada en todo su ámbito territorial con resultado positivo, aunque sin diferencias con los resultados obtenidos por otras CCAA.

Respecto al sistema de información, algunas CCAA con modelos de aproximación a la autogestión de EAP, comentan éste como un inconveniente en el modelo. En cambio, las CCAA con modelos de gestión integrada, expresan la implantación de tecnologías de la información y comunicación como una ventaja del modelo. Puede ser que el inconveniente expresado en los modelos de autonomía de gestión sea más “un reto o asignatura pendiente de desarrollo” que un inconveniente propiamente dicho.

Con independencia de la interpretación de las contestaciones al cuestionario, hay que asegurar a mayor descentralización un sistema de información más robusto para garantizar la atención a la población.

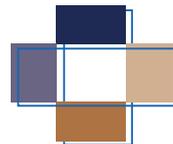
Cualquier modelo de gestión debe garantizar el mismo sistema de información para la extracción de datos y su análisis correspondiente, así como la misma tecnología de información. Hay estudios que señalan que las organizaciones con desarrollo de tecnologías de la información pueden incrementar rápidamente la efectividad. En 2009, se ha realizado un estudio¹⁴ muy interesante en seis países de la Unión Europea (Suecia, Reino Unido, Francia, Holanda, República Checa y España) sobre las tecnologías de la información y comunicación, cuyas conclusiones inducen a pensar que se evitarían muchas consultas de Atención Primaria, efectos adversos de los medicamentos, ingresos hospitalarios, entre otros, si los profesionales sanitarios hubieran utilizado la misma tecnología de la información. Consecuentemente, se hubieran ahorrado muchos millones de euros de haber seguido este camino. Por tanto, los sistemas de información deben tender a que sean únicos y, en caso de que no sea factible, deben garantizar su compatibilidad para que la información sea compartida.

Como ya comentábamos en el informe SEDAP 2009, las tecnologías de la información y comunicación deberían ser una prioridad en las inversiones contempladas en los presupuestos anuales de los Servicios Regionales de Salud.

La mayoría de CCAA realiza evaluaciones anuales del proceso contractual. Sin embargo, únicamente tres CCAA han realizado otro tipo de evaluación y una tiene previsto evaluar la efectividad. Insistimos una vez más, aún a riesgo de resultar reiterativos, que es necesario realizar estudios de efectividad y eficiencia, que deben cumplir tres requisitos básicos: *medir* (mediante las unidades de medida apropiadas), *comparar* (entre unidades similares o mediante un estándar) y *analizar las causas* de los resultados obtenidos.

Sin duda es una tarea compleja la evaluación, pero es imprescindible para conocer las ventajas que cada uno de los modelos podrían aportar al conjunto del Sistema Nacional de Salud, y sus posibles inconvenientes.

Por último, quisiéramos señalar que, sin menoscabo de los modelos de

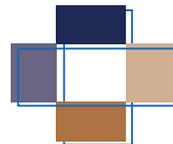


organización que se están implantando, es bien sabido que las estructuras organizativas burocráticas no son adecuadas para las organizaciones sanitarias. Las rigideces en los procedimientos entran en conflicto con la descentralización, la mayor autonomía y la flexibilidad en la organización como lo ponen de manifiesto algunas CCAA en la descentralización presupuestaria y en la gestión de recursos humanos. Los tiempos y reglas de los procedimientos administrativos no se adaptan al ritmo que están evolucionando los cambios científicos y tecnológicos que acontecen en las últimas décadas. La complejidad y variabilidad de los hospitales y centros de salud no se ajustan a estructuras burocráticas y aún menos cuando una de sus finalidades es la integración para mejorar la continuidad asistencial. En la literatura, se proponen diferentes estructuras de organización como la “Organización Gestionada” de Peter Drucker¹⁵, o la “Adaptación Mutua” de Mintzberg¹⁶, entre otras. En estas propuestas de cambios organizativos hay elementos comunes como mayor horizontalidad en la estructura, aproximando la cúpula a la base con el fin de dotar de mayor funcionalidad, un liderazgo institucional y gestor más facilitador de la colaboración entre los profesionales que minimice las barreras funcionales y que impulse la participación de los profesionales, la innovación y el trabajo en equipo. Estos cambios organizativos no tienen que ser iguales en todas las organizaciones sanitarias ya que elegir la estructura más apropiada viene determinado por la historia de la organización, el tamaño, la tecnología, los objetivos, el entorno y los profesionales¹⁷.

No obstante lo que sí parece claro es que la modernización de las organizaciones sanitarias pasa por transformarse en organizaciones no burocráticas. Para que esta transformación pueda realizarse, hay que promover desde las autoridades sanitarias y desde los gestores un cambio de cultura en toda la organización minimizando los procedimientos de obligado cumplimiento, aunque algunos son necesarios como ciertas normas y sistemas de información únicos, entre otros, y contando desde el inicio con los profesionales tanto técnicos como administrativos, de tal manera que los pasos que se vayan dando tengan el mayor consenso posible y se alineen con los cambios previstos, ya que sin ellos no es posible llevar a cabo una transformación sustancial de la organización sanitaria.

4.- Conclusiones

- Las reformas organizativas deben contemplar, necesariamente, un fortalecimiento de Atención Primaria para avanzar en la sostenibilidad del sistema. El envejecimiento de la población y la cronicidad de las enfermedades son los principales retos a los que tiene que dar respuesta el sistema sanitario.
- Este envejecimiento poblacional y cronicidad exige una mayor integración de los niveles asistenciales, por lo que la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud debería evolucionar en consonancia con este objetivo.
- Las claves de la mejora pasan por aplicar nuevas estrategias asistenciales, maximizando los beneficios de las TIC, y por implantar vías clínicas basadas en la evidencia y en coordinación con otros servicios sanitarios y sociales, desarrollando las competencias de enfermería y la atención domiciliaria.
- La renovación de la Atención Primaria pasa también por la capacitación de los profesionales, en un nuevo modelo relacional con el paciente, los grupos de pacientes, la comunidad y la atención especializada con una utilización inteligente de las TIC, y desarrollando una cultura de calidad total. Trabajar desde la perspectiva poblacional y territorial estableciendo alianzas con las diferentes instituciones, alrededor de las necesidades de los pacientes es una cuestión clave.
- La continuidad asistencial sigue siendo una de las preocupaciones más importantes de los Servicios Regionales de Salud. Con independencia del modelo de organización adoptado en cada Servicio Regional, los medios son muy similares, por lo que no parece “a priori” que el Área Única o la Gestión Integrada sean las únicas vías para dar respuesta a los problemas de discontinuidad asistencial. En cualquier caso, el seguimiento y evaluación de los diferentes modelos aportarán luz sobre las mejores alternativas.
- En línea con lo anterior, insistimos en la necesidad de diseñar y poner en marcha sistemas de evaluación de efectividad y eficiencia desde el



inicio de la implantación de modelos, que aportarán los beneficios y limitaciones de cada uno de ellos.

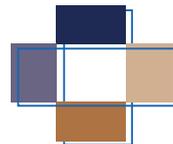
- Para ello, es necesario invertir en sistemas de información y comunicación que hagan posible facilitar por un lado la información clínica entre ambos niveles y, por otro, realizar el seguimiento y evaluación de los modelos.
- Los profesionales deben implicarse en la implantación de modelos innovadores, por lo que se deberían contemplar estrategias de información, sensibilización y participación que abarquen desde la toma de decisión de llevar a cabo cambios en los modelos de organización asistencial hasta su implantación y desarrollo.
- Es imprescindible establecer estrategias para un cambio cultural en la organización con directivos profesionalizados que impulsen la nueva cultura con el fin de avanzar a organizaciones no burocráticas.

El fortalecimiento de la Atención Primaria y un profundo cambio en la cultura de la organización sanitaria deberían formar parte del Pacto de Sanidad entre los partidos políticos, si es que realmente se quiere hacer sostenible nuestro Sistema Nacional de Salud.

Referencias bibliográficas

- 1 Starfield B. Reinventing Primary Care: Lessons from Canada for The United States. *Health Affairs* 2010; 29 (5): 1030-36.
- 2 Margolius D, Bodenheimer T. Transforming Primary Care: From past practice to the practice of the future. *Health Affairs* 2010; 29 (5): 779-84.
- 3 National Health Service. Our vision for primary and community care. NHS, 2008.
- 4 Lewis RQ, Rosen R, Goodwin N, Dixon J. Where next for integrated care organisations in the English NHS?. The Nuffield Trust, 2010.
- 5 Sociedad de Directivos de Atención Primaria. Atención Primaria de Salud: nuevos retos, nuevas soluciones. SEDAP, 2009.
- 6 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.
- 7 Decreto 197/2007, de 3 de julio por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de Atención Primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. BOJA nº 140 de 17 de julio de 2007.

- 8 Decreto 66/2009, de 14 de julio, por el que se regula la estructura y funcionamiento de las áreas y unidades de gestión clínica del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Boletín Oficial del Principado de Asturias nº 170 de 23 de julio de 2009.
- 9 Ministerio de Sanidad y Política Social. Cartera de servicios de Atención Primaria: Desarrollo, organización, usos y contenido. MSPS, 2010.
- 10 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- 11 Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- 12 Henao D, Vázquez ML, Vargas I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. Gaceta Sanitaria 2009; 23(4):280-286.
- 13 Ministerio de Sanidad y Política Social. Barómetro Sanitario 2009: Tabulación por Comunidades Autónomas. MSPS, 2009.
- 14 Gartner. eHealth for a Healthier Europe! - opportunities for a better use of healthcare resources. se2009.eu.
- 15 Oteo Ochoa LA. Políticas y transiciones hacia una nueva gestión sanitaria pública. RAS 2009; 7 (4): 699-713.
- 16 González Dagnino A. Administración por Objetivos. FIS, 1991.
- 17 Handy C. Understanding Organizations. Ed. Londres, 1976.



ANEXO I: Cuestionario remitido a Comunidades Autónomas

A. Estructura organizativa del Servicio Regional de Salud

- 1.- En grandes líneas, ¿podría describir la estructura organizativa del Servicio Regional de Salud y especialmente relacionada con la Atención Primaria?
-

B. Modelo de Gestión basado en Equipos de Atención Primaria

- 2.- Nº de Equipos de Atención Primaria existentes en la Comunidad Autónoma:

Compuestos por (señale con X):

Médicos de Familia

Pediatras

Enfermeras

Auxiliares de Enfermería

Auxiliares Administrativos

Celadores

Otros. Especificar: _____

- 3.- Otras Unidades en Atención Primaria (señale con X):

Salud Bucodental

Fisioterapia

Psicoprofilaxis Obstétrica (matronas)

Trabajadores Sociales

Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (Cuidados Paliativos)

Atención Continuada / Urgencias

Unidades de Salud Mental

Otros. Especificar: _____

- 4.- Instrumento de Gestión (contrato-programa, contrato de gestión, acuerdo de gestión, entre otros):

Sí

No

- En caso de contestación afirmativa, ¿qué compromisos se adquieren?:

Actividad

Calidad Asistencial

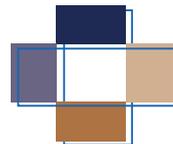
Calidad prescripción

- Calidad percibida
- Seguridad del Paciente
- Formación
- Investigación
- Continuidad Asistencial. Especificar: _____
- Gestión de personal
 - Contrato plantilla
 - Suplencias
- Gestión de bienes y servicios (mantenimiento, material, entre otros)
- Gestión de gasto farmacéutico
- Gestión de reparaciones
- Gestión de Inversiones
- Otros. Especificar: _____
- Ventajas del modelo (enuncie tres o cuatros aspectos relevantes):
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
- Inconvenientes del modelo (enuncie tres o cuatros aspectos relevantes):
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____

C. Iniciativas innovadoras

C.1. Autonomía de Gestión de Equipos de Atención Primaria

- Sí
- No
- En caso de contestación negativa, pase al apartado C.2.
- En caso de contestación afirmativa, ¿en qué consiste?:
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____



¿Existe seguimiento de la experiencia?

- Sí
- No

- En caso de contestación afirmativa, ¿en qué consiste?:

- _____
- _____
- _____

¿Existe evaluación de la experiencia?

- Sí
- No

- En caso de contestación afirmativa, ¿en qué consiste?:

- _____
- _____
- _____

¿Existen estudios de percepción de los profesionales implicados en la experiencia?

- Sí
- No

- En caso de contestación afirmativa, ¿qué resultados se han obtenido?:

- _____
- _____
- _____

¿Existen estudios de percepción de los ciudadanos atendidos con este modelo?

- Sí
- No

- En caso de contestación afirmativa, ¿qué resultados se han obtenido?:

- _____
- _____
- _____

- Ventajas del modelo (enuncie tres o cuatros aspectos relevantes):

- _____
- _____
- _____
- _____

- Inconvenientes del modelo (enuncie tres o cuatros aspectos relevantes):

- _____
- _____
- _____
- _____

C.2. Entidades de Base Asociativa (EBA)

- Sí
- No

- En caso de contestación negativa, pase al apartado C.3

- En caso de contestación afirmativa, ¿en qué consiste?:

- _____
- _____
- _____

¿Existe seguimiento de la experiencia?

- Sí
- No

- En caso de contestación afirmativa, ¿en qué consiste?:

- _____
- _____
- _____

¿Existe evaluación de la experiencia?

- Sí
- No

- En caso de contestación afirmativa, ¿en qué consiste?:

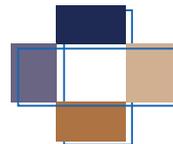
- _____
- _____
- _____

¿Existen estudios de percepción de los profesionales implicados en la experiencia?

- Sí
- No

- En caso de contestación afirmativa, ¿qué resultados se han obtenido?:

- _____
- _____
- _____



¿Existen estudios de percepción de los ciudadanos atendidos con este modelo?

- Sí
- No

- En caso de contestación afirmativa, ¿qué resultados se han obtenido?:

- _____
- _____
- _____

- Ventajas del modelo (enuncie tres o cuatros aspectos relevantes):

- _____
- _____
- _____
- _____

- Inconvenientes del modelo (enuncie tres o cuatros aspectos relevantes):

- _____
- _____
- _____
- _____

C.3. Área Única (se entiende por Área Única si existe una única estructura en el Área de Salud pero no están fusionados ambos niveles asistenciales en una gestión asistencial)

- Sí
- No

- En caso de contestación negativa, pase al apartado C.4.

- En caso de contestación afirmativa, ¿en qué consiste?:

- _____
- _____
- _____

¿Cuál es su organigrama?:

¿Existe seguimiento de la experiencia?

- Sí
- No

- En caso de contestación afirmativa, ¿en qué consiste?:

- _____
- _____
- _____

¿Existe evaluación de la experiencia?

- Sí
 No

- En caso de contestación afirmativa, ¿en qué consiste?:

- _____
- _____
- _____

¿Existen estudios de percepción de los profesionales implicados en la experiencia?

- Sí
 No

- En caso de contestación afirmativa, ¿qué resultados se han obtenido?:

- _____
- _____
- _____

¿Existen estudios de percepción de los ciudadanos atendidos con este modelo?

- Sí
 No

- En caso de contestación afirmativa, ¿qué resultados se han obtenido?:

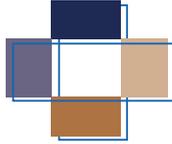
- _____
- _____
- _____

- Ventajas del modelo (enuncie tres o cuatros aspectos relevantes):

- _____
- _____
- _____
- _____

- Inconvenientes del modelo (enuncie tres o cuatros aspectos relevantes):

- _____
- _____
- _____
- _____



C.4. Gestión Integrada (se entiende por Gestión Integrada si existe una fusión de la gestión directiva, asistencial y administrativa de ambos niveles asistenciales en el Área de Salud)

- Sí
- No

- En caso de contestación negativa, pase al apartado C.5.

- En caso de contestación afirmativa, ¿en qué consiste?:

- _____
- _____
- _____

- ¿Cuál es su organigrama?:

¿Existe seguimiento de la experiencia?

- Sí
- No

- En caso de contestación afirmativa, ¿en qué consiste?:

- _____
- _____
- _____

¿Existe evaluación de la experiencia?

- Sí
- No

- En caso de contestación afirmativa, ¿en qué consiste?:

- _____
- _____
- _____

¿Existen estudios de percepción de los profesionales implicados en la experiencia?

- Sí
- No

- En caso de contestación afirmativa, ¿qué resultados se han obtenido?:

- _____
- _____
- _____

¿Existen estudios de percepción de los ciudadanos atendidos con este modelo?

- Sí
- No

- En caso de contestación afirmativa, ¿qué resultados se han obtenido?:

- _____
- _____
- _____

- Ventajas del modelo (enuncie tres o cuatros aspectos relevantes):

- _____
- _____
- _____
- _____

- Inconvenientes del modelo (enuncie tres o cuatros aspectos relevantes):

- _____
- _____
- _____
- _____

C.5. Otro modelo

- Sí
- No

- En caso de contestación afirmativa, ¿en qué consiste?:

- _____
- _____
- _____

¿Existe seguimiento de la experiencia?

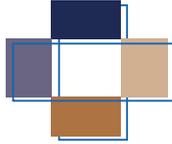
- Sí
- No

- En caso de contestación afirmativa, ¿en qué consiste?:

- _____
- _____
- _____

¿Existe evaluación de la experiencia?

- Sí
- No



- En caso de contestación afirmativa, ¿en qué consiste?:

- _____
- _____
- _____

¿Existen estudios de percepción de los profesionales implicados en la experiencia?

- Sí
 No

- En caso de contestación afirmativa, ¿qué resultados se han obtenido?:

- _____
- _____
- _____

¿Existen estudios de percepción de los ciudadanos atendidos con este modelo?

- Sí
 No

- En caso de contestación afirmativa, ¿qué resultados se han obtenido?:

- _____
- _____
- _____

- Ventajas del modelo (enuncie tres o cuatros aspectos relevantes):

- _____
- _____
- _____
- _____

- Inconvenientes del modelo (enuncie tres o cuatros aspectos relevantes):

- _____
- _____
- _____
- _____

ANEXO II: Cuestionario de Sociedades Científicas

A. Herramientas necesarias para una buena continuidad asistencial

- 1.- ¿Cuales serían, a criterio de ustedes, las herramientas necesarias para posibilitar una adecuada continuidad asistencial entre Atención Primaria y Atención Especializada? (Enumere como máximo cinco herramientas)

B. Herramientas implantadas

- 2.- En su Comunidad Autónoma, ¿alguna/s de las herramientas que han referido, están implantadas? (Por favor, especifique cual/es y la percepción que tienen de si mejora o no la continuidad asistencial)

Herramienta	Mejora Continuidad Asistencial	
_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

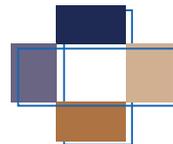
C. Nuevos modelos de organización

- 3.- ¿En su Comunidad Autónoma existe alguna experiencia de Área Única? (se entiende por "Área Única", una única estructura en el Área de Salud pero no están fusionados ambos niveles asistenciales en una gestión asistencial)

- Sí
- No

- En caso de contestación afirmativa,

- ¿desde qué año? _____
- ¿qué opinión les merece?
 - Ha mejorado la continuidad asistencial
 - Continúa como antes
 - Ha empeorado la continuidad asistencial



4.- ¿En su Comunidad Autónoma existe alguna experiencia de Gestión Integrada? (se entiende por “Gestión Integrada” si existe una fusión de la gestión directiva, asistencial y administrativa de ambos niveles asistenciales en el Área de Salud)

Sí

No

- En caso de contestación afirmativa,

• ¿desde qué año? _____

• ¿qué opinión les merece?

