

Mesa redonda 2. Comunicación interniveles asistenciales

Moderador: José Manuel Comás Samper

Coordinación entre niveles asistenciales

José Manuel Comás Samper

Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo.

Es preciso partir de unas premisas que reflejan la situación actual de la interrelación entre los dos niveles asistenciales –Atención Primaria (AP) y especializada (AE)– en la atención sanitaria.

La coordinación operativa entre los dos niveles de atención no ha alcanzado un grado suficiente o satisfactorio de desarrollo.

En muchas ocasiones se tiende a pensar de una forma “hospitalocentrista” que los servicios y profesionales del hospital amplían su actuación hasta la AP.

El nuevo programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria establece unos niveles de responsabilidad (I: 90%, II: compartido y III: otro nivel sanitario) que definen de forma descendente esta relación. Sea cual sea el tipo de responsabilidad, parece razonable pensar que el médico de familia (MF) debe asumir la coordinación entre los diferentes especialistas y señalar qué es prioritario, accesorio o incluso contradictorio; de esta manera protegemos al paciente de la yatrogenia del sistema.

Existe legislación vigente que ampara y garantiza la necesidad de coordinación (RD 137/84, Ley General de Sanidad, Ley de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha), de acuerdo con McWinnhey la relación se puede establecer bajo dos tipos de procesos:

– Consulta: el MF responsable del paciente pide a un colega la opinión sobre el caso, carente de valor vinculante.

– Derivación: implica una transferencia de responsabilidad por algún aspecto del cuidado del paciente, aunque nunca es total, puesto que el MF conserva la responsabilidad global sobre el paciente.

La coordinación debe basarse en una relación entre profesionales de tipo horizontal, sin nivel jerárquico formal, asumiendo responsabilidades y decisiones sobre un mismo paciente que pertenece al sistema sanitario en su conjunto.

La diferencia entre niveles no se establece en función de la calidad prestada, ni de categorías, sino en función de la complejidad de los medios y técnicas que sea necesario

utilizar. Los pacientes no deben percibir barreras, sino una continuidad en la atención de su proceso. Es responsabilidad de las gerencias de ambos niveles reglamentar los diferentes circuitos de derivación y garantizar el cumplimiento de la normativa. La implantación de la gerencia única basada en un nivel primario como eje central soslayaría y allanaría estas competencias.

La integración operativa entre niveles debe abarcar las tres esferas de la actividad: asistencia, docencia e investigación.

A corto plazo sería deseable la implantación de la citación del especialista a tiempo real desde los centros de salud y la transmisión informática de los resultados de las exploraciones complementarias, fundamentalmente resultados de análisis clínicos.

En el apartado de la docencia deben establecerse actuaciones formativas conjuntas: sesiones clínicas, interconsultas docentes y desarrollo de protocolos de investigación conjuntos.

Se deben superar las dificultades organizativas y estructurales, los conflictos de poder y las actitudes que impiden una verdadera coordinación, que no subordinación de niveles, como en determinados casos puede existir en la actualidad.

Del análisis y resolución de las diferencias se avanzará en la colaboración, para que sea efectiva y duradera en la medida que satisfaga las expectativas de las dos partes y, lo que es más importante, de los usuarios.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Aranaz JM, Buil JA. Gestión Sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. *Med Clíin (Barc)*. 1995;106:182-4.
- Casajuana J. ¿Cómo debe retribuirse al personal de Atención Primaria? *Cuadernos de Gestión*. 1995;1:127-31.
- Casajuana J. Las nuevas empresas proveedoras de servicios: ni mejor, ni peor; sino todo lo contrario. *Formación Médica Continuada*. 1996;3:319-24.
- Casajuana J. ¿Qué espera el médico de atención primaria como incentivo? *Formación Médica Continuada*. 1997;4:631-3.
- Cunillera R. ¿Mejoran los modelos de gestión alternativos la calidad de atención? *Formación Médica Continuada*. 1996;3:312-3.
- Gallo FJ, Altisent R, Díez J, Fernández C, Foz C, Granados MI, Lago F. Perfil profesional del médico de familia. *Aten Primaria*. 1999;23:236-48.
- Gené Badía J. ¿El hospital debe competir, dominar o compartir con la atención primaria? *Aten Primaria*. 1998;21:186-7.
- Gervas J, Ortún V. Características del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Aten Primaria*. 1995;18:501-6.

