

La coordinación entre niveles asistenciales

Antonio Torres*, Rafael Lledó†

**Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, †Hospital Clínic y editor de la Revista de Calidad Asistencial*

En un mundo cada vez más pequeño, pero a la vez de mayor complejidad en sus relaciones, existen cada día razones mas poderosas para considerar que la continuidad de los cuidados en salud es una dimensión de calidad importante en el proceso asistencial. Por lo tanto, la adecuada coordinación entre los diferentes niveles que intervienen en dicho proceso es un objetivo prioritario que deben plantearse las organizaciones a la hora de marcar sus objetivos estratégicos.

Entre los argumentos que justifican la necesidad de garantizar la continuidad de la asistencia, quizás el de mayor presión ambiental, sea el nuevo papel de los ciudadanos en su interacción con los servicios de salud. Tenemos un ciudadano mucho más protagonista, más informado, más formado, con mayor capacidad de elección y por lo tanto de comparación, que entiende cada día menos los vericuetos asistenciales que se le ofrecen. En consecuencia, el usuario de los servicios de salud exige claramente que los servicios se adapten a sus necesidades y por lo tanto que se den respuestas organizativas a las mismas¹.

Por otro lado, está la mayor capacidad de coordinación, en términos reales, a la que hoy se puede acceder. El desarrollo de las tecnologías permite compartir información en tiempo real y por lo tanto establecer planes secuenciales o protocolos de actuación donde se produzcan acciones coordinadas. Estas acciones son fruto del consenso profesional pero también de la propia capacidad de compartir información, para la toma de decisiones sobre las formas de prestación de los cuidados entre diferentes niveles asistenciales.

Pero quizás el argumento de mayor peso sea el de empezar a considerar que es difícil hablar de calidad en la prestación de servicios sanitarios, sin asegurar la continuidad de los cuidados. La relación entre niveles asistenciales se convierte desde esta perspectiva en un escenario interesante al que es inevitable prestar atención.

En este punto, habría que hacer un cierto ejercicio de clarificación para centrar de qué hablamos cuando nos referimos a la coordinación entre niveles asistenciales. Coordinación Intervénel, es un término quizás demasiado abstracto que describe una relación estructurada entre diferentes niveles organizativos que actúan en un mismo proceso sobre el que se establecen objetivos comunes, ya que los resultados que se

pretenden obtener implican a todos los que intervienen en el mismo. Integración sería más bien una respuesta organizativa a la necesidad de coordinarse, mediante la agrupación de recursos diversos bajo una única estructura de gestión. Continuidad Asistencial es el objetivo a conseguir y por lo tanto una dimensión necesaria de calidad que incide directamente sobre un proceso más adecuado y unos resultados mejores. Finalmente cuando nos referimos a la Atención Integral, nos situamos desde una perspectiva intersectorial y por lo tanto más completa en el abordaje de los problemas de salud.

El elemento clave pues, es la continuidad asistencial. Sin embargo siendo un elemento definitorio de la calidad, ¿por qué se visualiza tan pobremente al analizar los procesos de atención? La organización de los servicios sanitarios, sin duda no está orientada a facilitar la continuidad de los cuidados. La propia estructuración por niveles implica un reparto de funciones y de roles no siempre sustentado en evidencias sólidas. Las fronteras establecidas son fruto muchas veces de la costumbre y responden a intereses corporativos de gestores y profesionales y dan poca respuesta a las necesidades que tienen los ciudadanos. La cultura de la organización tiende hacia la verticalidad, el gestor está interesado sobre su área de responsabilidad y el profesional sobre su campo de aplicación del conocimiento. Pero la realidad es mucho más compleja. En el proceso asistencial intervienen profesionales diversos, el espacio de atención es múltiple, y las actuaciones se realizan en tiempos diferentes. No obstante, estos condicionantes se dan sobre un único e indivisible ciudadano. En este escenario, ¿es posible hablar de calidad asistencial desde una visión parcial de la realidad? Siempre hemos asumido que un adecuado proceso no siempre determina un magnífico resultado, pero quizás fuese más atrevido pensar qué procesos parciales adecuados es difícil que generen resultados óptimos.