Ha mejorado la continuidad asistencial

Continúa como antes

Ha empeorado la continuidad asistencial

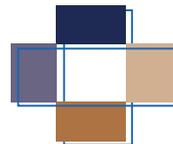
ANEXO III: Resultados CUESTIONARIO Comunidades Autónomas

Modelos de Gestión

- En todas las Comunidades Autónomas existen Equipos de Atención Primaria (EAP) aunque en dos Comunidades Autónomas se denominan Unidades Clínicas de Gestión o Servicios y Unidades de Atención Primaria.
- En ocho Comunidades Autónomas existe **descentralización** de la gestión en los EAP en mayor o menor grado. En cuatro Comunidades el grado de descentralización es más avanzado hacia la autogestión.
- En una Comunidad Autónoma se han implantado experiencias de **Entidades de Base Asociativa**.
- En dos Comunidades Autónomas se han implantado el modelo de gestión de **Área Única** en todo su ámbito territorial. Una Comunidad Autónoma manifiesta que se implantará el modelo de gestión de Área Única en un futuro próximo.
- En tres CCAA existen Áreas Únicas históricamente, siendo el modelo de gestión de EAP.
- En dos Comunidades Autónomas se ha implantado el modelo de gestión de **Gestión Integrada** en todo su ámbito territorial.
- En tres Comunidades Autónomas se ha implantado alguna experiencia de Gestión Integrada.

Composición EAP

- Aunque existen modelos de organización de Área Única o de Gestión Integrada, sigue manteniéndose la estructura de EAP.
- En las 15 CCAA, los EAP están compuestos por Médicos de Familia, Pediatras, Enfermeras, y Auxiliares Administrativos.
- Otros tipos de profesionales que forman parte del EAP son:
 - Auxiliares de Enfermería: 14 CCAA
 - Celadores: 14 CCAA
 - Trabajadores Sociales: 5 CCAA
 - Técnico Especialista en Radiodiagnóstico (TER): 3 CCAA
 - Fisioterapeuta: 2 CCAA
 - Matronas: 2 CCAA
 - Farmacéutico: 2 CCAA
 - Enfermeras enlace de casos
 - Odontólogos
 - PADES
 - Médico y Enfermera de Atención Continuada
 - Veterinario
 - Personal de Servicios Generales

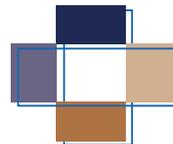


Otras Unidades de Apoyo

- Salud Bucodental: 15 CCAA
- Atención Continuada / Urgencias: 14 CCAA
- Fisioterapia: 12 CCAA
- Trabajadores Sociales: 12 CCAA
- Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica: 11 CCAA
- Cuidados Paliativos: 10 CCAA
- Unidades de Salud Mental: 8 CCAA
- Otras Unidades con menor frecuencia:
 - Servicio de Farmacia (2 CCAA)
 - Unidades de Atención a la Salud Sexual (2 CCAA)
 - Unidad de Residencias
 - Centro de Orientación Familiar
 - Unidades de Atención a la Mujer
 - Mediadores culturales
 - Equipos de atención temprana
 - Técnico Especialista en Radiodiagnóstico
 - Unidad de Atención a Conductivas Adictivas
 - Unidad de Atención al Dolor
 - Unidades Medicalizadas de Emergencias
 - Servicio de Sistemas de Información y Calidad Asistencial
 - Unidad de Radiología

Instrumento de Gestión

- En las 15 CCAA se utiliza un compromiso o acuerdo de gestión (contrato-programa, contrato de gestión,...).
- Los contenidos de estos instrumentos de gestión son:
 - Calidad Asistencial : 15 CCAA
 - Calidad prescripción: 15 CCAA
 - Gestión de gasto farmacéutico: 14 CCAA
 - Actividad: 12 CCAA
 - Continuidad Asistencial: 12 CCAA, consistente en:
 - ♦ Nº de derivaciones: 7 CCAA
 - ♦ Procesos Asistenciales Integrados: 5 CCAA
 - ♦ Relacionados con alta hospitalaria: 3 CCAA
 - ♦ Calidad de derivaciones: 2 CCAA
 - ♦ Identificación de especialidades donde AP pueda aumentar su capacidad de resolución: 2 CCAA
 - ♦ Consultorías
 - ♦ Sesiones Clínicas
 - ♦ Protocolo de coordinación de pacientes con riesgo social
 - ♦ Relacionados con ingreso hospitalario vía e-mail
 - ♦ Salud Mental en AP
 - ♦ Enfermeras de Enlace y Gestoras de casos
 - ♦ Acuerdo de Gestión Único para Atención Primaria y Hospitales
 - ♦ Uso Racional de medicamentos comunes
 - ♦ Participación en comisiones de Área y en grupos de trabajo de área sobre protocolos-guías sobre ingresos y urgencias evitables (CMBD)
 - ♦ Información clínica compartida
 - ♦ Prescripciones desde el ámbito de AE
 - ♦ Desarrollo de cartera de servicios de AP
 - Gestión de Personal: 12 CCAA
 - ♦ Únicamente 1 CA contempla el contrato de plantilla y suplencias. Las otras once CCAA contemplan solamente suplencias.
 - Calidad percibida: 11 CCAA
 - Seguridad del paciente: 11 CCAA
 - Formación: 11 CCAA
 - Investigación: 11 CCAA
 - Gestión de bienes y servicios (mantenimiento, material, entre otros): 10 CCAA
 - Gestión de reparaciones: 3 CCAA
 - Gestión de Inversiones: 2 CCAA
 - Otros:
 - ♦ Establecimiento de alianzas con residencias y centros sociosanitarios
 - ♦ Efectividad
 - ♦ Gastos por capítulos y demora en lista de espera
 - ♦ Acreditación de Unidades y Profesionales
 - ♦ Docencia
 - ♦ Imagen
 - ♦ Accesibilidad
 - ♦ Participación Ciudadana
 - ♦ Salud Pública (Planes Integrales)



Modelo de Gestión basado en EAP (Ventajas)

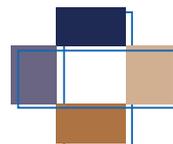
Del instrumento de gestión (proceso contractual):

- Mayor Autonomía de los Equipos en la organización y desarrollo de la actividad asistencial / Cierta autonomía de centros y profesionales.
- Permite una dirección por objetivos / Se visualizan los objetivos de la organización / Participación de los Coordinadores de los EAPs en la consecución de los objetivos / Implicación y control de los objetivos “más paternalista” por parte de los directivos / Clara identificación de los objetivos de la Institución / Implicación de los profesionales / Permite priorizar líneas estratégicas.
- Se pueden llegar a corregir determinados problemas.
- Corresponsabilidad de los profesionales en el uso de recursos públicos/ Implicación de los profesionales en la gestión y toma de decisiones organizativas / Implicación en la utilización de recursos / Aumenta la consciencia sobre la necesidad de gestionar los recursos / Participación de los profesionales en la gestión.
- Aumenta la sensibilidad sobre la necesidad de entrar en la gestión de los procesos.
- Por parte de los profesionales, escasa asunción del riesgo en caso de no cumplimiento de los objetivos pactados.
- Modelo que busca una mayor Eficacia, Efectividad y Eficiencia / Permite la monitorización de la Atención Primaria especialmente de la calidad y la eficiencia / Desarrolla una cultura de evaluación de resultados / Cultura de evaluación / Cultura de mejora / Evaluación multidimensional / La evaluación permite detectar las áreas de mejora en los aspectos referentes a calidad, satisfacción de los usuarios, eficiencia y capacidad resolutoria / Pacto de gestión con indicadores cuatrimestrales / Evaluación de resultados / Comparación de resultados entre los distintos departamentos.
- Da herramientas para conseguir los objetivos del planificador de mejorar la eficiencia, contener el gasto farmacéutico, aumentar la capacidad resolutoria y asegurar el continuum asistencial.
- Facilita el proceso de benchmarking entre equipos.
- Claro / Conciso.
- Mismos objetivos para los distintos niveles asistenciales.
- Modelo muy consolidado y muy conocido por los profesionales.
- Homogeneidad en la cartera de servicios.
- Único para todos los centros de la Comunidad Autónoma.
- Descentralización.
- Incentivación ligada a evaluación / Posibilidad de asociar una cantidad (aunque pequeña) de Productividad Variable al cumplimiento de objetivos/ Elaborado por equipo multidisciplinar, ligado a un sistema de ponderación para asignación de incentivos / Incentivos. Bolsa A por cumplimiento de objetivos asistenciales y Bolsa B si cumplen el objetivo presupuestario / Incentivación / Gran esfuerzo por establecer objetivos individuales en la mayor parte de las categorías, medibles y poco discutibles.
- Contrato programa basado en modelo EFQM.

Modelo de Gestión Basado en EAP (Inconvenientes)

Del instrumento de gestión (proceso contractual):

- Dificultad de información en capítulo I (personal).
- El modelo de contrato de gestión pierde fuerza con el paso de los años.
- La evaluación positiva o negativa de resultados no provoca cambios importantes.
- Autonomía organizativa y de gestión limitada por las rigideces del sistema / Rigidez en la organización. Escasa gestión de los profesionales.
- Necesidad de mejora de las herramientas de evaluación / Es necesario crear una estructura organizativa y tecnológica que permita la recogida, análisis, evaluación y monitorización de todos los indicadores necesarios para evaluar el contrato de forma eficiente y actualizada / Lentitud y rigidez en la evaluación / Es necesario compatibilizar la cultura de administración y gestión propia de los indicadores relacionados con la gestión y la eficiencia con la cultura clínica y asistencial de los indicadores relacionados con la calidad / Los indicadores deben ser sometidos a revisión continua para asegurar su pertinencia y a la vez debe asegurarse una cierta estabilidad que permita seguir la evolución temporal de los procesos / Sesgos de medición.
- Poco seguimiento de los indicadores a lo largo del año, hay una evaluación final / Escasa implicación y riesgo en la toma de decisiones y en el seguimiento por parte de los profesionales.
- Resistencia por cambio cultural.
- Algunos profesionales no están familiarizados con el modelo EFQM / Número elevado de objetivos.
- Hay que adecuarlo al Plan de Mejora de Calidad de la Dirección de Atención Primaria que se está implementando actualmente.
- Una retribución no ligada a resultados / Sistema retributivo rígido.
- La consecución de objetivos se relaciona con escasa compensación / Cantidad pequeña de Productividad Variable / Escasa incentivación / Poca discriminación / En alguna categoría no es posible definir objetivos individuales / No se hacen evaluaciones individuales, solo de equipo. Aunque se facilita información individual en gasto farmacéutico y derivaciones a AE, e información por unidad básica (médico y enfermera) de coberturas de servicios, así como indicadores de proceso y resultado en determinados servicios, la evaluación e incentivación es por equipo. / El cumplimiento de objetivos puede ser poco motivador si no se pueden medir a nivel individual y va unido a bajas retribuciones.
- Escaso recorrido.
- La información no llega a una parte importante de la organización / Dificultad para llegar a todos los profesionales.
- Se suelen dar demasiados “bandazos” en la formulación del contrato de un año para otro, sin continuidad aparente o énfasis de “lo importante”.
- Escaso compromiso con la organización. No identificación.



Iniciativas innovadoras: Autonomía de Gestión de EAP, ventajas e inconvenientes

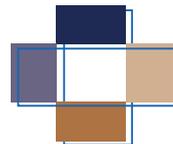
- De las ocho CCAA que han desarrollado descentralización de la gestión en mayor o menor grado, en cuatro de ellas se han dado más pasos para la autonomía de gestión, como son en la flexibilidad de la organización de los EAP, en una mayor responsabilidad en la gestión presupuestaria y en la asunción de riesgos.
- En tres CCAA, esta autonomía de gestión se está realizando de forma experimental en un número pequeño de EAP, siendo muy reciente en dos de estas CCAA.
- En dos CCAA, se tiene planificado la autonomía de gestión de manera gradual.
- En tres CCAA, existe seguimiento y evaluación de la implantación del modelo. En la restante, al ser tan de reciente su implantación, aún no existen valoraciones de seguimiento y evaluación.
- Cuatro CCAA han realizado estudios de percepción de los profesionales con la descentralización / autonomía de gestión con valoración muy positiva por parte de los profesionales.
- En las cuatro CCAA, se realiza encuestas de satisfacción de los ciudadanos, siendo los resultados superiores al resto de los EAP, destacando en algunas de ellas los siguientes aspectos: Facilidad en coger cita para el día y hora deseados, respeto a la intimidad en consulta, continuum asistencial y la relación con la atención especializada.
- En una CA, refiere que ha disminuido el número de reclamaciones en los EAP con mayor autonomía de gestión.
- En cuanto a las Ventajas del Modelo, las CCAA especifican los siguientes aspectos:
 - Mayor Autonomía de los Equipos en la organización y desarrollo de la actividad asistencial, en función de las necesidades de la población a la que atiende.
 - Modelo basado en Objetivos y Valores, en consonancia con las líneas estratégicas de la institución, las necesidades de la población y la mejora continua de los resultados en salud.
 - Corresponsabilidad de los profesionales en el uso de recursos públicos, aumentando la eficiencia en las prestaciones.
 - Modelo que busca una mayor Eficacia, Efectividad y Eficiencia.
 - Cumplimiento amplio de objetivos de Calidad.
 - Mejora clara de los resultados en la dimensión Eficiencia.
 - Refuerzo del Liderazgo dentro del Equipo.
 - Implicación y motivación de lo profesionales.
 - Mejora del clima laboral y trabajo en Equipo.
 - Planes de mejora espontáneos.
 - Aplicable a gran número de equipos de la Comunidad.
 - La autogestión dota de capacidad de decisión a los profesionales lo que redunde en mayor satisfacción e implicación en su actividad. Los resultados y la calidad mejoran si los profesionales están motivados.
 - La gestión de recursos humanos puede aumentar en eficiencia, racionalidad y flexibilidad.
 - La gestión de las agendas permite aumento de accesibilidad de los profesionales.
- En cuanto a los Inconvenientes del Modelo, las CCAA especifican los siguientes aspectos:
 - Dificultad de descentralización presupuestaria.
 - Modelo de Financiación y de asunción de riesgo por parte de los profesionales.
 - Comparabilidad entre las Unidades.
 - Sistemas de Información.
 - Evaluación de resultados, lo que implica mayor esfuerzo.
 - Liderazgo importante del coordinador.
 - Riesgo de actitudes economicistas.
 - Rechazo de agentes sociales (representantes sindicales).
 - Es necesario dotar a los equipos de una estructura y de una cultura de gestión.
 - El entorno organizativo puede tener gran influencia sobre el impacto de la autogestión en la atención a los ciudadanos y en la satisfacción de los profesionales. Las experiencias aisladas de autogestión pueden quedar debilitadas si no hay implicación del entorno.

Iniciativas innovadoras: Entidades de Base Asociativa

- Las EBA son entidades jurídicas constituídas por profesionales que gestionan y a la vez prestan servicios asistenciales en un centro de Atención Primaria. Únicamente están implantadas en Cataluña desde hace más de 5 años con buen funcionamiento.
- La evaluación se hace siguiendo las pautas de evaluación de los otros centros. Existe un estudio independiente realizado por la Fundación Abedis Donabedian comparando los modelos de provisión de la Atención Primaria en Cataluña.
- Los estudios de percepción de los profesionales implicados en la experiencia demuestran resultados muy satisfactorios, expresando mayor satisfacción al aumentar el grado de autonomía y capacidad de decisión.
- Los estudios de percepción de los ciudadanos atendidos con este modelo dan resultados muy satisfactorios.
- Las Ventajas del modelo son:
 - La autonomía de los profesionales redundan en su mayor implicación lo que aumenta la calidad asistencial y asegura el continuum asistencial.
 - La implicación mejora los resultados en la eficiencia y el control del gasto.
- Los Inconvenientes del modelo son:
 - El comprador debe asegurar una evaluación del modelo que permita garantizar la equidad y la calidad en la provisión de servicios.
 - Los equipos deben dotarse de estructuras de gestión para llevar a cabo su actividad (recursos humanos, gestión financiera, gestión de productos intermedios...).
 - Las experiencias aisladas pueden quedar en posición de debilidad en la gestión y organización de procesos relacionados con el continuum asistencial y las tecnologías de la información.

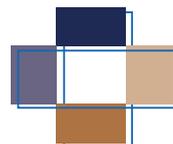
Iniciativas innovadoras: Área Única

- La implantación del modelo de Área Única se ha realizado en dos Comunidades Autónomas, cuyo organigrama consta de Direcciones Médicas y de Enfermería de Atención Primaria y de Atención Especializada. Las Direcciones de Recursos Humanos y de Recursos Económicos son únicos para ambos niveles asistenciales.
- En una Comunidad Autónoma, se realiza seguimiento del modelo de gestión a través de las Memorias y del Contrato de Gestión. En la otra Comunidad, no se comenta el seguimiento.
- No se comenta evaluación del modelo en ninguna de las dos Comunidades Autónomas.
- No se han realizado estudios de percepción de los profesionales con el modelo.
- En una Comunidad Autónoma si se ha realizado estudios de percepción de los ciudadanos con el modelo aunque no se comenta los resultados obtenidos.
- En cuanto a las Ventajas del modelo, una Comunidad comenta las siguientes:
 - Objetivos comunes a nivel gerencial y de Direcciones.
 - Relación en cuanto a objetivos y funcionamiento más adecuada entre AP y AE.
 - Mayor capacidad de Gestión de Personal (pediatras de Hospital colaboran asistencialmente con AP, médicos de urgencia Hospitalaria asisten en 061).
 - Gestión por procesos en el marco del Plan de Salud permite unificar comportamientos y actividades en ambos niveles asistenciales.
- En cuanto a los Inconvenientes del modelo, una Comunidad comenta los siguientes:
 - Los propios del mantenimiento de comportamientos y de ideas "tradicionales", no de Gerencia Única, con escenario de nula comunicación entre AP y AE.