- Grupo de Trabajo de la semFYC. Relación entre niveles asistenciales. Documento semFYC N.º 5; 1995.
- Grupo de Trabajo de la semFYC. El medio rural: una visión mirando al futuro. Documento semFYC N.º 11; 1997.
- Grupo de Trabajo de la semFYC. Informatización en la Atención Primaria. Documento semFYC N.º 13; 2000.
- Martín Zurro A. Compartir y coordinar la atención de los pacientes entre el hospital y la atención primaria: algunas propuestas prácticas. *Aten Primaria*. 2000;26:74-5.
- Martín Zurro A, Ledesma A, Sans A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Aten Primaria*. 2000;23:48-58.
- Mira JJ, Buil JA, Rodríguez J, Aranz J. ¿Es posible mejorar la coordinación entre niveles asistenciales? *Med Clin (Barc)*. 1997;109:439.
- Prieto A. Gestión de los Equipos de Atención Primaria. *MEDIFAM*. 1997;7:51-6.
- Taylor RB. El médico de familia como puerta de entrada al sistema sanitario: lo bueno, lo malo y el futuro. *MEDIFAM*. 1997;7:76-8.

Teoría y realidad en la coordinación entre AP y especialidades de nivel secundario

M.^a Luisa Gutiérrez Ibarzábal

Directora Médica de Atención Primaria. Comarca Uribe. Bizkaia.

No vamos a tratar sobre los diversos modelos de coordinación entre ambos niveles que se están desarrollando en otros países europeos o en EE.UU., sino sobre el intento de aplicar la metodología de la gestión por procesos a la relación Atención Primaria-atención especializada entre nuestra organización, la Comarca Uribe de Atención Primaria y nuestro principal proveedor de atención especializada, el Hospital de Cruces.

En lo esencial es representativa de cualquier relación interniveles del Sistema Nacional de Salud: una comarca que atiende a 210.000 pacientes en 20 centros de salud, la mayoría urbanos, agrupados en 9 Unidades de Atención Primaria (AP) y un hospital terciario, grande, de 950 camas, que atiende nuestras necesidades de atención especializada en varios ambulatorios de la comarca y en el hospital.

Las relaciones entre ambos niveles tradicionalmente han sido escasas y puntuales, a pesar del elevado número de pacientes que se derivan de un nivel a otro, y a que la relación con la atención especializada sea una constante entre las áreas de mejora que surgen en cualquier foro de reflexión de AP. La mala accesibilidad, la insuficiente comunicación entre niveles profesionales, la falta de criterios comunes, etc., son situaciones generalizadas que nosotros compartimos.

La gestión por procesos es una de las herramientas de gestión que mejores resultados podría proporcionar teóricamente en la relación AP-especializada, porque tiene flujos de trabajo entre diversas organizaciones y servicios, es un proceso complejo con muchas ineficiencias, mucha variabilidad para los mismos procedimientos, incumple notoriamente las expectativas y necesidades de pacientes y

profesionales, necesita indicadores para medir su efectividad y eficiencia y responde a la exigencia actual de aplicar la mejora continua a las actividades de la organización.

Se consideró uno de los procesos clave a nivel de Comarca por su incidencia directa en la calidad de atención a los pacientes.

El proceso AP-especializada nació con el objetivo de mejorar la pertinencia de la atención de cada nivel, mejorando la capacidad resolutoria de la AP, la integración, la accesibilidad a la atención especializada, el consenso entre ambos niveles en los criterios de funcionamiento tanto clínicos como organizativos y la satisfacción de los profesionales de ambos niveles, especialistas, médicos de Primaria, enfermeras y también administrativos.

Se identificó y se describió el proceso, las actividades y sus características de calidad, el equipo del proceso y se establecieron los indicadores que ayudarán a medirlo y a evaluarlo.

INDICADORES

- Actividad: medida en número de derivaciones/año por cada especialidad.
- Accesibilidad: número de consultas de especialistas en rango según los criterios de calidad en demora para la primera cita con el especialista: menos de 30 días en primera visita ordinaria, menos de 7 días en cita preferente y de 1 a 3 días en cita urgente.
- Coordinación: establecimiento de los protocolos de consenso, requeridos en el contrato-programa.
- Acceso a pruebas complementarias: incremento del número de pruebas complementarias a las que puede acceder el médico de Primaria.
- Satisfacción: número y naturaleza de las incidencias y quejas declaradas por los médicos de Primaria y por los especialistas.
- Descitaciones: número de descitaciones de consulta de especialista: 100 citas/por ambulatorio.