¿Como mejorar la continuidad asistencial? En principio es esencial fomentar la cooperación entre los diferentes niveles asistenciales. Posiblemente estimular la competencia entre los mismos ha supuesto más un refuerzo del comportamiento corporativo que un impulso a la coordinación asistencial. Es necesario caminar hacia sistemas mas abiertos, mas flexibles y que adapten sus modos organizativos a las expectativas que tienen

los ciudadanos. Por otro lado, es importante ubicar los recursos donde mas eficientes sean. En este sentido, la incorporación de tecnologías en niveles asistenciales con escasa capacidad de resolución en estos momentos o la prestación de servicios especializados fuera de los escenarios tradicionales, significaría un paso importante en la dirección de la eficiencia y la efectividad en las actuaciones, pero además potenciaría espacios de consenso y cooperación.

Es frecuente en los últimos años la elaboración de protocolos de carácter internivel, con participación de colectivos profesionales pertenecientes a diferentes niveles asistenciales y categorías. Sin embargo, su traslado a la práctica clínica suele ser escasa, poco homogénea y dispersa. Es necesario incorporar herramientas de gestión que estimulen la cooperación y vincular los incentivos de gestores y profesionales a la consecución de resultados. La incorporación de la gestión por procesos integrales o interniveles puede ser igualmente una apuesta interesante, siempre que esté acompañada de apoyos claros desde la dirección y de incentivos asociados a su desarrollo.

Igualmente, la incorporación de las tecnologías de la información pueden hacer posible cuestiones de una obviedad meridiana como es la necesidad de contar con información que pueda ser compartida entre las diferentes personas que intervienen en la asistencia a un ciudadano.

Si contemplamos la continuidad asistencial como una dimensión necesaria para definir la calidad, parece razonable que debe ser un elemento a incorporar a la hora de establecer indicadores de evaluación y estándares que definan una buena práctica. Es posible que necesitemos avanzar en modelos de acreditación de redes asistenciales que respondan más claramente al carácter internivel de las actuaciones y posiblemente también a un enfoque mas integral del proceso de atención sanitaria.

¿Por dónde avanzar?

Se hace necesario hacer confluir los intereses de variados proveedores de servicios. Tras esa tarea (ahora limitación), aparece la necesidad de plasmar en el sistema de pago la recompensa a las estrategias que desarrollen de forma integrada, la educación sanitaria, la medicina preventiva y los recursos sociales. También surge la oportunidad de desarrollar sistemas de clasificación de pacientes (de casos) que contemplen los diferentes niveles de atención y las diferentes culturas que convergen. También es el momento de variar radicalmente los plazos en los que pretendemos medir (cuando se miden) los resultados². No se trata de asegurar nuestra supervivencia como agentes del sistema de salud sino nuestra pervivencia como ciudadanos sanos.

En el mismo sentido, es importante estimular el desarrollo de soluciones organizativas y/o de herramientas que están surgiendo en la actualidad y que pueden facilitar el progreso, el desarrollo de vías clínicas, las unidades de continuidad asistencial, las consultas de acto único, la gestión de procesos de atención interniveles, el intercambio de profesionales, las sesiones internivel, los modelos de documentación clínica consensuados, la enfermería de enlace o de comunidad, etc. Estas herramientas sustentan modelos como el *disease management* o el *case management*, basados en la gestión clínica sobre los que sería interesante profundizar.

Pero posiblemente estemos observando una parte del problema y en un escenario no muy lejano, no la más importante. Así, para atender al ciudadano de forma integral, deberíamos incorporar o al menos establecer un modelo distinto de relación, con otros dispositivos, que están actualmente enmarcados en otras estructuras políticas y/u organizativas. Nos referimos a los servicios sociales, que deberían actuar de forma sinérgica con los servicios de salud³. Esta tesis (Este nuevo escenario) nos obligaría a rediseñar el modelo de coordinación entre niveles asistenciales, a redefinir el papel de los profesionales y a incorporar a otros actores como son los cuidadores y otros agentes sociales en los procesos de atención. Será necesario segmentar la población que puede beneficiarse de un sistema integral de servicios y elaborar un modelo de relación que garantice la continuidad de los cuidados. Los criterios para efectuar esta segmentación podrían ser los problemas de salud, el consumo de recursos, el grado de invalidez, las cifras de prevalencia etc. Es probable que de la definición del espacio sociosanitario surjan decisiones que incidan y en algunos casos transformen no solo el modelo de relación entre los niveles asistenciales sino el modelo de organización de los centros sanitarios. De cualquier manera la continuidad seguirá siendo un elemento esencial en la definición de la calidad del servicio prestado.

Referencias

1. 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
2. Ortún V. De la efectividad clínica a la eficiencia social. *Med Clin (Barc)* 1990;95:385-8
3. Lorenzo S. Coordinación social y sanitaria en la asistencia a los ancianos: ojo, que la mayoría llegaremos. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:8-9