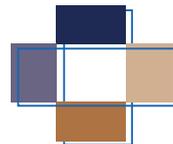
Iniciativas innovadoras: Gestión Integrada (¿En qué consiste?)	
Comunidad Autónoma 1	<ul style="list-style-type: none"> • Su fin es organizar demarcaciones territoriales que permitan la gestión unitaria pública de los recursos de un hospital y el correspondiente distrito de Atención Primaria. • Debe destacarse que las Áreas orientan sus actividades de forma prioritaria hacia la promoción de la salud y prevención de enfermedades, propiciando una organización en base a las necesidades de la población. • Son características de esta estructura la integración funcional de los recursos y la autonomía de gestión en su marco territorial, acercando la toma de decisiones al lugar donde se producen los servicios y se consumen los recursos. • Además de contrato-programa y presupuesto únicos, el modelo posibilita unidades administrativas comunes para la gestión de personal, contabilidad o suministros; servicios generales unificados para mantenimiento, electromedicina, gestión de residuos; una unidad integrada de apoyo a la formación, investigación y docencia; comisiones clínicas unificadas; la gestión única de programas de salud o servicios de atención al usuario y la planificación conjunta de las urgencias y emergencias. • La creación de áreas de gestión sanitaria responde, a la necesidad de nuevas fórmulas organizativas que den respuesta a los problemas planteados en el sistema sanitario, en especial los derivados de la falta de coordinación entre los dos niveles de atención. • Se pretende garantizar una atención integral a los ciudadanos dentro de un marco de mayor calidad y eficiencia en la gestión de los recursos.
Comunidad Autónoma 2	<ul style="list-style-type: none"> • El medio natural del paciente es la Atención Primaria y el gestor es la unidad básica asistencial. • Cartera de servicios única para los dos niveles orientada a la gestión por procesos. • Garantizar la continuidad asistencial, realizando cada nivel lo que tenga que hacer utilizando como herramienta las rutas asistenciales.
Comunidad Autónoma 3	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión única tanto directiva como asistencial y administrativa de ambos niveles asistenciales y del nivel socio-sanitaria.
Comunidad Autónoma 4	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos de A. Hospitalaria, primaria y unidades de apoyo transferidos al área de salud (algunos aún en fase de transferencia). • Equipo directivo de la Gerencia de Área único (Objetivos de área). • Contrato de gestión único con el área de salud.
Comunidad Autónoma 5	<ul style="list-style-type: none"> • Gerente como responsable único de dirección y gestión de todo el departamento. • Prestación de una atención sanitaria integral coordinando todos los ámbitos de actuación sanitaria. • Acuerdos de Gestión unificados para todos los niveles asistenciales del departamento.

Iniciativas innovadoras: Gestión Integrada (¿Cuál es su organigrama?)	
Comunidad Autónoma 1	<ul style="list-style-type: none"> • Su estructura funcional es en base a las Unidades de Gestión Clínica existentes en su demarcación territorial, ya sean de Atención Primaria, de Atención hospitalaria o interniveles. • Su estructura directiva depende de cada Área, pero en líneas generales se compone de: Dirección Gerencia, Dirección Asistencial, Dirección de Enfermería o de Cuidados y la Dirección de Desarrollo Profesional y Gestión Económica.
Comunidad Autónoma 2	<ul style="list-style-type: none"> • Un Gerente único del que depende como eje central una Dirección de Procesos Asistenciales. A su vez de ésta última dependen una Dirección de Procesos Médicos, otra de Procesos Quirúrgicos y otra de Procesos de Enfermería. Como direcciones de soporte cuenta con una Dirección de Recursos Humanos, otra de Gestión y otra de Prestaciones.
Comunidad Autónoma 3	<ul style="list-style-type: none"> • Director de Área <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gerente de Procesos ▪ Director de Procesos Quirúrgicos ▪ Director de Procesos Médicos ▪ Director de Urgencias y Procesos Ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> ◆ Subdirector de Urgencias y Procesos Ambulatorios ▪ Director de Procesos de Enfermería <ul style="list-style-type: none"> ◆ Subdirector de Enfermería Primaria ◆ Subdirector de Enfermería Especializada ▪ Directora de Recursos Económicos y Servicios Generales <ul style="list-style-type: none"> ◆ Subdirector de Gestión ▪ Director de Recursos Humanos <ul style="list-style-type: none"> ◆ Subdirector de Recursos Humanos.
Comunidad Autónoma 4	<ul style="list-style-type: none"> • Director Gerente; Dirección Médica, Dirección de Continuidad, Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión. Profesionales de Primaria se incorporan a las diferentes comisiones del área de salud.
Comunidad Autónoma 5	<ul style="list-style-type: none"> • Director Económico de departamento (dependencia del Gerente) • Director de Enfermería de departamento (dependencia del Gerente) • Director Médico de Hospital (dependencia del Gerente) • Director Médico de Atención Primaria (dependencia del Gerente) • Director de enfermería de Atención Primaria (dependencia orgánica del Director de Enfermería del departamento y funcional del Director Médico de Atención Primaria) • Subdirecciones medicas, de enfermería y económicas en función del tamaño del departamento (dependen de las distintas direcciones).



Iniciativas innovadoras: Gestión Integrada (¿Existe seguimiento de la experiencia?)	
Comunidad Autónoma 1	<ul style="list-style-type: none"> • La introducción de las Áreas de Gestión sanitaria se planificó con un período de transición, considerándose necesario diversificar las experiencias y evaluarlas. La extensión progresiva de las áreas a la totalidad de la red se produciría, en su caso, incorporando las modificaciones que la evaluación aconsejase. • Las Áreas de Gestión deberían permitir mejoras en la calidad asistencial y mayor eficiencia en la gestión de recursos. La expectativa era obtener una disminución de los costes de personal, farmacia y gastos corrientes, como consecuencia de una administración común y una gestión de mayor escala, junto a un avance en los objetivos asistenciales que requieren coordinación entre el nivel primario y el hospitalario sin detrimento del resto de objetivos. • En conjunto se esperaba un impacto positivo en los profesionales sanitarios y los ciudadanos del área.
Comunidad Autónoma 2	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación independiente del modelo EFQM en 2006 con más de 200 puntos. En 2008 recibió el sello de excelencia europeo con más de 400 puntos. • Implantación de normas ISO en Laboratorio, Anatomía Patológica, Radiodiagnóstico,...
Comunidad Autónoma 3	<ul style="list-style-type: none"> • Cuadro de mandos y acuerdo de gestión.
Comunidad Autónoma 4	<ul style="list-style-type: none"> • A través de los indicadores de contrato de gestión en las tres Gerencias de Área Históricas y en las seis nuevas a partir de contrato de gestión 2010. • Encuesta de calidad percibida por los pacientes y encuesta de clima laboral entre profesionales (a poner en marcha en 2010). • Probable desarrollo de un modelo de evaluación con la UPCT (en fase de primeros contactos).
Comunidad Autónoma 5	<ul style="list-style-type: none"> • Se está llevando a cabo por parte de una consultoría un proyecto de seguimiento que permita evaluar la efectividad de la puesta en marcha de la integración en tres departamentos piloto de la Comunidad.

Iniciativas innovadoras: Gestión Integrada (¿Existe evaluación de la experiencia?)	
Comunidad Autónoma 1	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza una evaluación cualitativa por expertos de las áreas sanitarias del Servicio Regional de Salud. Según este análisis, la unificación del equipo directivo y la estructura organizativa habían permitido avanzar en la integración de niveles y mejorar en numerosos aspectos respecto a las estructuras tradicionales. • Se destacaron mejoras en la accesibilidad y la satisfacción de los usuarios, así como en la coordinación entre niveles y la organización por procesos asistenciales integrados. Globalmente, parece que se consigue una asignación más eficiente de los recursos diagnósticos y se optimiza la prestación farmacéutica. • Las áreas permiten un uso más eficiente de los recursos, destacando las ventajas de gestionar de forma conjunta las compras, la logística y la contratación de servicios. • Dado que el Plan Marco de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud del año 2000 otorgaba una gran importancia a la continuidad asistencial, a la coordinación interniveles y a la atención integral, se considera que las áreas de gestión sanitaria se encuentran en una posición inmejorable para lograr estos objetivos, aunque deberían aumentar su coordinación e integración, sobre todo a nivel asistencial. • La Dirección General de Asistencia Sanitaria y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, con la colaboración de la Escuela Salud Pública, realizan un análisis cualitativo mediante discusión entre expertos con técnicas de grupo nominal y un estudio observacional controlado de elementos cuantitativos, comparando indicadores de actividad, resultados de calidad asistencial y datos económicos. La comparación se estableció con los hospitales comarcales del grupo IV, que comparten características esenciales con los que eran objeto de estudio, y los distritos de Atención Primaria de su área de influencia.
Comunidad Autónoma 2	<ul style="list-style-type: none"> • Además de lo comentado en el apartado anterior ha sido la primera gerencia española con una memoria de sostenibilidad en la que se establecen compromisos claros en materia de responsabilidad social corporativa.
Comunidad Autónoma 3	<ul style="list-style-type: none"> • La evaluación reglada como tal no existe, pero si hay resultados muy favorables sobre eficiencia.
Comunidad Autónoma 4	<p>(Parcialmente en las tres Gerencias de área previamente implantadas)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evolución de los indicadores de contrato de gestión que tienen que ver con integración y/o continuidad de la atención y/o mejora de la resolutivez de Atención Primaria. • Las encuestas de calidad percibida (satisfacción) son una mezcla de preguntas tipo encuesta de satisfacción y otras tipo informe de usuario. Dan una visión sobre los cambios percibidos por los usuarios, pero es pronto para valorar resultados.
Comunidad Autónoma 5	<ul style="list-style-type: none"> • El documento de "líneas estratégicas de mejora en Atención Primaria" contempla entre sus principales objetivos los relativos a integración asistencial. Anualmente se hace una evaluación de dichos objetivos y se ve la evolución que está teniendo con respecto al año anterior y permite comparar los distintos departamentos. En las dos evaluaciones hechas hasta el momento se ve la evolución favorable de la integración departamental.



Iniciativas innovadoras: Gestión Integrada

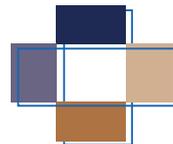
- Sólo una Comunidad Autónoma ha realizado estudios de percepción de los profesionales con el modelo, con el siguiente resultado: Aprobado alto: en Atención Primaria (más de 6 sobre 10) y en Atención Hospitalaria (más de 7 sobre 10).
- Cuatro Comunidades Autónomas han realizado estudios de percepción de los ciudadanos con el modelo, con los siguientes resultados:
 - No existen diferencias estadísticamente significativas de un modelo respecto al otro.
 - Satisfacción incrementada al mejorar los circuitos asistenciales y apertura de pruebas a Atención Primaria. Proceso más ágil.
 - Pronto para valorar cambios y es preciso implementar métodos de análisis más complejos.
 - Encuesta de opinión 2001-2009: evolución anual de los pacientes que valoran positivamente las atenciones sanitarias recibidas: 97% (2009). (Nota: estos resultados son de una Comunidad Autónoma con implantación del modelo de gestión integrada en todo su ámbito territorial).
- Las **Ventajas** del modelo son:
 - Uso más eficiente de los recursos.
 - Mejora en la continuidad asistencial.
 - Mejora en la atención integral del paciente.
 - Mejora la resolutiveidad de Atención Primaria.
 - Mejora la participación de los profesionales de Atención Primaria.
 - Mejora la gestión por procesos asistenciales.
 - Ninguna diferencia entre Unidades de Gestión Clínica de Hospital y de Primaria.
 - Mejora el conocimiento y la integración de los profesionales de ambos niveles.
 - Mejora la implantación de las Tecnologías de la Información y Comunicación.
 - Mejora la gestión económica en suministros y farmacia – receta.
 - Mayor satisfacción de los usuarios.
- Los **Inconvenientes** del modelo son:
 - Debe mejorar la integración de estructuras.
 - Los profesionales tienen que percibir la pertenencia al área y no al nivel asistencial.
 - Resistencia al cambio.
 - Proceso de implantación complejo con dificultades iniciales que requiere un plan de comunicación y esperar un tiempo para poder empezar a obtener resultados.
 - Primeros resultados sobre avances alentadores, pero a falta de evaluar a medio-largo plazo.

Dos CCAA no especifican ventajas ni inconvenientes del modelo

ANEXO IV: Resultados CUESTIONARIO Sociedades Científicas

Herramientas para posibilitar una adecuada continuidad asistencial

- Transmisión de información clínica bidireccional (fundamentalmente historia clínica compartida): 25 contestaciones
- Fomento de comunicación interniveles, con especial desarrollo a nuevas tecnologías (vía e-mail, comunicación on-line, teléfono,...): 21 contestaciones
- Protocolos, vías o guías clínicas (incluyendo prescripción farmacéutica): 18 contestaciones
- Formación conjunta (sesiones clínicas, rotaciones interniveles, cursos,...): 12 contestaciones
- Catálogo único de pruebas complementarias: 9 contestaciones
- Comisiones, reuniones periódicas interniveles, grupos de trabajo conjunto,...: 8 contestaciones
- Informes de alta hospitalaria / informes de ingreso hospitalario: 6 contestaciones
- Asunción de cada nivel de su responsabilidad en trámites administrativos (parte de I.T., recetas,...): 4 contestaciones
- Mismos objetivos: 3 contestaciones
- Gestión y control de derivaciones (agendas) al Hospital por médicos de A.P.: 3 contestaciones
- Integración vertical: 3 contestaciones
- Mejora del conocimiento interniveles: 2 contestaciones
- Enfermería de enlace: 2 contestaciones
- Selección de especialistas de A.E. por parte del médico de A.P.: 2 contestaciones
- Evaluación mediante criterios y objetivos compartidos dentro de lo posible: 2 contestaciones
- Formación de residentes de forma bidireccional: 2 contestación
- Criterios pactados: 1 contestación
- Priorización de interconsultas: 1 contestación
- Gestión de procesos integrados seleccionados entre los más prevalentes: 1 contestación
- Implementación de los protocolos acordados de forma conjunta: 1 contestación
- Planificación conjunta de la Cartera de Servicios: 1 contestación
- Identificación del médico responsable del paciente en cada servicio: 1 contestación
- Incentivación de la coordinación entre niveles asistenciales: 1 contestación
- Especialista consultor: 1 contestación
- Integración horizontal: 1 contestación
- Capacidad de compra de especialidades por A.P.: 1 contestación
- Circuitos asistenciales rápidos para determinadas patologías: 1 contestación
- Figura de coordinador de AP - AE (un médico y una enfermera): 1 contestación
- Atención centrada en el paciente y no en el profesional: 1 contestación
- Eliminación de indicadores perversos basados en actividad y fomento de indicadores de resultados en salud: 1 contestación
- Visitas regladas de pacientes ingresados: 1 contestación
- Visitas bidireccionales del médico de AP a hospital y médico de AE a centro de salud: 1 contestación



Percepción de herramientas que ha propuesto y están implantadas en su Comunidad Autónoma

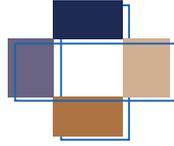
Sí ha mejorado la continuidad asistencial	No ha mejorado la continuidad asistencial
<ul style="list-style-type: none"> • Transmisión información bidireccional (historia clínica compartida): 12 contestaciones • Implantación nuevas tecnologías de comunicación: 8 contestaciones • Protocolos, vías, guías clínicas: 6 contestaciones • Seguimiento altas / ingresos hospitalarios: 4 contestaciones • Formación compartida especialmente rotaciones interniveles: 3 contestación • Integración horizontal: 1 contestación • Área Única: 1 contestación • Especialista consultor: 1 contestación • Coordinador AP-AE (solo médico): 1 contestación • Reuniones periódicas: 1 contestación • Consultas rápidas en patologías concretas: 1 contestación 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos, vías, guías clínicas: 3 contestaciones • Integración vertical: 2 contestación • Informe de cuidados al alta: 1 contestación • Relación continua de equipos directivos de ambos niveles: 1 contestación • Uso de vías de comunicación accesible a ambos niveles: 1 contestación • Eliminación de indicadores perversos basados en actividad y fomento de indicadores de resultados en salud: 1 contestación • Sesiones conjuntas: 1 contestación

Percepción de la continuidad asistencial en Comunidades Autónomas con Área Única

<ul style="list-style-type: none"> • Confusión entre Área Única y Gestión Integrada • Las Sociedades Científicas identifican 7 CCAA con Área Única, aunque sólo existe en tres de ellas • En relación con las tres CCAA que tienen Área Única con 4 - 5 años de evolución, la percepción generalizada es que la continuidad asistencial continúa como antes
--

Percepción de la continuidad asistencial en Comunidades Autónomas con Gestión Integrada

<ul style="list-style-type: none"> • Confusión entre Área Única y Gestión Integrada • Las Sociedades Científicas identifican 7 CCAA con Gestión Integrada, aunque existe en seis de ellas • En relación con las seis CCAA que tienen Gestión Integrada, la percepción es: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ha mejorado: 4 contestaciones ▪ Continúa como antes: 3 contestaciones ▪ Ha empeorado: 2 contestaciones
--



Gestión Clínica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía: un espacio compartido

Áurea Bordóns Ruiz

Directora General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud

Las Unidades de Gestión Clínica (UGC) se han constituido como un elemento imprescindible de innovación en la gestión de los servicios sanitarios, como una herramienta necesaria para mejorar la eficacia, efectividad y eficiencia de estos servicios. En estas unidades, la figura de los profesionales adquiere una extraordinaria relevancia por su capacidad para asumir mayores niveles de responsabilidad y autonomía en la gestión.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y el Servicio Andaluz de Salud (SAS) consideran que las UGC son las herramientas organizativas idóneas para desarrollar y desplegar las estrategias y los objetivos institucionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

La Administración sanitaria andaluza parte de la convicción de que, para alcanzar los objetivos, hay que potenciar el reagrupamiento eficiente, la multidisciplinariedad y el carácter multicéntrico a diferencia de los tradicionales servicios clínicos, centrandolo a toda la Organización en las necesidades en salud de la población de referencia. Estas unidades trascienden por vez primera los límites de los propios centros sanitarios, configurando unidades interniveles en las que disponen de recursos de Atención Primaria y de hospitales, y unidades inter-centros con un mayor enfoque de integración, que suman equipos de diferentes centros o de ámbito provincial.

Los directivos de instituciones sanitarias públicas de Andalucía visualizan las UGC como un mecanismo que permite la descentralización de la gestión y la participación de todos los profesionales. Por su parte, los profesionales valoran las UGC como un espacio estructurado que les permite desarrollar competentemente sus funciones con un alto grado de autonomía.

En la actualidad, los sistemas sanitarios tienen necesidad de renovación, de una nueva definición y orientación. La evolución en la demanda

de servicios, la oferta de prestaciones sanitarias y sociales, así como los avances en el conocimiento, son los tres grandes núcleos que proporcionan fundamento a la necesidad de renovar los sistemas y la gestión clínica emerge como una importante apuesta para la renovación.

En 1999, la Consejería de Salud de Andalucía adoptó el concepto de Gestión Clínica como modelo organizativo de los equipos, tanto de Atención Primaria como de atención hospitalaria. Desde entonces hasta la actualidad, la implantación del modelo ha sido progresiva y ha ido evolucionando proporcionando mayor capacidad a los profesionales para planificar y gestionar sus actividades. Por tanto, promoviendo su responsabilidad y autonomía de acuerdo a su capacidad de decisión, compartida con el paciente.

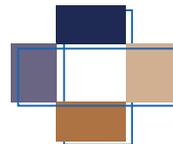
El desarrollo normativo, para consolidar el modelo, comienza en 2007 con la publicación del Decreto que regula la organización de la Atención Primaria en el Servicio Andaluz de Salud¹ y donde, específicamente, se dispone la organización de las UGC², definiendo la Unidad de Gestión Clínica como estructura organizativa. En 2008, se acometió la organización de los servicios de salud mental en la misma línea organizativa³. La Consejería de Salud prosigue impulsando la consolidación del modelo de Gestión Clínica mediante desarrollos reglamentarios. En la actualidad, se encuentra en elaboración un nuevo decreto que avanzará, aún más, en el ejercicio de descentralización y transmisión de protagonismo y corresponsabilidad a los profesionales. En suma, todo este desarrollo normativo, responde a un compromiso institucional para consolidar a lo largo de la actual Legislatura el modelo de gestión clínica en el SSPA.