EQUIPO DE PROCESO

Se estableció un equipo de proceso compuesto por 6 personas, tres de la Dirección del Hospital y tres de la Comarca, Dirección Médica, Dirección de Enfermería y el técnico responsable del Área de Atención al Cliente, que se reúnen con una periodicidad mensual o bimensual. Los acuerdos establecidos, recogidos en acta se difunden a toda la organización a través de los Jefes de Unidad.

El equipo del proceso cuenta en la Comarca con un equipo de apoyo compuesto básicamente por un médico de cada una de las 9 Unidades, la Comisión de calidad asistencial.

SITUACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES

Actividad

Número de derivaciones

En los años 2004 y 2005 se ha quebrado la tendencia ascendente del número de derivaciones de años anteriores

iniciándose un descenso del 2%-4%, anual, mientras que la actividad de visitas en Primaria ha continuado incrementándose entre el 3% y el 4% anual en los últimos años.

Aún es prematuro concluir que la contención de las derivaciones a la especializada es una tendencia establecida, aunque se ha iniciado una tendencia descendente; las derivaciones a algunas especialidades han continuado incrementándose en un rango cercano al 10% anual.

Accesibilidad

Ha mejorado la accesibilidad ordinaria en la mayoría de las especialidades. Aunque la accesibilidad es buena en general, con la mayoría de especialidades por debajo de un mes, incluso de 10 días de demora, persisten puntos negros en determinadas especialidades, en las que las mejoras temporales se desbaratan con relativa frecuencia en períodos vacacionales volviéndose a producir elevadas demoras.

Una situación especialmente relevante es la falta de acceso urgente (de uno a tres días) a alguna especialidad, continuando la Urgencia Hospitalaria general como servicio de referencia.

Coordinación

Los resultados son buenos. Se han realizado anualmente y de forma compartida todos los protocolos de consenso interniveles requeridos en el Contrato Programa.

En 2005 la difusión de los protocolos ha sido muy buena acudiendo a las presentaciones del especialista de referencia, que realizan en el ámbito comarcal el 75% de los médicos de AP.

Protocolos consensuados:

- Protocolos de utilización de analítica en AP.
- Utilización de la ecografía y enema opaco.
- Utilización de endoscopia digestiva: gastroscopia, sigmoidoscopia, colonoscopia.
- Examen de fondo de ojo. Uso de retinógrafo no miátrico en la valoración de la retinopatía diabética.
- Ictus y cefaleas.
- Osteoporosis.
- Terapia de grupo para familiares de pacientes críticos y terminales.
- Patología tiroidea: hiper-hipotiroidismo, bocio y nódulo tiroideo.
- Criterios de derivación urgente y ordinaria a medicina interna.
- Coordinación en cuidados paliativos, urgencia hospitalaria y Punto de Atención Continuada (PAC), hospitalización a domicilio, unidades de cuidados paliativos.

Pruebas complementarias

El acceso de los médicos de AP a las pruebas complementarias era dificultoso, por el temor existente en el hospital a que su incorporación a la cartera de servicios de AP generara un incremento importante en las listas de espera, además de un uso ineficiente.

Estos temores se han ido superando accediendo los médicos de primaria a nuevas pruebas complementarias: en-

doscopia digestiva (gastroscopia, sigmoidoscopia y colonoscopia), enema opaco, ecografía tiroidea, densitometría, exploración de fondo de ojo mediante retinógrafo, etc.

Cada prueba complementaria tiene su correspondiente protocolo de utilización e instrucciones prácticas como el consentimiento informado y las instrucciones de preparación y citación del paciente.

Se han realizado evaluaciones del uso de la endoscopia, densitometría y retinógrafo por parte de la Atención Primaria resultando un uso adecuado de las pruebas por parte de los médicos de AP. No se han incrementado significativamente las listas de espera de las pruebas.