Nuestro modelo se estructura en unidades multidisciplinares, superando el modelo clásico de servicios y niveles de atención, agrupando áreas de especialización, equipos básicos de atención, dispositivos de apoyo,

¹ Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de Atención Primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.

² Ibidem. Capítulo III. Artículo 22.

³ Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de salud mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.



procesos, etcétera. Este modelo facilita la praxis de los profesionales en un ámbito de organización multidisciplinar, basada en los principios de cooperación y transparencia, que garantiza la autonomía y capacidad auto-organizativa de las distintas especialidades, áreas de conocimiento y profesiones. Así como, permite el establecimiento de objetivos conjuntos entre las UGC y los centros asistenciales con total autonomía, para mejorar los resultados en salud de la población. Estos objetivos se integran en grandes áreas: uso adecuado del medicamento, seguridad del paciente, indicadores clínicos, accesibilidad, satisfacción del usuario, gestión económica, gestión del conocimiento, cartera de servicios, normas de calidad de procesos asistenciales, etc. Todo esto se completa con la acreditación de la unidad y de sus profesionales por parte de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

En el momento actual, la organización sanitaria andaluza cuenta con 909 unidades de gestión clínica, de las que 440 pertenecen a la Atención Primaria y 401 a atención hospitalaria. De estas unidades hospitalarias, 26 están integradas por profesionales de distintos hospitales. Además, 68 unidades tienen una configuración interniveles que integran la Atención Primaria y la hospitalaria. Esto se traduce en que más de 60 mil profesionales sanitarios forman parte y trabajan de acuerdo al modelo de unidades de gestión clínica.

La senda de desarrollo ha sido distinta en Atención Primaria y en atención hospitalaria. La estructuración de los servicios de Atención Primaria de salud se adecuaba, desde un principio, a la incorporación del enfoque de gestión clínica. De hecho, la aplicación del Decreto 197/2007, de 3 de julio, no ha tenido mayores problemas, salvo la adaptación de la estructura a las necesidades actuales y por supuesto los cambios de cultura.

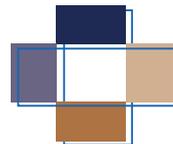
Por el contrario, la implantación de las UGC en hospitales está determinada por su propia complejidad organizativa. En los últimos años y tras una reflexión profunda, los hospitales han experimentado un cambio funcional muy importante en su organización, permitiendo la configuración de organizaciones más integradas y orientadas hacia los pacientes, donde confluyen distintas disciplinas, profesionales y niveles asistenciales.

Las UGC, por su orientación hacia la excelencia y por su pertenencia a un sistema sanitario público, tienen un compromiso ineludible con los ciudadanos, que se explicita en:

- Proporcionar una atención personalizada, garantizando los derechos de los pacientes.
- El respeto a los valores y preferencias de los pacientes en la adopción de decisiones sobre su salud, en suma, el respeto a la voluntad del paciente manifestada por cualquiera de las vías legalmente establecidas.
- La incorporación en la organización de los servicios de las expectativas y preferencias de los pacientes.
- Adaptar y flexibilizar la organización de los servicios a las situaciones de especial vulnerabilidad derivadas de la edad, sexo, factores culturales o de salud.
- El ofrecimiento de servicios seguros y basados en el mejor conocimiento disponible.
- En la garantía y mejora en el acceso equitativo y justo a los servicios ofertados.
- El fomento de una relación entre profesionales sanitarios y pacientes positiva, fundada en el mutuo respeto.
- La transparencia en la comunicación de resultados de la UGC.

En definitiva el modelo de gestión clínica proporciona un espacio de encuentro, un espacio compartido entre gestores, profesionales y ciudadanos, en el que las buenas prácticas sustentan la calidad de nuestro sistema sanitario. Su camino hacia la excelencia pasa por la acreditación de los profesionales, la implicación y participación de éstos como elemento clave, así como por los cambios organizativos que propicien un mejor uso de los recursos, para obtener mejores resultados en salud.

Aunque no se dispone aún de estudios sobre la percepción de los profesionales, sí se puede deducir por la adscripción voluntaria de la mayor parte de los equipos al modelo que su implantación y desarrollo es resultado de la aceptación e implicación de los profesionales en el mismo.



La percepción de la población, por su parte, se sigue midiendo a través de la Encuesta de Satisfacción, que periódicamente se realiza en toda Andalucía. Los resultados alcanzados validan el modelo, al comprobarse un aumento significativo de la satisfacción de los ciudadanos.

El modelo de gestión clínica enmarca una atención centrada en la persona, que implica a equipos de profesionales con independencia de su ámbito de pertenencia. Las UGC garantizan la continuidad asistencial, facilitan la promoción integral de la salud, articulan en la práctica los planes integrales, procesos asistenciales, estrategia de cuidados y seguridad del paciente, entre otras muchas actuaciones.

En definitiva, y desde la experiencia de la Administración sanitaria de Andalucía, podemos afirmar que la aportación de este modelo se centra en el aumento de la autonomía de los equipos en la organización y desarrollo de la actividad asistencial, en función de las necesidades de la población a la que atienden. Es un modelo que comparte los objetivos y valores del Sistema Sanitario Público de Andalucía y que fomenta la corresponsabilidad de los profesionales en el uso de recursos públicos, aumentando la eficiencia en las prestaciones y contribuyendo a la sostenibilidad del sistema sanitario público.

Integración Asistencial en un Departamento de Salud. Modelo Alzira

**R. Espinosa Urbina¹, M. Marín Ferrer², V. Palop Larrea³,
A. Fuertes Fortea⁴ y J. L. Ruiz López⁵**

¹Directora Médico Asistencial Área de Salud, ²Director Gerente, ³Subdirector Médico Asistencial Área de Salud, ⁴Subdirector Médico Asistencial Área de Salud y

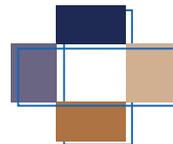
⁵Subdirector de Urgencias.

Todos los autores pertenecen al Departamento de Salud de la Ribera

Introducción

Coordinación, continuidad e integración asistencial son términos que se utilizan para referirse a la conexión de la atención asistencial que recibe un paciente desde múltiples fuentes de provisión, de manera que se alcance un objetivo común sin conflictos; cuando la coordinación alcanza su grado máximo, la atención está integrada. Los criterios de Leatt et al, para la evaluación por parte de un paciente del grado de integración de un sistema sanitario son: a) no tener que repetir su historia clínica en cada visita; b) no someterse a repeticiones inútiles de exámenes y pruebas; c) no ser la única fuente de información sobre su historia de utilización de servicios, procedimientos y medicamentos; d) no quedar en un nivel de atención inadecuado por incapacidad de acceder puntualmente a otro nivel; e) acceso continuo a un proveedor de servicios vinculado a la Atención Primaria; f) información clara y precisa sobre la calidad de la asistencia y resultados esperables de las distintas opciones terapéuticas y elegir en consecuencia; g) acceso fácil y oportuno a los diversos exámenes y profesionales; h) tiempo suficiente en las consultas del primer nivel asistencial; i) recibir educación para prevenir complicaciones de problemas crónicos, y j) apoyo domiciliario y formación a los pacientes en autocuidados que maximice su autonomía.

Se considera clave para la integración asistencial que existan “objetivos y estrategias compartidos” por todos los servicios que proporcionen un vínculo común para las actividades desarrolladas, como son la planificación es-



tratégica de toda la organización, el fortalecimiento de la Atención Primaria (AP), el desarrollo de sistemas de información integrados, programas de formación y estrategias de gestión clínica conjuntos, y recursos para poder prestar la asistencia en el nivel más adecuado y resolutivo.

Los elementos nucleares de la integración clínica son: la identificación o cribado de pacientes, su evaluación, la planificación asistencial, su implementación, la monitorización, y la evaluación y revisión. Además, es necesaria la implicación de los pacientes en su asistencia y autocuidado a través de la educación sanitaria e intervención comunitaria. El Departamento de La Ribera ha establecido la financiación capítativa para articular la integración entre niveles asistenciales, gestión por procesos, información clínica compartida mediante los sistemas de información, y sistema de incentivos con objetivos compartidos. En la actualidad se están desarrollando nuevas líneas de integración como son la gestión de la asistencia (care management) y la gestión de enfermedades crónicas.

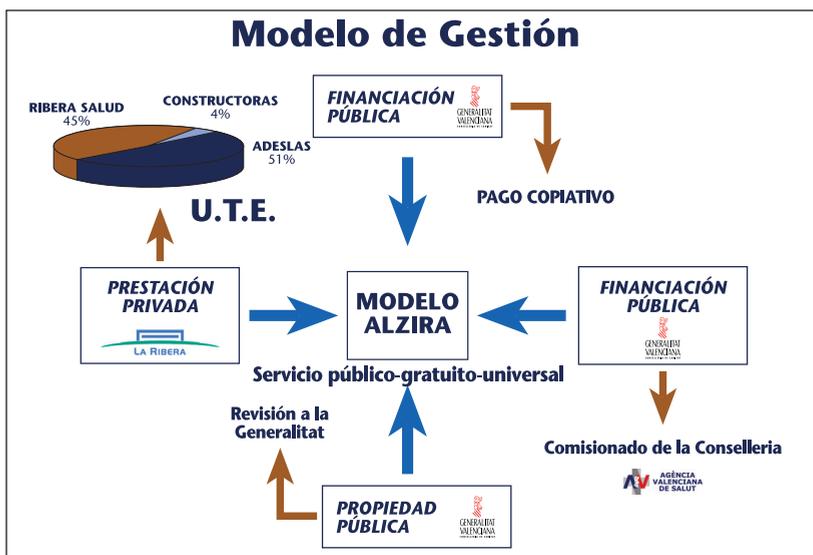
Bases de la integración

El Departamento de Salud de La Ribera nace en 1999, como concesión administrativa (gestión privada, prestación pública), con una UTE que gestiona la asistencia especializada del Hospital de La Ribera en Alzira y los centros de especialidades de Sueca y Alzira. Este tipo de gestión presentó en sus inicios una serie de retos que han condicionado el desarrollo de estrategias asistenciales y empresariales que han ayudado a modernizar la gestión sanitaria. Los retos asistenciales a los que tuvo que hacer frente el modelo se debieron a que solo se gestionaba la función asistencial de la Atención Especializada.

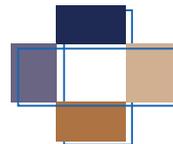
La eficiencia en la gestión de la sanidad pública requiere no solo tratar enfermedades sino gestionar la salud, la globalidad del proceso asistencial desde que el usuario entra en el sistema hasta que finaliza el episodio y sale del mismo. En este sentido, el Hospital de La Ribera se encontraba en una posición intermedia, ya que la lógica asistencial encuentra el inicio y la finalización del proceso en la AP, sobre la que la empresa no tenía ninguna capacidad de actuación. La obligatoriedad de alcanzar grandes cotas de ca-

lidad desde un principio se unía a la falta de capacidad de control efectivo sobre el proceso en toda su etapa evolutiva y sobre la entrada y salida del usuario al sistema.

Figura 1. Esquema del modelo de gestión del Modelo Alzira.



La ampliación del modelo Alzira en abril de 2003 a la AP permitió una gestión integral de la atención sanitaria pública y convirtió a la empresa gestora en una organización integrada de servicios sanitarios. Con la integración de niveles asistenciales se pretendía garantizar la continuidad de la atención, mediante la mejora de la coordinación de los servicios, que a su vez es el resultado de dicha integración. Los principios y objetivos estratégicos de la nueva organización se unieron a los que ya habían demostrado su eficacia en los 4 años de gestión del Hospital de La Ribera: a) crear una cultura entre los profesionales para que velen por un mismo interés, la salud del ciudadano y del paciente; b) constituir una organización orientada al paciente y conseguir que el ciudadano perciba una atención sanitaria sin escalones; c) definir procesos asistenciales integrados del Área de Salud, definir el "mejor lugar" diagnóstico, terapéutico y de seguimiento; d) acercar los servicios y la tecnología a los niveles asistenciales más próximos al



paciente; e) aumentar la capacidad de resolución de los profesionales, y f) conseguir calidad y eficiencia en la gestión.

La ampliación de la concesión y la extensión del modelo a la A.P. completan el proceso y facilitan la continuidad asistencial.

Las "herramientas de integración" para lograr la consecución de los objetivos son: a) las infraestructuras y equipamiento; b) desarrollo tecnológico c) estrategias asistenciales, y d) estrategias con los profesionales. Las "claves de integración" en las que se basa el modelo y que se aplican y convergen en los cuatro puntos anteriores y se desarrollan como "estrategias asistenciales de la integración" son: a) link-agente integrador asistencial; b) Centro Sanitario Integrado (CSI); c) intercambio y formación de profesionales; d) comisiones y grupos de trabajo del Departamento; e) procesos asistenciales comunes; f) sistemas de información compartidos; g) objetivos de Departamento de Salud, h) incentivación y reconocimiento profesional.

Estrategias asistenciales

Están fundamentadas en unos objetivos predefinidos: a) fomentar el conocimiento entre los distintos profesionales; b) establecer pautas de actuación conjunta; c) definir objetivos comunes departamentales; d) acercar la asistencia al ciudadano; e) ofertar una asistencia de calidad; f) mejorar la eficiencia evitando demoras innecesarias y duplicidades de pruebas diagnósticas.

1.- Agentes Integradores asistenciales, enlaces o "Link"

Son facilitadores de la labor del médico de AP en lo referente a la Atención Hospitalaria, actúan como enlace entre los Centros de Salud y el Hospital. Durante el año 2004 se realizó el despliegue de los "link" de Medicina Interna (uno por zona básica) y, en 2006, los de Salud Mental y Urología. Estos profesionales poseen las siguientes características y funciones: a) conocer los circuitos asistenciales y no asistenciales existentes en el Hospital; b) resolución de problemas conjuntamente con el médico de AP; c) actuar como "consultores" de casos clínicos para el médico de AP; d) participar en sesiones clínicas semanales: casos clínicos, procesos clínicos; e) informar de la evolución y circunstancias de los pacientes

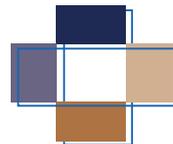
adscritos al EAP que permanezcan hospitalizados; y f) participar de los mismos objetivos que el EAP (ligados al Plan de Salud de la Comunidad Valenciana).

2.- Centros Sanitarios Integrados (CSI)

Son centros de salud mixtos, que concentran en el mismo edificio todos los niveles asistenciales; puntos de unión entre AP, Hospitalaria y Continuada cuyo objetivo es conseguir la integración clínica y la coordinación entre los profesionales del Departamento y proporcionar una atención más resolutive y cercana al ciudadano. En los CSI se realiza la actividad asistencial propia de un Centro de Salud con consultas de médico de familia, pediatría, enfermería, trabajador social, matrona, fisioterapeuta, salud mental y salud sexual y reproductiva, de Atención Especializada (consultas externas de especialidades médicas y quirúrgicas) en función de las necesidades de la población, y de Atención Continuada durante 24 horas. En la actualidad están en funcionamiento los CSI de Sueca, Alzira, Benifaió y Carlet.

Figura 2. Distribución de infraestructuras





3.- Desarrollo tecnológico

3.1.- La historia clínica informatizada de AP "Abucasis" es la HC común de AP de la Comunidad Valenciana y se puede consultar desde las consultas de atención especializada. La historia clínica informatizada del Hospital SIAS, utilizada en Hospitalización, CCEE y Urgencias de todo el Departamento, se puede consultar a través de un portal común en las consultas de AP, lo que permite el acceso a todas las pruebas diagnósticas, la evolución de un paciente hospitalizado y las actuaciones llevadas a cabo en los diferentes puntos de asistencia urgente, permitiendo consultar la información de los pacientes en tiempo real desde ambos niveles asistenciales. La información clínica compartida es una herramienta clave para lograr la integración asistencial.

3.2.- Ribera Automático. Funcionalidad del sistema que permite que cada uno de los médicos de familia, pediatras y matronas reciban mediante un correo electrónico, diariamente, a primera hora de la mañana, un listado con los pacientes asignados a su clave médica que el día anterior han acudido a urgencias (atención continuada u hospital), los que han ingresado, por qué motivo y en qué servicio y los que han sido dados de alta en las últimas 24 horas.

4.- Gestión por procesos

Herramienta de integración fundamental, que garantiza la continuidad asistencial, define las fases del proceso asistencial, asigna responsables y disminuye la variabilidad clínica. Desde el año 2003, la gestión por procesos se ha consolidado como instrumento de integración, se han formado grupos de trabajo multidisciplinares que han elaborado más de 63 guías de práctica clínica tras priorizar procesos clave. La difusión e implementación de estas guías se ha realizado mediante: a) distribución de material, guía en papel y documentación de apoyo en formato electrónico; b) talleres interactivos sobre las guías; c) incorporación de las guías a la intranet del Departamento, y d) incentivos económicos vinculados a la participación en la elaboración de las guías y por la adherencia a las mismas.

5.- Cartera de pruebas

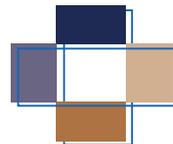
La ampliación progresiva de la cartera de pruebas con las indicaciones aceptadas en los procesos asistenciales, junto con una mejor dotación de medios incrementa el potencial resolutivo de los profesionales de AP para un mayor número de patologías, sin necesidad de remisión al Hospital. La capacidad resolutiva de la AP es un indicador fundamental de calidad y supone un paso importante en la consecución de la eficiencia y la efectividad de las actuaciones. La Cartera de Pruebas es accesible a los profesionales desde la intranet.

6.- Creación de Comisiones Integradas

La creación y funcionamiento de Comités y Comisiones multidisciplinarias del Departamento son la base para el desarrollo de una gestión asistencial coordinada, y dan respuesta a distintos objetivos; los más representativos son: a) Comité de Dirección; b) Comisión de Procesos Asistenciales; c) Comité de Calidad; d) Comisión de Uso Racional del Medicamento; e) Comisión de Formación y Desarrollo; f) Comisión de Humanización; g) Comité Ético de Investigación Clínica; h) Comisión de Docencia e Investigación, y g) Comité de Bioética.

7.- Programas coordinados de atención

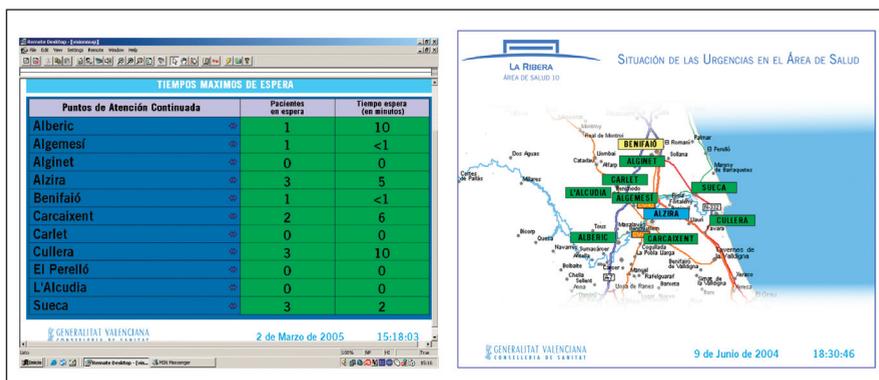
En función de las necesidades de salud y las prioridades previamente detectadas, se han planificado programas de servicios predefinidos e integrados en el conjunto del sistema que permiten una atención especial y una correcta integración de las mismas en el continuo asistencial. Actualmente, se están desarrollando los programas: a) atención a la Salud Mental; b) rehabilitación funcional; c) Integral de Atención a la Mujer; d) Integral de Atención al Niño y Adolescente; e) Integral de Atención al Adulto; f) de Continuidad Asistencial; g) del Paciente Ambulatorio; h) de Atención Continuada; y) de Atención Domiciliaria; j) de Uso Racional del Medicamento; k) de Colaboración con Salud Pública, y l) de Atención Socio-sanitaria.



Integración asistencial del proceso urgente

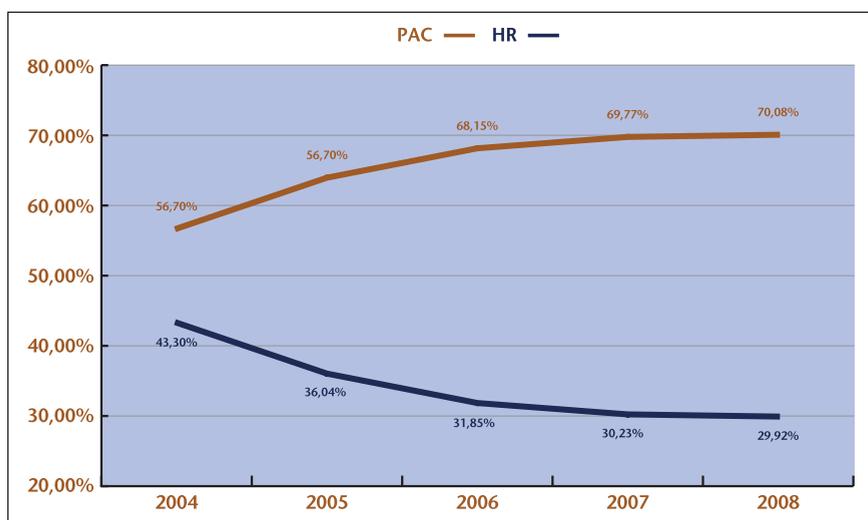
Con el objetivo de resolver la demanda urgente en el lugar más apropiado en función de la gravedad de la misma y los recursos disponibles, el Modelo Alzira ha aumentado el nivel de resolución de la urgencia extrahospitalaria con una gestión integrada del “programa de atención continuada al paciente con problemas de salud urgentes” mediante: a) la puesta en funcionamiento de los CSIs; b) la historia clínica electrónica SIAS compartida para todos los puntos de atención urgente; c) mejora de la dotación de medios y tecnología en todos los puntos de atención urgente; d) Ribera Automático, herramienta de comunicación que informa al médico de AP del paso de los pacientes asignados a su cupo por Urgencias; e) desarrollo de protocolos y guías clínicas compartidas; f) plan de formación especializado para los profesionales que desarrollan su trabajo en el servicio de Urgencias del Departamento; g) clasificación de los pacientes en urgencias hospitalarias según su gravedad (traje de Manchester) para priorizar la atención más rápida a los más graves, y h) pantalla informativa con los tiempos de espera en los centros con atención urgente extrahospitalaria (PAC. y C.S.I.) y su ubicación, en la sala de espera del Hospital, que informa al paciente del tiempo que esperaría para ser atendido más cerca de su domicilio.

Figura 3. Pantalla de Información en la Sala de Espera del Servicio de Urgencias del Hospital.



Se ha producido un incremento del número de pacientes que son atendidos en los puntos de atención urgente extrahospitalaria de los centros de salud, disminuyendo en consecuencia el número de urgencias atendidas en el Hospital (figura 4), y ha disminuido el número de derivaciones al Hospital desde la urgencia extrahospitalaria (CSI y PAC), aumentando la resolución en estos niveles.

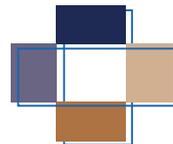
Figura 4. Evolución de la atención urgente en el Departamento de la Ribera. Porcentaje de actividad urgente extrahospitalaria / hospitalaria.



Con la integración asistencial del proceso urgente se ha conseguido mejorar el nivel de resolución de la asistencia urgente extrahospitalaria y prestar la atención en el lugar más apropiado y cercano al domicilio del paciente, y con ello aumentar la confianza del paciente en el sistema.

Proyectos en desarrollo. Áreas de mejora

La gestión del Departamento de Salud de La Ribera es dinámica e intenta adaptarse a las necesidades asistenciales de la población y a las nuevas formas de gestión. Todos estos cambios llevan a la transformación y adecuación del sistema y, a su vez, a replantearse el papel que los diferentes ámbitos asistenciales deben desarrollar dentro del mismo, así como a



incrementar la complejidad de la Atención Primaria. Para ello se han desarrollado nuevas estrategias: a) Comité de Integración Asistencial; b) Médico Referente en AP y Urgencias; c) Proyectos de mejora en los sistemas de información; d) Programa de Gestión de Enfermedades Crónicas, y e) Programa de Paciente Experto.

1.- Comité de Integración Asistencial

Grupo de trabajo multidisciplinar, creado en 2008, constituido por médicos y enfermeros de ambos niveles asistenciales, personal de admisión y de cita previa de los centros de salud, personal de urgencias y de servicios centrales. Con implicación directa del equipo directivo, aglutina y coordina las áreas de mejora surgidas en el ámbito de la integración asistencial. Engloba el grupo de trabajo de “consultas externas” que trabaja para realizar un plan estratégico de mejora del paso del paciente a través de toda la asistencia ambulatoria, y el de “revisión y actualización de guías clínicas”.

2.- Médico referente de Atención Primaria y de Urgencias

Es el médico de AP de un centro de salud con cupo asignado o del servicio de Urgencias con labor asistencial que tiene más conocimientos sobre la especialidad de que se trata. Pasa un periodo de formación presencial por el servicio hospitalario de referencia, sigue un proceso de formación continuada en esa materia, mantiene una relación estrecha con el servicio de referencia (reuniones periódicas, cuatrimestrales para analizar el funcionamiento de los centros, derivación de pacientes y la implantación de guías), y ejerce de experto en esta materia en su centro de salud y en el servicio de Urgencias, impartiendo sesiones clínicas sobre procesos asistenciales para problemas de salud, consultor de casos y actualizaciones. Se realiza la puesta en marcha de esta figura siguiendo el ejemplo de otros países (Inglaterra, Holanda, Suiza...).

3.- Sistemas de información

El programa “Ribera automático” se está actualizando para poder generar información de la realización de pruebas diagnósticas tanto de imagen como de laboratorio. En la actualidad se está trabajando para interrelacionar en distintas funciones la historia electrónica de AP (Abucasis) y SIAS. Ya se han desarrollado las interfases (SIAS-Abucasis) del laboratorio on-line y prescripción GAIA y está en fase de desarrollo la “interconsulta” entre los distintos niveles asistenciales y la cartera de pruebas de radiodiagnóstico.

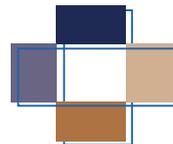
4.- Programa de Gestión de Enfermedades Crónicas

Un modelo resume las características esenciales que tiene que tener un Sistema de salud, sus valores y principios para interpretar, lo más correctamente posible, una situación de salud y dar las respuestas más adecuadas en el momento oportuno. En este programa se integran el seguimiento y cuidado de los pacientes crónicos, la atención a la familia y cuidadores o la mejora de los episodios de reagudización. En el mismo se imponen estrategias de gestión dirigidas a la educación del paciente crónico y su entorno en el autocuidado de su enfermedad. Están en fase de desarrollo: a) gestión integrada de enfermedad cardiovascular, desde la prevención hasta los cuidados paliativos, y b) gestión integrada de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica desde el área de salud.

5.- Programa de Paciente Experto

Los Programas de Gestión de Enfermedades, como elemento clave en la transformación de la situación actual en un modelo de atención integrado, implica la puesta en marcha de estrategias en las que los pacientes sean corresponsales de la gestión de su proceso asistencial. Es en el proceso de autocuidado del paciente donde se sitúa el Programa Paciente Experto. Se basa en las experiencias desarrolladas en otros países (Reino Unido, EEUU) y en otras comunidades autónomas españolas (Cataluña, Andalucía, Murcia) en las que ha demostrado evidencia científica de efectos positivos para la salud. Se han fijado ocho objetivos específicos: a) conseguir la implicación de los pacientes; b) conocer el grado de satisfacción; c) mejorar la calidad de vida percibida; d) mejorar los conocimientos del paciente sobre la enfermedad, e) mejorar el grado de autocuidado para manejo de la enfermedad; f) mejorar el cumplimiento terapéutico; g) disminuir el número de visitas al médico/enfermera de familia y h) disminuir los ingresos hospitalarios y las visitas a urgencias.

Desde 2008 en el Departamento de La Ribera se ha desarrollado este programa en: a) control del dolor crónico; b) paciente con enfermedad bipolar; c) control de la ansiedad; d) hipertensión; e) enfermedad de fibromialgia; f) obesidad infantil (programa de niños en movimiento); g) rehabilitación cardíaca para pacientes con infarto de miocardio, y h) está en desarrollo el programa: "Enseñando a cuidar, Paciente Experto en Insuficiencia Cardíaca".



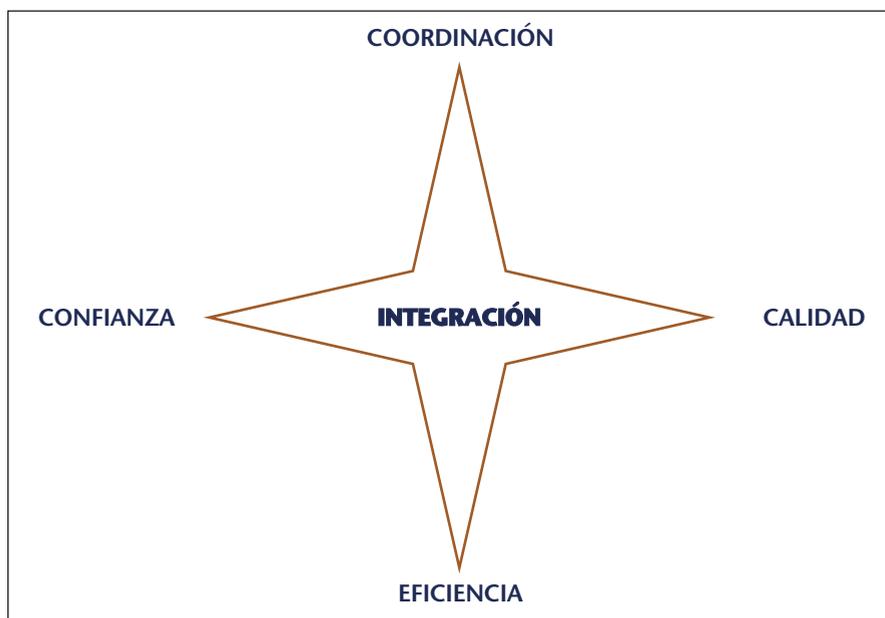
Conclusiones

Según los resultados de la experiencia del “Modelo Alzira”, las ventajas de la integración de la asistencia ambulatoria se manifiestan en que: a) permite la redistribución de la actividad de las consultas de atención especializada y evita la competencia entre niveles, la duplicidad de consultas y pruebas; b) proporciona una atención más resolutive y cercana al paciente; c) evita en una gran parte los casos el desplazamiento al hospital, y d) mejora la accesibilidad y la calidad.

Las ventajas de la integración de la asistencia urgente se manifiestan en que: a) mejora la coordinación y la continuidad asistencial (equipamientos y sistemas de información); b) mejora la competencia profesional (intercambios y formación); c) mejora la eficiencia en la gestión; d) permite el análisis de datos para la planificación y gestión de los recursos; e) mejora la resolución de los problemas de salud urgentes en el punto más cercano de atención; f) aumenta la confianza de los pacientes en el Departamento de Salud; g) descenso de los pacientes que acuden directamente al Hospital; h) aumento de los pacientes que siguen las instrucciones recibidas en urgencias extrahospitalarias; i) mejora de la derivación desde urgencias extrahospitalarias hacia el Hospital; j) permite redistribuir los recursos, y k) mejora la accesibilidad.

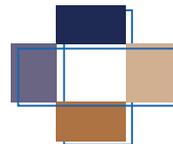
Entre las ventajas de la Integración Asistencial se encuentran: a) disminución de la variabilidad clínica; b) mejora la seguridad; c) mejora la calidad asistencial; d) mejora de los resultados asistenciales; e) aumenta la satisfacción de los pacientes; f) aumenta la satisfacción de los profesionales; y g) mejora la eficacia y eficiencia del sistema.

Todo esto es posible por un compromiso claro de la Dirección del Departamento para trabajar a diario en la integración. Hay que integrarse en las ideas, el lenguaje, las actitudes y los procedimientos.



Bibliografía

- 1 Atención Primaria, Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Ed Masson, 2001.
- 2 Curar y cuidar, Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Ed Masson, 2008.
- 3 Documento de consenso SEDAP: gestión integrada: mayo 2006.
- 4 Innovaciones en gestión clínica y sanitaria. Ed Masson, 2005.
- 5 Integración Asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Ed Masson, 2006.
- 6 Las nuevas formas de gestión Sanitaria: Modelo Alzira, Instituto de Estudios Económicos, mayo 2007.



Hacia la integración de niveles asistenciales

Joaquín Estévez

Presidente de SEDISA

En nuestro país, tras las transferencias sanitarias, se ha acercado más la asistencia sanitaria al ciudadano, ha aumentado considerablemente la red asistencial y han mejorado las tecnologías de la información y el conocimiento, pero no han cambiado la estructura y procesos del sistema asistencial.

En el aspecto “macro” sigue sin gestarse el Pacto de Estado amplio y sin exclusiones en los agentes del sistema que deben firmarlo, y que garantice la sostenibilidad, a medio y a largo plazo, del sistema sanitario.

Si hablamos del aspecto “meso” es necesario reorganizar la asistencia teniendo en cuenta la red social, y no sólo la red sanitaria, y se debe simplificar ésta en un solo nivel, que garantice la continuidad asistencial y de cuidados, sin diferencia ni distinción entre la Atención Primaria y la Hospitalaria, enfocado a procesos de protocolización de la práctica clínica, utilizando la teleasistencia, la innovación, evitando el hospitalocentrismo, y racionalizando el uso de tecnologías, pruebas diagnóstico- terapéuticas y fármacos.

La integración de niveles debe garantizar la participación del ciudadano y la implicación de organizaciones y asociaciones ciudadanas y de pacientes, de colegios profesionales -entendido su funcionamiento de un orden distinto al actual- y de sociedades científicas, y orientar la asistencia hacia la prevención, la educación por la salud y la prevención de hábitos de vida saludables.

Refiriéndonos al aspecto “micro” es necesaria una mayor implantación de políticas de calidad, de acreditación, de formación y de responsabilidad social corporativa que impliquen verdaderamente en la gestión diaria de la red asistencial a unos profesionales desmotivados y, en cierto aspecto,

“desenganchados” de la gestión diaria de sus centros sanitarios, en definitiva, es muy necesario que -de una vez por todas- se lleve a cabo de verdad el desarrollo de la Gestión Clínica en nuestros centros sanitarios.

Sólo una verdadera autonomía de gestión incrementará la eficacia, la eficiencia y la resolutividad de nuestros hospitales y centros de salud.

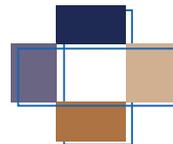
La evolución demográfica, la aparición de enfermedades nuevas, el envejecimiento de la población y el papel fundamental de las patologías crónicas han modificado e incrementado la demanda asistencial, pero las organizaciones sanitarias no se han adaptado a las nuevas demandas ni están orientadas a la prevención ni a la salud comunitaria en el grado adecuado.

Al mismo tiempo, nuevos grupos de interés -stakeholders- han irrumpido con fuerza en el modelo sanitario, modificando las reglas de juego en cuanto a los procedimientos de financiación, organización, planificación y gestión, introduciéndose con fuerza nuevas formas de financiación y provisión de servicios, menos rígidas que las tradicionales pero sin haberse evaluado convenientemente unas y otras; a pesar de eso, han aparecido rápidamente agentes que han alabado o bien denostado a unas y a otras fórmulas de funcionamiento del sistema sanitario, sin haberlas evaluado objetivamente, obedeciendo únicamente a intereses espúreos, partidistas o falsamente ideológicos.

Frente a los retos del sector sanitario, se aplican iniciativas basadas en la innovación tecnológica, en los cuidados preventivos, en nuevos modelos asistenciales, en el tratamiento de las nuevas tecnologías, en la gestión de procesos, la calidad y la responsabilidad social corporativa, y sobre todo, teniendo en cuenta los dos principios de las empresas excelentes, la participación de los profesionales y los trabajadores en la gestión diaria y la opinión y participación de los ciudadanos cada vez más formados en las decisiones sobre su salud.

Todas las iniciativas se basan en los principios de la calidad total, a saber:

- Liderazgo.
- Trabajo en equipo.
- Gestión de recursos materiales.
- Gestión de personas.
- Gestión de datos.



- Gestión por procesos.
- Política y estrategia adecuadas.
- Participación de los profesionales.
- Orientación a resultados en salud y resultados económicos.
- Preservar el impacto en la sociedad.
- Satisfacción de los ciudadanos.

Si nos ceñimos al debate -muy actual en algunas Comunidades Autónomas- del “Área Única de Salud”, creo positivas las diversas experiencias que se están llevando a cabo para integrar niveles asistenciales, y garanticen la continuidad de cuidados, por diversas razones:

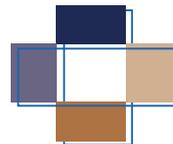
- A nivel ciudadano y social, la idea de procesos integrados elimina molestias, puertas de entrada al sistema, burocracias absurdas y diferenciaciones en el nivel administrativo, y humaniza la asistencia.
- A nivel de profesionales, acerca niveles y comportamientos clínicos, fomenta el liderazgo, trabajo en equipo, comunicación y participación de los profesionales clínicos.
- A nivel de procesos clínicos, horizontaliza y no verticaliza los mismos, y los da continuidad.
- En cuanto a procesos no clínicos, administrativos, estratégicos o de soporte, elimina ineficiencias y esfuerzos superfluos.
- Facilita la gestión de datos y los sistemas de información (TIC), elimina duplicación o repetición de pruebas, disminuye tiempos de espera,...
- Mejora la gestión de personas, en cuanto a motivación, formación, mecanismos de contratación, plantillas únicas,...desplazamiento de profesionales (especialistas hospitalarios a los centros de salud y profesionales de la atención primaria a los hospitales),...
- A nivel de la gestión de recursos, mejora la eficiencia y la optimización de los mismos en diferentes áreas: logística y aprovisionamientos, mantenimiento, informática, nuevas tecnologías, productos farmacéuticos y sanitarios,...
- A nivel gestor, reduce, aplaza y orienta los organigramas, enfocados a la integración de niveles.
- Interrelaciona el nivel asistencial y el socio- sanitario, con gran ventaja para ciudadanos ancianos y, sobre todo, para dependientes.

En definitiva, la integración de niveles mejora los resultados de los principios de la calidad total (enumerados en párrafos anteriores), así como los resultados en salud y la satisfacción de los ciudadanos.