Faltan aún diversas pruebas de la cartera de servicios teórica para estar al alcance de la AP, por ejemplo, el ecocardiograma u otras pruebas de radiodiagnóstico, porque lo impiden las capacidades reales de los servicios hospitalarios.

Satisfacción

Quejas de los especialistas

Las principales quejas de los especialistas se han debido a derivaciones inadecuadas:

- Ginecología: mujeres asintomáticas derivadas al ginecólogo para revisiones.
- Laboratorio: uso excesivo de perfiles analíticos, principalmente perfil férrico.

Corrección: información personalizada de la queja al médico de AP implicado.

- Derivaciones urgentes o preferentes inadecuadas en Neurología, Cardiología y Dermatología. Son las especialidades con mayor demora.

Soluciones: aumento del número de citas preferentes y urgentes, protocolo de manejo conjunto de patología cerebrovascular y cefaleas y curso de formación en dermatología.

Quejas de los médicos de Atención Primaria

- Envío de pacientes a AP para cumplimentar tareas administrativas: volantes de ambulancia, de analítica, de muletas, etc.

- Pacientes de alta hospitalaria sin recetas, generando citas urgentes con su médico de primaria para obtenerlas.

- Ausencia de respuesta de especialistas a los volantes de derivación.

Corrección: las incidencias declaradas individualmente por cada médico y cada administrativo se trasladan a cada servicio o a cada especialista.

El número de pacientes derivados a primaria para obtener el volante de ambulancia ha disminuido el 40% desde 2003.

Las quejas de los administrativos generalmente se refieren a procedimientos de citación inadecuados: pacientes que piden cita sucesiva con el especialista sin documento acreditativo, pacientes derivados al Área de Atención al Cliente (AAC) desde el especialista para cambiar una cita sucesiva por una primera, múltiples descitaciones y reasignaciones de consultas.

Descitaciones

Una de las quejas más repetidas del personal administrativo de los centros encargado de dar las citas a los especia-

listas es la cancelación, el retraso de la cita y la reasignación de pacientes. Por este motivo en 2004 se añade un indicador más al proceso, que objeque y monitorice la situación: número de descitaciones/100 citas en cada ambulatorio determinando las especialidades causantes.

EFFECTOS SOBREVENIDOS DE LA GESTIÓN DE LA RELACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA COMO UN PROCESO

El establecimiento de una estructura estable entre el hospital y la comarca y de un sistema de comunicación en la propia comarca, que trate de la relación con la especializada, ha favorecido indudablemente la comunicación, la confianza mutua, la objetivación de los problemas y la consecución de algunos de los objetivos planteados en un área especialmente importante y difícil.

El traslado de esta buena comunicación del nivel de la Administración al nivel más importante, el operativo en las consultas y su repercusión en la atención al paciente, resulta lento y laborioso por la multiplicidad de procedimientos y de personas implicadas, aunque algunos indicios resultan esperanzadores.

Procesos asistenciales. Una nueva estrategia asistencial

Antonio Torres Olivera

Director General de Calidad, Investigación y Gestión del Cto. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

La gestión de la calidad total se basa en la búsqueda de la satisfacción de los usuarios, la implicación activa de los profesionales y las estrategias dirigidas a la mejora continua en las actividades que se realizan.

Estas líneas de acción necesitan complementarse con una visión ágil e innovadora que consiga la fidelización del cliente, pues éste no solo espera calidad en los productos o servicios, sino también que se adapten permanentemente a sus necesidades.

La gestión por procesos se conforma como una herramienta encaminada a conseguir los objetivos de calidad total, es decir, procura asegurar el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios y en el proceso asistencial en sí mismo.

La gestión por procesos se centra en una serie de elementos fundamentales:

- Enfoque centrado en el usuario.
- Implicación de los profesionales.
- Sustento en la mejor práctica clínica a través de guías de práctica clínica basadas en la evidencia.
- Desarrollo de un sistema de información integrado.
- Continuidad asistencial que pretende garantizar una entrega de servicios única o coordinada: por prime-

ra vez la asistencia sanitaria se plantea desde una perspectiva de la horizontalidad. Ante un problema concreto cada nivel dará la respuesta adecuada al mismo, evitando tanto duplicidades como espacios vacíos que no aportan valor. La guía de práctica clínica marca los criterios de derivación a otro nivel, el tiempo de respuesta y el regreso del paciente a su nivel de origen. Todo este recorrido se evalúa con unos criterios de calidad establecidos y medibles.