Por último, como presidente de Sedisa -Sociedad Española de Directivos de la Salud- debo insistir una vez más -aunque caiga en saco roto- en la necesidad de profesionalizar la gestión de nuestros centros sanitarios, de fomentar la formación continuada de directivos y profesionales y de establecer órganos de gobierno que promuevan la orientación de la gestión de nuestras instituciones hacia el cumplimiento de objetivos únicamente económicos y asistenciales, y no políticos.

Asimismo, me muestro claramente a favor de una real y efectiva integración entre niveles asistenciales y con el espacio socio- sanitario, porque beneficiará al ciudadano y mejorará la calidad asistencial

Agradezco a la SEDAP la oportunidad que brindó a Sedisa y a mi persona para incluir estas opiniones en su Informe Anual, y les animo a seguir estableciendo vías comunes de actuación con mi sociedad.



Atención Primaria. Reflexiones en época de crisis

Juli Fuster Culebras

*Director General de Planificación y Financiación.
Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears*

La razón de ser de la Atención Primaria es solucionar la mayoría de problemas de salud de la población, facilitando la utilización de los otros niveles asistenciales del sistema sanitario cuando, por las características de sus patologías, no puedan resolverse en el primer nivel asistencial. Estos pacientes que precisan ser derivados representan un porcentaje bajo respecto del total de pacientes atendidos en Atención Primaria.

Es bueno e interesa que esto sea así porque la Atención Primaria es por definición el nivel más cercano, próximo, de fácil acceso, familiar y más económico para el conjunto del sistema. Además, por sus características de continuidad y longitudinalidad, está en condiciones de ofrecer este servicio con muchas garantías. La Atención Primaria goza de gran aceptación entre la población, reflejándose una y otra vez en todas las encuestas de opinión o análisis rigurosos, situándose siempre muy por encima de la misma valoración que hacen los ciudadanos de países de nuestro entorno sobre su primer nivel de atención.

La Atención Primaria es un modelo que ha demostrado mayor eficiencia que otros tanto en eficiencia económica (macro), de gestión y técnica.

A lo largo de la historia la Atención Primaria ha visto como se iba transformando para dar mejor respuesta a estos objetivos. Así se pasó de los ambulatorios de 2,5 horas donde los médicos y las enfermeras poco podían hacer, más que ser “guías” dentro el sistema sanitario, a los centros de salud y unidades básicas donde desarrollar una auténtica labor clínico-asistencial sin olvidar las tareas docentes, de prevención y de promoción de la salud aunque algunas de ellas han quedado en segundo plano.

Para poder desarrollar su objetivo, la Atención Primaria dispone básicamente de profesionales cualificados, y algo de tecnología, por regla general sencilla o de bajo coste.

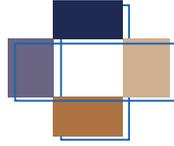
No obstante, existe cierto consenso (no mayoritario) sobre que el modelo de la Atención Primaria debe ser revisado y son diversos los factores que influyen: cierta insatisfacción de los profesionales que tal vez no ven desarrollado todo su potencial gastando su tiempo y energías en resolver aspectos mucho menos relevantes para los que fueron formados, cierta sensación de dificultad para sostener el modelo en el tiempo, limitación en cuanto al número de profesionales necesarios, especialmente en algunos años en que se sumarán gran parte de jubilaciones con menos generación de nuevos profesionales. Todos ellos son algunos de los elementos que justifican sobradamente un análisis riguroso sobre el modelo. Ahora, en época de crisis, adquiere, si cabe, más relevancia revisar por qué es necesario potenciar aquellos valores o componentes que contribuyan a ganar eficiencia al conjunto del sistema.

Cabe pensar que los objetivos siguen siendo los mismos e incluso que requerirán resolverse con mayor intensidad si cabe.

Es por tanto necesario seguir avanzando y quizás la crisis puede favorecer la toma de decisiones o la aceptación de algunas medidas discutibles. Hay que ser muy cautos, incluso con aquellas medidas que a priori parecen mejoras a corto plazo; por ejemplo, en la dotación de más recursos, ya que si estos recursos se ponen en el continuismo, el resultado será que en poco tiempo nada habrá cambiado.

Pero hay unas condiciones previas que no pueden ser otras que las que nos quieran definir los propios ciudadanos. Hemos mencionado anteriormente el nivel de eficiencia y satisfacción que ofrece la Atención Primaria y este mismo nivel lo podemos hacer extensivo a todo el sistema sanitario. Cualquier cambio que se pretenda no podrá dar como resultado un nivel inferior. Es obligado por tanto realizar cambios con el análisis y la participación de los ciudadanos y de los propios profesionales.

Puede ser un buen momento para impulsar el papel de la Atención Primaria como gestor de recursos. Hay evidencia de que los médicos de familia asignan mejor los recursos. Pero para que ello sea posible, hay que



tomar decisiones políticas de redistribución de estos recursos y deben producirse cambios organizativos en los propios equipos. Especialmente, debería aumentar la capacidad de decisión y de resolución del médico de familia que debería tener capacidad de libre elección de especialista, de hospital, etc. Esta capacidad debería incluir la posibilidad de compra y de gestión de interconsultas, de gestión de lista de espera, quirúrgica o no. Además, debería desarrollar el papel de coordinación con los servicios sociales y reforzar su papel de cohesión social en momentos en que ésta es más necesaria.

No parece eficiente ni satisfactorio para los médicos de familia ser formados durante un montón de años hasta que pueden ejercer para que luego vean muy limitadas sus posibilidades de actuación. Deben dotarse por tanto a los equipos de mayor capacidad de resolución, a nivel tecnológico en los centros y especialmente a nivel domiciliario. Ello no significa que todos los profesionales del centro deban conocer todas las técnicas realizables en Atención Primaria, pero sí que estas técnicas puedan hacerse en este nivel. Para que ello sea posible es obligado repensar la organización de los propios equipos para adaptarlos a las nuevas necesidades. Y es necesario también una redefinición de papeles en la nueva organización. Es necesario animar un nuevo escenario de competencias en y entre los profesionales sanitarios de Atención Primaria. Debemos “desmedicalizar” las consultas y redefinir los roles. El sistema necesita enfermeras entusiastas de este cambio, que es moderado y coherente. Necesitamos enfermeras que quieran modificar su actual rol asistencial y asumir nuevas responsabilidades asistenciales. Y necesitamos también médicos de familia comprometidos con el profesionalismo, auténticos líderes y motores del cambio.

Hablamos de una Atención Primaria auténtica gestora de recursos, hablamos de modificación de roles y cambios organizativos, hablamos de incremento de capacidad de resolución y hablamos también de aprovechar todos los potenciales. Pero no debemos engañarnos, muchos de estos aspectos se están desarrollando con muchas limitaciones en algunos equipos comprometidos y voluntaristas, aunque esto no es suficiente. Para que su generalización sea posible, estos cambios deben ir acompañados de otros cambios a nivel de la meso y la macro gestión.

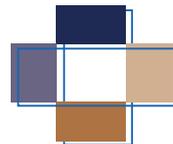
Facilitar una auténtica descentralización, otorgando la soberanía en las decisiones a los profesionales es un paso indispensable. El nuevo sistema debe huir de rigideces o corsés administrativos para dar paso a la cohesión y al profesionalismo.

Facilitar una flexibilización laboral que contemple tanto los incrementos como las disminuciones de horarios a fin de aprovechar todas las potencialidades es otra de las condiciones que parecen indispensable. También lo es favorecer un cambio en el sistema retributivo acorde con la nueva situación, contemplándose en la parte variable el empezar a “pagar por hacer y no por ser”.

Repensar y redefinir los mapas de recursos sanitarios es otra de las condiciones indispensables, especialmente en esta etapa en la que los recursos son muy limitados y pueden llegar a serlo más. La concentración de recursos puede ser mucho más eficiente e incluso satisfactoria para todos, y además permitiría incrementar de manera notable la cartera de servicios. Para que ello sea posible es condición indispensable el consenso y acuerdo con los agentes sociales y representantes de los ciudadanos.

A nivel macro hay que conseguir huir de réditos a corto plazo que en muchas ocasiones no hacen más que encarecer el sistema y buscarlos a medio y largo plazo. En este sentido es importante favorecer un cambio en la redistribución de los recursos globales del sistema que debe repercutir en un incremento de financiación para la Atención Primaria.

En definitiva, el debate está iniciado y de él deberán aparecer iniciativas que sin duda contribuirán a mejorar todavía más la Atención Primaria de Salud. El consenso y la evaluación de todas ellas, incluso de las ya iniciadas y no suficientemente evaluadas, deberán ayudarnos en este camino, donde la preservación de nuestro sistema sanitario como eje del estado del bienestar que tanto valoramos es condición indispensable.



Las Entidades de Base Asociativa: una innovación del siglo pasado que debe modernizarse

Joan Gené Badia

ICS-CAPSE- Universitat de Barcelona

Las Entidades de Base Asociativa (EBA) supusieron una gran innovación en la Atención Primaria catalana de los años noventa. Ahora, sus trece años de experiencia ofrecen una perspectiva suficiente para considerar su evolución, sus evaluaciones y para valorar su validez en el contexto sanitario actual.

El contexto

A finales de los ochenta, la Generalitat no sólo se enfrentaba a las críticas de las incipientes sociedades de médicos de familia, sino que también debía responder a las demandas ciudadanas que reprochaban la lentitud en la implantación de la reforma de Atención Primaria iniciada en 1985¹. Entonces, todo el primer nivel asistencial era atendido por el transferido Insalud que pasó a denominarse Institut Català de la Salut (ICS). Para mantener la equidad, la reforma había comenzado por los barrios más desfavorecidos², que también eran los más reivindicativos. El déficit histórico de las transferencias del gobierno central a la administración autonómica dificultaba financiar con presupuesto público los costes de esta ingente transformación.

La publicación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya³ del año 1990 aportó un balón de oxígeno a la Generalitat. Abría la posibilidad de que entidades diferentes del ICS prestaran servicios de Atención Primaria para el sector público. De la misma manera que habían hecho con los hospitales, las entidades proveedoras asumían las inversiones necesarias para construir los centros y ampliar la plantilla de los equipos. Los hospitales también vieron una oportunidad en la iniciativa. Podían crear una es-

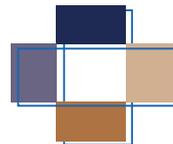
estructura de servicios territoriales de salud que comprendía no sólo el propio hospital, sino también los servicios sociosanitarios y los de Atención Primaria. Pensaban que podrían gestionar mejor los flujos de pacientes y así maximizar el beneficio del contrato de servicios hospitalarios de agudos.

Las nuevas entidades que cubrían áreas básicas de salud específicas y no competían por sus clientes replicaron el modelo del ICS. Justamente, esta falta de innovación suscitó la necesidad de hacer una reforma más radical. Nos encontrábamos a mediados de los noventa, cuando ya se habían aplicado medidas de macro-contención del gasto y se buscaba la microeficiencia. Margaret Tacher la perseguía promoviendo la competición entre proveedores en un mercado interno de servicios y los países del Este de Europa abriendo las puertas a la privatización⁴. En Cataluña, Xavier Trías, entonces consejero de salud, apostó por un cambio radical, alineado con las tendencias y las preocupaciones del momento⁵. En 1997 creó las Entidades de Base Asociativa y el Colegio de Médicos de Barcelona le ayudó a ponerlas en práctica.

El modelo

Las EBA son organizaciones con entidad jurídica propia destinadas a prestar servicios de Atención Primaria a los ciudadanos de un área básica de salud. Pueden ser sociedades anónimas, sociedades limitadas, sociedades laborales o cooperativas. Han de estar constituidas total o mayoritariamente por profesionales sanitarios que desarrollen sus servicios en la misma entidad. El modelo favorece que sean los propios profesionales asistenciales los que realicen la gestión clínica y el control de los recursos utilizados⁶.

Las EBA pueden asumir la prestación de servicios de Atención Primaria de un territorio si son capaces de realizar una oferta más atractiva que el resto de competidores del concurso que organiza el Servei Català de la Salut. Las diez EBA existentes en Catalunya superaron este trámite con cierta facilidad mientras duró la reforma de la Atención Primaria. Sin embargo, desde su finalización el año 2003 y durante todo el periodo de gobierno tripartito no han obtenido ningún otro contrato.



Cuando las EBA consiguen el contrato deben atender la población, cumpliendo unos objetivos de calidad similares al resto de proveedores. Reciben un presupuesto que ha ido evolucionando desde una división por partidas específicas a uno único de base capitativa. Cubre el personal, los gastos corrientes, las inversiones, las pruebas complementarias y una coresponsabilización de la factura de farmacia. Las EBA tienen la posibilidad adicional de rentabilizar sus instalaciones y su plantilla realizando actividad privada de prestaciones no financiadas por el sistema público.

La evaluación de las EBA

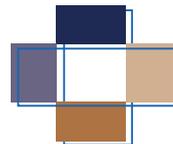
La primera evaluación realizada a finales de los noventa reflejaba el entusiasmo por la innovación. Estos resultados iniciales hacían pensar que las EBA eran más eficientes que el modelo tradicional⁷. El año 2002 la Generalitat de Catalunya encargó a la Fundación Abedis Donabedian una evaluación del proceso de diversificación de la gestión de Atención Primaria. El informe concluyó que los diversos modelos obtenían resultados similares para la mayoría de indicadores y que cada grupo destacaba en algún aspecto específico. Las entidades de integración vertical lo hacían por su mayor coordinación con el hospital, el ICS por la labor de enfermería y de atención domiciliaria y las EBA por sus indicadores clínicos y su menor utilización de pruebas diagnósticas y de farmacia⁸.

En 2005 el Servei Català de la Salut encargó al Institut d'Estudis de la Salut otro estudio que valorara los modelos de provisión de Atención Primaria en Catalunya. Los evaluadores realizaron un abordaje mucho más global que los anteriores⁹. Empezaron señalando las dificultades del estudio. Indicaron que posiblemente la variabilidad observada entre los equipos de un mismo grupo de provisión pudiera ser superior a la que existe entre los diferentes modelos. Tampoco hallaron grandes diferencias entre los resultados de los distintos modelos. En aquel momento el ICS y posteriormente el resto de proveedores habían introducido incentivos económicos a los profesionales y habían evolucionado sus instrumentos de gestión clínica. Concluyeron que los profesionales de las EBA estaban más implicados y más satisfechos. Si bien es significativo que el 69% de los médicos

que trabajaban en las EBA no respondieron a la encuesta de satisfacción laboral, el doble de pérdidas que en el entorno ICS. Seguramente en las EBA la satisfacción se concentraba en los propietarios, mientras que los empleados preferían reservarse su opinión. Encontraron que estas organizaciones contaban con menos personal, especialmente de enfermería. También señalaron que las EBA tenían un consumo de farmacia y de pruebas complementarias inferior al resto, seguramente vinculado a los mayores incentivos económicos a que estaban sometidas. Finalmente destacaba su menor continuidad asistencial y su mayor accesibilidad tanto al centro de Atención Primaria como a las visitas de especialista que explicaban por su mayor libertad de gestión⁹.

Dificultades de la evaluación

La experiencia muestra una vez más que los incentivos económicos favorecen el cumplimiento de los objetivos fijados, si bien es improbable que esta excelencia se asocie a mejoras en la salud de la población¹⁰. También es discutible que la totalidad de los resultados observados sean únicamente atribuibles al modelo. Conocemos que las características socioeconómicas y demográficas de la población atendida, así como la edad y antigüedad de los equipos condicionan los resultados¹⁰⁻¹¹. En Catalunya el ICS está más extendido en las zonas rurales y socialmente más deprimidas mientras que las EBA cubren poblaciones urbanas y acomodadas. El 40% de los pacientes de las EBA tienen doble cobertura sanitaria, frente al 15% del resto de proveedores⁹. Las evaluaciones tampoco profundizan en el análisis de algunos efectos adversos del lucro y de los grandes incentivos económicos a que están sometidas las decisiones de los profesionales. Desconocemos si el modelo ha afectado la equidad del sistema de salud. No sabemos si se ha producido infratratamiento, algún tipo de selección adversa de pacientes o una derivación excesiva a los especialistas para transferir el gasto a otros entornos del sistema. Tampoco se ha evaluado si el lucro ha afectado negativamente la salud, tal como sucede en los entornos hospitalarios¹² o en los servicios de hemodiálisis¹³.



Perspectivas de Futuro

La radicalidad de la experiencia de las EBA sirvió para sacudir el entorno de la Atención Primaria catalana y para promover la búsqueda de la eficiencia en unos proveedores instalados en la comodidad del entorno público. Sin embargo, las EBA no han innovado en la línea que requieren las necesidades actuales de la salud de la población. Actualmente el sistema sanitario está preocupado por atender la epidemia de enfermedades crónicas que explican la mayoría de su gasto. Las nuevas estrategias asistenciales pasan por maximizar el beneficio de las tecnologías de la información y la comunicación, por aplicar vías clínicas basadas en la evidencia en coordinación con otros servicios sanitarios y sociales y finalmente por aumentar las competencias de enfermería y la atención domiciliaria. Una serie de aspectos en los que las EBA no han destacado. Estas entidades no comparten la totalidad de las historias clínicas con el resto de equipos catalanes, como si lo realiza el proveedor mayoritario ICS. Justamente esta organización que cubre el 80% del territorio utiliza un programa más avanzado en comunicación y en la implementación de ayudas informáticas que faciliten la aplicación de la evidencia científica en las decisiones clínicas. Las EBA tienen menos profesionales de enfermería. En consecuencia han avanzado poco en atención domiciliaria y en gestión de casos. Su orientación a maximizar la cuenta de resultados no favorece que introduzcan innovaciones que no estén orientadas a este objetivo o bien que vengan financiadas por el Servei Català de la Salut. Por este motivo, las ideas nuevas siguen apareciendo en el ICS, que cuenta con una masa crítica superior, está menos presionado por la cuenta de resultados y tiene una orientación mucho más asistencial que el Servei Català de la Salut.

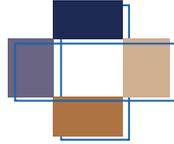
De nada sirve ser eficiente si se realizan actividades poco efectivas. En este siglo preocupa la efectividad de las intervenciones. El discurso del mercado, la competición, los incentivos y la visión empresarial que inspiraron las EBA favorecen la eficiencia, pero no tienen forzosamente por qué mejorar la efectividad. Las EBA deberían introducir algunos cambios para seguir siendo competitivas en este nuevo entorno. Deberían reconsiderar su orientación al lucro. Seguramente este es el factor que ha dificultado su acepta-

ción por una parte de los profesionales y su expansión en gobiernos de izquierdas. Deberían también abandonar sus programas informáticos comerciales y pasar a conectarse al sistema público, mucho más evolucionado. No disponen de recursos suficientes para ser innovadores en este campo. Deberían mejorar también su dotación de profesionales de enfermería. El menor número de enfermeras ha mejorado su cuenta de resultados sin perjudicar los indicadores de evaluación, pero les impide adoptar las modernas estrategias de atención a la cronicidad. También han de aumentar las alianzas estratégicas con otros proveedores de servicios sociales y sanitarios, tal como están realizando los equipos pioneros de Vic. El creciente número de pacientes crónicos obliga a ofrecer unos servicios integrados centrados en las necesidades de la persona.

Las EBA se promovieron como una estrategia para implicar los profesionales en las decisiones de gestión. La experiencia ha mostrado que son un instrumento muy adecuado para ejecutar las directrices que establece el Servei Català de la Salut. Su implantación, en un entorno de diversificación de proveedores, ha reportado dinamismo y eficiencia a la Atención Primaria pública catalana a expensas de aumentar su atomización. No deben entenderse como un modelo alternativo al público sino como un elemento catalizador del cambio. Un sistema de tradición pública como el nuestro tiende a evolucionar lentamente, es muy difícil que mute súbitamente y en su totalidad al modelo EBA.

Bibliografía

- 1 Decreto 84/1985, de 21 de marzo de la Generalitat de Catalunya de reforma de la Atención Primaria de salud.
- 2 Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C. Corrección de desigualdades sociales en salud: la reforma de la Atención Primaria de salud como estrategia. *Aten. Primaria* 1998;21(1):47-54.
- 3 La Llei 15/1990, d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LLOSC) (DOG núm. 1324, de 30 de julio de 1990, páginas 3660-73).
- 4 Sheaff R, Gené-Badia J, Marshall M, Svab I. The evolving public-private mix. En: Saltman RB, Rico A, Boerma W. *Primary care in the driver's seat? European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press. Berkshire 2006.



- 5 Grupo de trabajo de semFYC-Semergen 1996. Autogestión en Atención Primaria. *Aten. Primaria* 1998;21(7):482-8.
- 6 Ledesma A. Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros. *Rev Adm Sanit* 2005;3(1):73-81.
- 7 Martí LJ, Grenzner V. Modelos de Atención Primaria en Catalunya. Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria. 1999;5:116-123.
- 8 Fundació Avedis Donabedian. Avaluació de la reforma de l'Atenció Primària i de la diversificació de la provisió de serveis [informe tècnic]. Barcelona: FAD; 2002.
- 9 Grup de Treball Redactor. Avaluació dels models de provisió de serveis d'Atenció Primària a Catalunya. Resum Executiu. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (accessible a www.gencat.cat/salut/ies/html/ca/dir2629/resumexecutiu.pdf el 17/5/2010).
- 10 Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med*. 2009;361(4):368-78.
- 11 Gené-Badía J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, Catalán Ramos A, Pujol Ribera E, Sampietro Colom L. Population and primary health-care team characteristics explain the quality of the service. *Health Policy* 2008;86:335-344.
- 12 Guarda A, Gil M, Pasarín M, Manzanera R, Armengol R, Sintés J. Comparación de los equipos de Atención Primaria de Barcelona según fórmulas de gestión. *Aten. Primaria* 2000;36(9):600-6.
- 13 Devereaux PJ, Choi PT, Lacchetti C, Weaver B, Schünemann HJ, Haines T, et al. A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. *CMAJ*. 2002 May 28;166(11):1399-406.
- 14 Devereaux PJ, Schünemann HJ, Ravindran N, Bhandari M, Garg AX, Choi PTL, et al. Comparison of Mortality Between Private For-Profit and Private Non-For-Profit Hemodialysis Centers. *JAMA* 2002;288:2449-2457.

Mejora de la Atención Primaria a Pacientes con Condiciones Crónicas: El Modelo de Atención a Crónicos

Roberto Nuño Solinís

Director de O+berri, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria

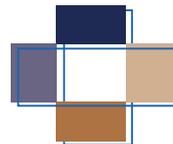
El contexto

“Eso ya lo estamos haciendo” es la frase habitual cuando se habla de crónicos en Atención Primaria. Y es cierto en gran medida. Pero no es menos cierto que desde AP aún se puede hacer mucho más en la mejora de la atención y el seguimiento de los pacientes crónicos. En los Centros de Salud del SNS se ve con asiduidad –quizá demasiada- y se atiende de forma consistente con la evidencia a ciertos grupos de crónicos; se ve con regularidad a otros grupos pero con calidad muy variable; y, apenas se sabe de otros que permanecen en la órbita del especialista hospitalario o simplemente escapan del radar de la AP, pese a pertenecer a segmentos que podrían beneficiarse de intervenciones preventivas y de seguimiento continuado.

¿Qué hay tras las deficiencias en la Atención Primaria a pacientes crónicos? Habitualmente, la sintomatología aguda y las preocupaciones inmediatas del paciente sumadas a la carga asistencial limitan las posibilidades de brindar cuidados óptimos planificados. A lo cual hay que sumar la crisis profesional que vive nuestra AP y los modelos de gestión implantados que han limitado el desarrollo de sus potencialidades.

En efecto, el modelo de AP, tal y como se ha desarrollado e implantado en España, no está agotado, pero ha agotado a los profesionales. Necesita urgentemente una revitalización. Re-energizar nuestra primaria no pasa únicamente por inyectar más recursos en la misma, sino principalmente por repensar algunos aspectos clave de la práctica clínica e innovar en el modelo relacional, todo ello sin renunciar a los valores fundacionales de la APS.

En la actualidad, existe un amplio consenso de que la AP es el ámbito clave para afrontar el reto de la cronicidad de forma sostenible y que, además, las características de la AP española la colocan en una mejor posición



que la de la mayoría de los países de la OCDE¹. Pero, por favor, huyamos de la complacencia.

¿Cómo podemos innovar en nuestra AP para mejorar la atención a los pacientes crónicos y frenar la epidemia de cronicidad? Vamos a tratar de aportar algunas respuestas en las próximas páginas.

Innovación en la AP española en el siglo XXI

Bajo este pretencioso título, tratamos de identificar algunas claves y referencias que faciliten la innovación en AP en las próximas décadas. Una de las ventajas que tenemos en ese propósito es que el perfil epidemiológico y demográfico es bastante predecible en sus rasgos esenciales: la población española va a ser una de las más envejecidas del planeta, con un aumento de los colectivos de crónicos complejos, frágiles y vulnerables, así como de la prevalencia de patologías crónico-degenerativas.

Todo ello, partiendo del reconocimiento y de la evidencia de que la AP es un bien público a proteger y de que “más Primaria se relaciona positivamente con un mejor sistema de salud”².

¿Cómo podemos añadir más valor desde AP frente a ese escenario? Se sugieren algunas orientaciones al respecto:

a) **Utilizando guías y modelos de referencia, como el Chronic Care Model³.** Este modelo desarrollado por Ed Wagner y sus colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle sirve de guía para el desarrollo de una Atención Primaria más efectiva. El modelo no es un recetario de soluciones, es un marco multidimensional para enfocar iniciativas de mejora frente a un problema complejo. Las iniciativas de rediseño de la práctica asistencial fundadas en el CCM presentan evidencias favorables⁴.

El Chronic Care Model identifica seis elementos esenciales que interactúan entre sí y son clave para el logro de una óptima atención a pacientes crónicos. Éstos son:

- Organización del sistema de atención sanitaria.
- Relaciones con la comunidad.
- Apoyo y soporte del autocuidado.

- Diseño del sistema asistencial.
- Apoyos para la toma de decisiones.
- Sistemas de información clínica.

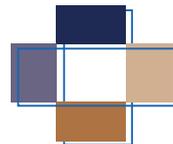
La visión y fin último del modelo es que el encuentro clínico lo protagonicen pacientes activos e informados junto con un equipo de profesionales proactivo y con las capacidades y pericias necesarias, resultando en una atención de alta calidad, elevada satisfacción y mejora de resultados⁵.

En la actualidad, el Chronic Care Model es guía de referencia en varios programas locales y estatales en los EEUU. Lo mismo ha sucedido en la Organización Mundial de la Salud, el NHS británico y otros sistemas de salud europeos y varias provincias canadienses, ya sea empleando el CCM original o realizando contextualizaciones y adaptaciones del mismo. El interés sobre el CCM es creciente en países como Portugal y España, y en organizaciones como la OPS (Organización Panamericana de Salud)⁶.

Recientemente se ha propuesto el llamado “Bellagio Model”⁷. Inspirado en aspectos del CCM pero más alineado con ciertos planteamientos originales de la APS. Definido como un marco referencial para una AP con orientación poblacional, integral, longitudinal y accesible para el siglo XXI, se caracteriza por diez elementos que permiten evaluar la AP y guiar su mejora. En su diseño han participado más de 20 expertos internacionales de la talla de Barbara Starfield, Ed Wagner, Chris Ham, etc. Incluidos los catalanes Josep Argimon y Tino Martí.

Esta iniciativa no ha tenido aún demasiada repercusión, pese a ser una guía útil para avanzar en el enfoque poblacional y el abordaje de la cronicidad en AP. Por limitaciones de espacio, nos contentamos con mencionar los diez ítems incluidos en el modelo:

- Liderazgo compartido en los niveles micro, meso y macro con una visión común de avance de la salud de la población.
- Confiabilidad. Un entorno político positivo que brinde confianza a la ciudadanía en la AP a través de transparencia, rendición de cuentas y calidad de servicio.



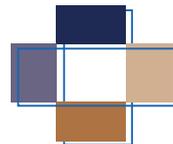
- Integración vertical y horizontal. Integración y visión de sistema como forma de añadir valor a los procesos de atención a lo largo del continuo asistencial.
 - Redes profesionales. Desarrollo de redes profesionales en ámbitos diversos: hospital, comunidad, etc como forma de compartir conocimientos y generar confianza y visión compartida.
 - Medición estandarizada. El benchmarking interno y externo en un amplio elenco de dimensiones: coberturas, integración, seguridad, eficiencia, accesibilidad, etc. como inductor de mejora continua.
 - Investigación y desarrollo. Investigación sobre efectividad clínica e impacto de los servicios en individuos y poblaciones, con vistas a la mejora continua del sistema.
 - Mix de sistemas de pago. Sobre una base capitativa utilización de pagos por desempeño ligados a resultados de salud.
 - Infraestructuras. Instrumentos de apoyo a la práctica en forma de guías basadas en la evidencia, uso intensivo de TICs, programas de gestión de enfermedades y de apoyo al autocuidado, uso de equipos multidisciplinares y de gestión de casos, etc.
 - Programas activos de mejora de la práctica clínica. Uso intensivo de metodologías de mejora de la práctica e inversión en educación y desarrollo profesional.
 - Gestión poblacional. A partir de una premisa de cobertura y accesibilidad universal, desarrollo de sistemas proactivos de identificación de individuos y poblaciones de riesgo.
- b) **Reinventando el modelo organizativo-relacional de la AP española.** La crisis profesional con desmotivación, desgaste, burnout, etc. es, sin duda, un fenómeno complejo y con múltiples causas, por lo que afrontarlo en unos breves párrafos es un desafío. Nuestra hipótesis de trabajo es que una de las causas subyacentes esenciales de esa crisis y del margen de mejora en la atención a la cronicidad en AP es la existencia de un contexto organizativo inadecuado para un ejercicio profesional satisfactorio fruto de un inmovilismo y falta de adaptación a las nuevas necesidades y realidades en materia de:

- La interacción profesional-paciente.
- La interrelación profesional-TICs.
- Las relaciones con otros profesionales y trabajadores de Atención Primaria.
- Las relaciones con profesionales de otros niveles de atención.
- Las relaciones con otras instituciones co-responsables del estado de salud de las personas, así como de la propia comunidad.
- Los patrones, hábitos, valores y rasgos que conforman la cultura organizativa.
- El marco organizativo-jerárquico con sus normas, reglas e instrucciones.

El ámbito fundamental de generación de valor añadido en AP, la interacción profesional-paciente no se adecúa a modelos productivistas ni mecanicistas. Se hace necesario en este sentido reconocer (y potenciar) el papel del ciudadano en el cuidado y responsabilización de su propia salud en base a la transparencia de información, las decisiones compartidas, etc.

El valor de la AP va más allá de las nociones de puerta de entrada, barrera de contención o resolutiveidad. Las demandas acríicas de incorporación de tecnología diagnóstica en AP pueden ser contraproducentes y desvirtuar la AP. Por tanto, las actualizaciones de la cartera de servicios de AP y de su arsenal diagnóstico han de ser meditadas, adaptadas a su cultura y valores, y basadas en criterios de eficiencia.

Los profesionales necesitan capacitarse en nuevos modos relacionales que devuelvan al paciente el control y responsabilidad sobre su salud, en la interacción con grupos de pacientes, en el uso inteligente y efectivo de las TICs. Por ejemplo, las TICs brindan oportunidades de mejora muy potentes a la AP. La Historia clínica compartida es una base firme para avanzar en la integración asistencial y reducir ineficiencias, despilfarro y disfuncionalidad; la monitorización remota en pacientes con perfiles concretos puede ser viable en AP; el uso intensivo de internet y telefonía móvil permite reducciones notorias de visitas presenciales; y la explotación de bases de datos sociodemográficas,



diagnósticas y de utilización y costes permite identificar de forma predictiva a colectivos e individuos susceptibles de beneficiarse de intervenciones proactivas.

Además, hay que innovar en los patrones relacionales, dentro de los equipos y con el medio hospitalario y la comunidad, desarrollando una cultura de calidad sistémica. El trabajo desde la perspectiva poblacional de los determinantes de la salud y la enfermedad en los equipos de AP estableciendo alianzas y colaboraciones con otras instituciones con capacidad de impacto en los mismos, junto con la participación ciudadana, presenta grandes posibilidades en la prevención de la cronicidad y en el desarrollo de una cultura de salud y de relación con los servicios sanitarios menos “consumista” y más sostenible.

El avance de la innovación en esos ámbitos puede producirse a través de modelos de autogestión, esto es: creación de equipos de trabajo autoorganizados alrededor de un proyecto común, dentro de un paradigma de trabajadores del conocimiento y de valores de colaboración, confianza y apertura a nuevas ideas. La carga asistencial, el debilitamiento de la noción de “equipos”, la escasa inversión en capacitación y reciclaje, la burocratización y el heterocontrol ajenizan al profesional de la percepción de control sobre su propio trabajo y de su percepción de eficacia. Esto permite explicar la realidad actual de la AP en el SNS donde la crisis profesional se conjuga con buenos indicadores asistenciales y de satisfacción de usuarios.

Sin embargo, el debate de la autogestión permanece secuestrado en la incorporación de formas societarias privadas dentro de la red pública. Si bien modelos como las EBAs catalanas u otros de tipo concesional pueden ser efectivos y fuente de enseñanzas útiles no es previsible su generalización en el SNS, lo cual nos lleva a la necesidad explorar formas de autogestión dentro de la provisión pública. Este esfuerzo ha de partir de un adecuado diagnóstico, pues hay actualmente desde modelos de autogestión “sobre el papel” con insuficiente desarrollo hasta modelos avanzados de gestión clínica. Pero, en general, el alcance de los recursos incluidos en la autonomía de gestión es reducido, por lo que cabe pilotar modelos en los que AP lidere o colidere la ges-

tión integrada de los recursos sanitarios de un ámbito geográfico-poblacional definido.

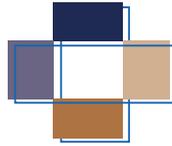
Finalmente, modelos de calidad como EFQM, que ya tienen una utilización relativamente generalizada en el SNS, pueden facilitar un adecuado marco de trabajo para estas iniciativas de innovación de estructura relacional y de autogestión. Y además pueden complementarse con otros métodos que propicien una cultura de medición alineada y de mejora continua, como el trabajo en microsistemas, ISO, lean, aprendizaje colaborativo, etc.

Conclusiones

Las innovaciones que necesita la AP para responder eficiente y sosteniblemente a la cronicidad son, en su gran mayoría, las mismas que permiten dar respuesta a la crisis profesional. Esa AP renovada sin perder sus valores fundacionales sigue siendo el pilar clave de un sistema de salud sostenible.

Esta renovación de la AP se inserta en la necesaria reconversión de nuestro sistema de salud hacia uno más integrado y donde cada ámbito asistencial se enfoque en lo que es más eficiente. Acabar con el supremacismo hospitalario, esa patología social, política, económica y profesional en la que ha devenido inercialmente el sistema, requiere un arduo esfuerzo, amplios consensos y liderazgo comprometido, pero sobre todo el convencimiento de que todos los actores del sistema y, en particular, los contribuyentes vamos a resultar beneficiados.

Debemos ser conscientes de que el debate de la cronicidad, el del futuro de la AP en el SNS y el de la sostenibilidad del SNS son, en gran medida, el mismo debate. Rehuir esa visión global sólo puede conducirnos a soluciones parciales, poco sostenibles y subóptimas.



Bibliografía

- 1 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., 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.
- 2 Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health". The Milbank Quarterly. 2005; 83 (3):457-502.
- 3 Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Quarterly. 1996;74:511-544.
- 4 Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. Am J Manag Care. 2005; 11(8):478-88.
- 5 Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. Health Affairs. 2009;28(1):75-85.
- 6 Bengoa R, Nuño R (eds). Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
- 7 http://www.hpm.org/en/Events/Bellagio_Primary_Care_Conference.html

Atención Integrada en el Modelo Tradicional

José M^a Pino

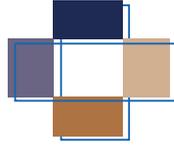
Director General de Asistencia Sanitaria del Servicio Regional de Salud de Castilla y León

La Ley General de Sanidad (14/1986, de 25 de Abril), en diversos artículos ya incluía la Integración Asistencial como característica básica y fundamental del Sistema Nacional de Salud. No obstante la tendencia ha desarrollado dos niveles asistenciales independientes con características propias que responden a problemas específicos, no permitiendo avanzar lo suficiente en la coordinación asistencial y mucho menos en la integración, lo que se ha convertido en uno de los retos fundamentales para la mejora de la calidad y eficiencia del sistema.

Las dificultades detectadas que no han permitido esta atención integrada en muchos casos han sido motivadas por no compartir objetivos incluso en muchos casos éstos eran contrapuestos, en ámbitos muy diferenciados, sin apenas vías de comunicación organizativas y clínicas, con protocolos difíciles de implantar, sin un acceso a la información clínica entre ambos niveles, lo que ha dado lugar a comisiones paritarias enfrentadas y problemas permanentes y enquistados.

El gran reto actual de los sistemas sanitarios es avanzar hacia un sistema de salud integrado, que aumente la coordinación entre los diferentes ámbitos de actuación, caminando hacia la gestión por procesos, facilitándose la comunicación y la continuidad asistencial, abordando los nuevos problemas de salud emergentes, fundamentalmente la atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos y controlando el consumo de recursos sanitarios y al mismo tiempo promoviendo la mejora de la calidad asistencial.

Las transferencias sanitarias, concluidas en el año 2002, han promovido que ante la necesidad de afrontar los retos de integración asistencial, así como las nuevas necesidades de salud, las diferentes Comunidades Autónomas, ensayen nuevas fórmulas de gestión de los servicios de salud, siendo



una de las más comunes la unificación de la gestión de niveles asistenciales, a través de las llamadas “Gerencias Únicas”.

¿Estos retos solo son factibles a través de un cambio de la estructura organizativa? ¿Son imprescindibles para llevarlos a cabo las Gerencias Únicas? ¿Es posible la atención integrada sin integrar la gestión?

Entendemos que el debate relacionado con las Gerencias Únicas debe partir de un conocimiento de los problemas de salud prioritarios de la población y de las características culturales y organizativos de los servicios de salud. Resulta necesario promover un cambio cultural y organizativo, para una gestión eficiente que permita la sostenibilidad del sistema sanitario, pero sin perder de vista los objetivos del conjunto del sistema y los valores que lo sustentan: la atención centrada en el paciente, la equidad, la calidad asistencial. Por otra parte, la flexibilidad organizativa es necesaria para potenciar la capacidad de adaptación de la organización a los cambios sociales y son conocidas las experiencias, tanto en el nivel micro como en la mesogestión, en las que “la vuelta atrás” ya no es posible.

En Castilla y León, las prioridades se han orientado en implantar herramientas que propicien o faciliten la integración asistencial, la coordinación entre niveles y la continuidad asistencial, potenciando la gestión clínica:

- Estableciendo canales de comunicación y colaboración entre los profesionales de ambos niveles.
- Favoreciendo la puesta en marcha de guías clínicas comunes y la gestión compartida de procesos en el Área de Salud, definiendo un mapa de procesos prioritarios, en base al Plan de Salud.
- Potenciando la continuidad de cuidados al alta en enfermos con determinados procesos; fractura de cadera, accidentes cerebrovasculares y EPOC.
- Avanzando en la interconexión de sistemas y en la Historia Clínica Compartida.

El establecimiento de un catálogo de pruebas diagnósticas para toda la Comunidad, concluido en fechas recientes, no sólo mejora la capacidad de resolución de Atención Primaria, sino que refuerza el consenso y la comunicación entre los profesionales de uno y otro nivel asistencial.

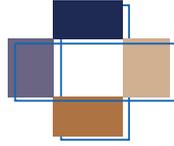
Estas herramientas facilitan la integración asistencial en el nivel micro y son reforzadas por las medidas adoptadas en el nivel meso, como son las Comisiones de Coordinación Asistencial y los Objetivos de Área comunes para ambos niveles que se incluyen en los Planes Anuales de Gestión.

Las experiencias concretas de integración asistencial en nuestra Comunidad, en el día a día, son numerosas y con resultados esperanzadores: coordinación de los servicios de rehabilitación y las unidades de fisioterapia de Atención Primaria, implantación del control del TAO en Atención Primaria, la retinografía en pacientes diabéticos, la participación activa de enfermería en la atención a enfermos dependientes en colaboración con los servicios sociales de base, constitución de un grupo de enfermería basada en la evidencia con profesionales de ambos niveles asistenciales (lo que abre la vía de la coordinación en la investigación), etc...

La gestión del cambio siempre es complicada y lenta, pero es necesaria en un momento como el actual en que los pacientes crónicos, pluripatológicos, los ancianos de riesgo o los pacientes dependientes nos reclaman nuevas formas de organización y funcionamiento de los servicios, que garanticen la continuidad asistencial, la eficiencia y la calidad. La Gerencia Única puede ser la mejor opción en momentos determinados y en Áreas de Salud concretas, pero lo importante es propiciar espacios comunes, con participación de los profesionales de niveles asistenciales diferentes, orientados a la atención a los pacientes con procesos definidos. Por ello, es el momento de iniciar proyectos piloto, convenientemente diseñados e implantados, en los que, en el nivel micro, se configuren estructuras compartidas con gran potencial de cambio.

El Pilotaje de Unidades de Cuidados de Atención Inmediata estaría en esta línea de actuación, siempre que se incluyeran las medidas siguientes:

- Sistema de coordinación inmediata con AP para facilitar la atención a pacientes que requieren un pronto diagnóstico o tratamiento.
- Conexión con el servicio de urgencias para atención a los pacientes que lo requieran, pudiendo evitar su ingreso.
- Establecer un nuevo modelo de atención a enfermos pluripatológicos y ancianos frágiles que evite ingresos innecesarios.



- Disponer de un espacio para exploraciones y tratamientos especiales en pacientes que no requieran ingreso.

Otras actuaciones, en la misma líneas, incluyen el desarrollo de un único módulo de prescripción terapéutica compartido entre ambos niveles asistenciales que ayude a mejorar la calidad de la prescripción, la Implantación de un módulo de guías clínicas asistenciales en la Historia Clínica Electrónica, con conexión telemática entre las historias clínicas de los Centros de Salud y los Hospitales; Unidades asistenciales de atención al paciente pluripatológicos; etc.

La Gerencia Única es una alternativa de gestión idónea en determinados momentos y lugares, pero hay ya experiencias de buenas prácticas dentro del modelo tradicional que apuntan a una mejora en la continuidad asistencial, en la calidad e incluso en la eficiencia del sistema sin gestión unificada, involucrando a profesionales y directivos de ambos niveles, y aprovechando los resultados conseguidos en el nivel local para impactar en el conjunto del sistema.

Continuidad Asistencial, Sostenibilidad e Integración Socio-Sanitaria

Álvaro Santos Gómez

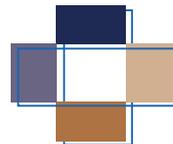
Ex Director General de Atención Sanitaria y Calidad del SESCAM

Introducción

Las políticas europeas apuntan a la integración de los servicios sociales y sanitarios. En España, el artículo 14 de la Ley de Cohesión y Calidad (Ley 16/2003) define la prestación socio sanitaria como «el conjunto de cuidados destinados a los enfermos generalmente crónicos que por sus especiales características y/o situación pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y/o sufrimientos y facilitar su reinserción social». La ley estipula que las prestaciones socio sanitarias incluirán los cuidados de larga duración, la convalecencia y la rehabilitación. La continuidad de los cuidados en el ámbito social estará garantizada por la coordinación de ambos sistemas de servicios.

Además, la Ley de Cohesión y Calidad plantea la coordinación entre los sistemas sanitario y social como garantía de continuidad, pero no se trata de una continuidad lineal. Lo sanitario y lo social interactúan continuamente y están íntimamente ligados, especialmente en la atención a las personas con pérdidas funcionales y a las personas afectadas por enfermedades mentales. La consecución de objetivos depende del grado de coordinación que se consiga en los niveles políticos, financieros, organizativos y clínicos.

Los poderes públicos, según recoge la Constitución Española, están obligados a proteger la salud de los ciudadanos, este hecho ha originado ciertos cambios de gran calado en el ámbito sanitario español. Así, se ha garantizado la cobertura universal (casi un 100% de la población residente está cubierta en la actualidad, frente al 82% de 1978); se ha producido la separación de fuentes de financiación del sistema; se ha completado la descentralización administrativa y se ha definido un catálogo de prestaciones



básicas del Sistema Nacional de Salud (SNS) que ha de ofrecerse a todos los ciudadanos en condiciones de igualdad efectiva y calidad.

¿Integración y sostenibilidad?

Si nos fijamos en los sistemas Públicos de acceso universal de nuestro entorno, observamos que en todos ellos se dan una serie de características que en cierta medida pueden condicionar la sostenibilidad del sistema:

- Oferta de prestaciones fragmentada
- Creciente demanda de servicios sanitarios
- Criterios de indicación y derivación no claros
- Capacidad resolutive desplazada a los hospitales
- Más desplazamientos de los necesarios
- Organizaciones poco flexibles con visiones diferentes según niveles de atención
- Aumento incontrolado de consumo de recursos
- Creciente participación del usuario en su proceso.

Aún teniendo en cuenta lo anterior, nuestro sistema sanitario presenta características que le diferencian de otros sistemas de países desarrollados (el escaso desarrollo de la atención socio sanitaria, el elevado número de consultas per cápita o el importante peso del gasto farmacéutico) y adolece de problemas de accesibilidad, descoordinación y de un excesivo peso de la medicina estrictamente curativa (frente a la preventiva), siendo la accesibilidad uno de los problemas mayores, como ponen de manifiesto las listas de espera y el creciente descontento que generan.

Aunque el sistema sanitario español arroja en los últimos años resultados muy positivos en términos del estado de salud de los españoles, lejos de cualquier complacencia, es necesario reconocer que muchos y complejos factores condicionan el funcionamiento estable del sistema y ponen en peligro su sostenibilidad a medio plazo, entendiéndola no sólo desde el punto de vista economicista y del control del gasto, sino también desde la eficiencia del sistema, la calidad del servicio, la accesibilidad y la confianza de la población.

Además de las peculiaridades que se producen en nuestro caso, el sistema sanitario español se enfrenta a unos retos comunes que ya se están planteando en otros países desarrollados. Son fenómenos que inciden notablemente sobre su sostenibilidad, y sus efectos no se harán esperar.

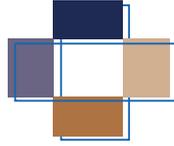
En primer lugar, la aparición continua de avances tecnológicos presenta importantes retos, no sólo desde el punto de vista estrictamente financiero, sino por la dificultad de aplicar criterios de eficacia y eficiencia a las decisiones de incorporación de esos avances. En ausencia de estos criterios, el sistema tenderá a entrar en una espiral de la tecnología por la tecnología que hará inviable su financiación.

También la investigación en medicamentos ocasiona presiones para el sistema. Por un lado, la generación de nuevos medicamentos es cada vez más costosa; por otro lado, fenómenos como la mayor prevalencia de enfermedades crónicas (la mayoría de las veces evitables) o el aumento de la esperanza de vida son fuente de incremento del gasto farmacéutico.

A estos factores hay que sumar la propia sofisticación de la demanda de servicios sanitarios, impulsada por una sociedad más exigente en salud cuanto más se desarrolla y por una mejora generalizada de las fuentes de información a que tienen acceso los pacientes.

Todo ello, junto con las consecuencias de tener una población crecientemente envejecida, origina dificultades para un sistema sanitario que no podrá seguir siendo sostenible en su configuración actual.

Por otro lado, nuestro sistema sanitario está estructurado en dos niveles asistenciales: Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE). Atención Primaria debe resolver el 80 % de los procesos quedando la AE como interconsultora de AP o para resolver aquellos procesos que por su complejidad diagnóstica sobrepasan la capacidad de AP, y sin embargo, en la actualidad nos encontramos con un DESEQUILIBRIO entre los dos niveles, pues AP ha delegado, en la mayoría de los casos, su función diagnóstica en el hospital, donde se encuentran la mayoría de las pruebas diagnósticas, situación esta que lleva a que el hospital asuma cada vez más pacientes que deberían ser atendidos en AP, con la consiguiente hipertrofia hospitalaria con aumento desmedido de especialistas, introducción de nuevas tecnologías, exceso de demanda en consultas externas, descontrol en la gestión de



las listas de espera, revisiones de por vida de múltiples patologías crónicas (secuestro de pacientes), mientras que AP cada vez más burocratizada queda relegada a solucionar casos banales delegando su función diagnóstica en el hospital. Además, estas situaciones se agravan al ser los intereses, objetivos y prioridades de los Equipos Directivos de ambos niveles asistenciales distintos.

Además, nuestro sistema sanitario está estructurado para atender procesos agudos, hecho este, claramente contrapuesto a las exigencias actuales de atención: El 80% de la patología que se atiende en Atención Primaria es de enfermos crónicos, el 60% de los ingresos hospitalarios se deben a enfermedades crónicas.

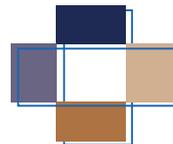
¿Es posible, en el escenario actual, la integración sociosanitaria?, ¿se deben introducir reformas?

La situación del sistema sanitario español no es una situación única. De hecho, muchos países desarrollados han emprendido procesos de reforma que tratan de afrontar con éxito los retos que los fenómenos descritos, reales o potenciales, ya están planteando. Y teniendo en cuenta la complejidad de la situación la receta para tratarla es asimismo, compleja.

- Pueden llevarse a cabo medidas que incrementen la eficiencia del sistema aplicando para ello diversos avances tecnológicos, introduciendo instrumentos que mejoren la gestión o promoviendo una mayor coordinación entre las administraciones públicas involucradas:
 - 0 La aplicación de nuevas tecnologías, como la implantación de una tarjeta sanitaria electrónica única y compatible en todo el territorio nacional, conduciría a mejorar el acceso a los servicios reduciendo simultáneamente su coste de provisión.
 - 1 También la informatización de los sistemas de gestión del historial clínico supone una mejora posible gracias a la tecnología. Con ella podría compartirse la información, mejorar la asistencia y liberar recursos evitando, por ejemplo, la repetición innecesaria de pruebas.

- 2 La telemedicina es otro de los instrumentos que permiten reducir costes y mejorar servicios sanitarios, puesto que permite trasladar al domicilio del paciente parte de la atención médica primaria, social o, incluso, hospitalaria.
 - 3 Hay además instrumentos de mejora de la gestión, como la concertación público-privada, que permite aplicar criterios de gestión privada a servicios financiados con recursos públicos.
 - 4 Cabe también introducir mecanismos de competencia que aumenten la libertad de elección de los pacientes, desarrollando simultáneamente indicadores de calidad que les proporcionen la información necesaria para elegir.
- O aplicar fórmulas de racionalización de la demanda como el copago selectivo, instrumento presente en muchos países europeos. La participación de los pacientes en la financiación de los servicios sanitarios permite mejorar la gestión de la demanda y racionalizar el sistema. No obstante, debe diseñarse cuidadosamente, para evitar efectos negativos sobre la equidad o sobre determinados grupos de enfermos.
 - Así mismo, puede introducirse un enfoque asegurador, presente también en varios países europeos. Dicho enfoque se caracteriza por la existencia de una definición explícita de los servicios cubiertos por el sistema público y del coste por persona protegida. Este enfoque, que no implica una reducción de la cartera de servicios hoy incluida en el sistema público, permitiría que servicios adicionales que vayan surgiendo en el futuro y tengan un beneficio marginal menor que su coste sean cubiertos por la vía privada. Ello reduciría la presión sobre el sistema público, mejoraría el acceso y contribuiría a racionalizar la demanda.

La introducción de estos cambios puede tener una naturaleza gradual, de manera que pueda ir afectando progresivamente al sistema, pero no puede retrasarse, puesto que ello restaría capacidad de maniobra y nos abocaría a soluciones traumáticas. El transcurso del tiempo y la materialización plena de algunos de los retos pondrán de manifiesto si estas reformas parciales son suficientes o si, por el contrario, deberemos diseñar un sistema sustancialmente diferente al que conocemos hoy.



¿Cómo se pueden introducir los cambios?

En el Servicio de Salud de Castilla la Mancha entendemos que, la mayor eficiencia pasa principalmente por aplicar una visión integrada de la atención socio sanitaria, que permita garantizar la continuidad asistencial e introducir parte de las medidas anteriormente señaladas, minorizando en lo posible los riesgos relacionados con la equidad en la prestación de los servicios socio-sanitarios. Para ello y sin entrar en este artículo a relacionar las distintas medidas que se pueden poner y estamos poniendo en marcha, quiero centrarme en algunos aspectos que considero fundamentales para intentar alcanzar el objetivo planteado:

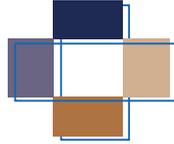
- 1 La Gestión por Procesos como herramienta clave en la garantía de continuidad asistencial y mejora de la eficiencia, dejando claramente establecido el catálogo de procesos con definición de los estratégicos, clave y de soporte, y el mapa de procesos, además de definir los procesos del sistema de calidad y el propio proceso de “gestión por procesos”.

En este sentido, se debe proceder a la elaboración e implantación de RUTAS ASISTENCIALES DE INTEGRACIÓN que aseguren la continuidad del proceso y eliminen pasos que no añaden valor y sirvan de interfase entre Atención Primaria - Atención Especializada y Servicios Sociales.

- 2 La utilización de modelos de gestión de calidad, pues facilitan la gestión integrada de una organización. Los modelos de gestión de calidad (ISO 9001, EFQM, etc.) nos hacen ver la necesidad de organizarnos en base a los procesos que realizamos, pensando en los pacientes que reciben los resultados de éstos.
- 3 La transformación de las comisiones clínicas en comisiones mixtas con participación de profesionales de todos los niveles, lo que, además de las indudables ventajas que aporta en todo lo referente a coordinación-integración, agiliza de manera importante la transmisión de la información y posibilita el consenso en múltiples aspectos importantes.

- 4 La creación de comisiones específicas para implantar las rutas asistenciales de Integración: Comisión Médico - Quirúrgica (formada por los Jefes de Servicio de hospital y los Coordinadores de Equipo de Atención Primaria); Comisión de Cuidados (formada por los Supervisores de Enfermería del Hospital y los Coordinadores de Enfermería de Atención Primaria y los Responsables de Trabajadores Sociales) y Comisión de Gestión de Usuarios (formada por trabajadores sociales y los responsables de citaciones de ambos niveles asistenciales).
- 5 La identificación del paciente crónico con pluripatologías mediante la aplicación de “agrupadores” que permiten a partir del CMBD poblacional establecer clasificación de pacientes por nivel de riesgo.
- 6 La introducción de mejoras en los circuitos administrativos. Citaciones, visado de recetas, revisiones desde Atención Primaria, atención a domicilio, etc.
- 7 La implantación, en todas las áreas, de canales de comunicación entre profesionales. INTRANET DE ÁREA, telefonía móvil, e-mail.
- 8 La introducción de sistemas de información clínicos y de gestión compartidos entre los servicios sociales y sanitarios.
- 9 La puesta en marcha de dispositivos de atención a domicilio, apoyándonos en las nuevas tecnologías.
- 10 Por último, la participación efectiva de los ciudadanos en la gestión de los servicios socio-sanitarios puede convertirse en un potente instrumento que contribuya a la sostenibilidad del sistema y a la integración socio sanitaria.

Para terminar, creo, que la Gestión Integrada socio sanitaria requiere de un “IMPORTANTE ESFUERZO EN CAMBIOS” máxime si tenemos en cuenta que, los servicios sanitarios (tradicionalmente bastante descoordinados y con un amplio desconocimiento entre ellos), con su vocación curativa de diagnóstico y tratamiento a corto plazo, chocarán con los servicios sociales de evaluación y prevención del deterioro funcional. Los conflictos entre ambos sistemas están anclados en la historia de su desarrollo y se concretan en barreras a la cooperación.



Por ello, es importante introducir cambios con prudencia e implicar a todos los actores comprometidos en el proceso. En este sentido, la Consejería de Salud y Bienestar Social y el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) han puesto en marcha un ambicioso programa, a través del cual, se pretende avanzar hacia la integración socio-sanitaria, mediante la elaboración del “Plan de Salud y Bienestar Social 2011-2020” que será el referente del desarrollo de los servicios socio-sanitarios de nuestra Comunidad en los próximos años.

Estamos convencidos que la gestión integrada socio-sanitaria sin duda alguna, aportará, beneficios en agilidad, eficacia y eficiencia en la prestación asistencial y social, orientándose hacia el usuario de una forma real y convirtiéndose en una importante “INVERSIÓN PRESENTE PARA BENEFICIOS FUTUROS”.

Bibliografía

- Suñol R, Carbonell JM, Nualart L, Colomé L, Guix J, Bañeres J, et al. Hacia la integración asistencial: propuesta de modelo basado en la evidencia y sistema de gestión. *Med Clin* 1999; 112(Supl 1):97-105.
- Alonso P., Lamata F., Segovia de Arana J.M. Manual de administración y gestión sanitaria. Ediciones Díaz de Santos, 1998.
- A Santos, A Cañizares. 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.
- A Santos., Gerencia Única de Área. El Debate. Gestión y evaluación de costes sanitarios, vol.6- monográfico 1- Junio 2005.
- María Victoria Zunzunegui Pastora,b / Pablo Lázaro y de Mercadao. Integración y fronteras entre la atención sanitaria y social. Informe SESPAS 2008.