- Disminución de la variabilidad en la práctica clínica: ante un mismo problema la respuesta obtenida por un ciudadano va a ser semejante; no va a depender ni del lugar, ni del profesional. Esta disminución de la variabilidad es una garantía de equidad y es una aplicación en la práctica del principio constitucional de derecho a la igualdad efectiva consagrado en el Artículo 14 de nuestra Carta Magna.

En resumen, un proceso asistencial es una secuencia de actuaciones en el tiempo orientadas a obtener un valor añadido, dirigido a obtener satisfacción de los usuarios y facilitar la tarea de los profesionales, garantizando la continuidad asistencial.

Los procesos se pueden representar gráficamente utilizando la metodología IDEF (*integration definition for function modeling*); de esta manera podemos definir y dibujar cómo un proceso se relaciona y está integrado con el resto de procesos de la organización, y además representar gráficamente cada proceso por separado.

La representación gráfica de un proceso por separado, llamada arquitectura, pretende dar respuesta a las preguntas: quién, cuándo, cómo y dónde.

Abordaje de la cardiopatía isquémica como ejemplo de la importancia en la coordinación asistencial entre la Atención Primaria y la Cardiología

Iñaki Lekuona Goya

Jefe de Servicio de Cardiología. Hospital de Galdakano. Bizkaia.

Los objetivos de la rehabilitación cardíaca deben comprender todos los aspectos de los pacientes con cardiopatía isquémica, prevención de los factores de riesgo cardiovascular y rehabilitación física, psicológica y social, que permitan reducir el riesgo de nuevos ataques cardíacos y la reincorporación de los pacientes a la vida normal.

El acceso a la rehabilitación en Europa oscila entre el 50%-60% en Holanda, Austria y Finlandia y el 2%-3% en España, Grecia y Portugal, con un 20%-25% de accesibilidad en el resto de los países europeos. Este panorama no ha variado en nuestro país en los últimos 10 años.

Todos los pacientes hospitalizados por cardiopatía isquémica deben tener la posibilidad de ser integrados en un programa de rehabilitación y prevención secundaria, como lo aconseja el Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007 del Ministerio de Sanidad.

Este programa de rehabilitación no tiene por qué ser realizado, la mayor parte de las ocasiones en el medio hospitalario. La Atención Primaria debe desempeñar un papel primordial, siempre de forma coordinada con la atención especializada.

Los Servicios de Cardiología tienen que mejorar de forma muy importante en los siguientes aspectos, que considero críticos y los expreso en forma de decálogo:

- No existe todavía la cultura deseable, aunque se ha mejorado, sobre la evaluación de los factores de riesgo de la cardiopatía isquémica, lo que conduce a un registro insuficiente de los mismos en las historias clínicas.

- No se realiza de forma sistemática una estratificación pronóstica al alta y las recomendaciones específicas sobre estilos de vida, modificación de hábitos tóxicos, incorporación laboral, actividad sexual, utilización adecuada de fármacos, objetivos a conseguir, utilización de nitroglicerina, etc., o no constan o son inadecuadas.

- El informe clínico al alta debe ser modificado de forma sustancial, debe contener los aspectos más relevantes de la enfermedad y debe extenderse mucho más en la estratificación del riesgo posterior y en las medidas para que no se repita el ataque cardíaco.

- La información al paciente y a sus familiares es francamente mejorable y las medidas a tomar ante un nuevo ataque cardíaco brillan por su ausencia, de modo que el campo de mejora es muy notable.

- El paciente y su familia, teniendo como base una correcta información, deben recibir una cierta formación y debe comprometerse a seguir las indicaciones que se dan al alta del hospital. En este sentido hemos elaborado una especie de contrato con el paciente. Nosotros asumimos el compromiso de realizar una información adecuada, una estratificación pronóstica y un seguimiento coordinado entre el médico de Atención Primaria y el especialista.

- La realidad actual es que existe una muy pobre coordinación entre los niveles asistenciales, especialmente entre los profesionales hospitalarios y los extrahospitalarios.

- Es evidente que todos debemos mejorar nuestros conocimientos y formarnos de forma continuada en los aspectos relacionados con la prevención secundaria y la rehabilitación.

- Se impone la necesidad de elaborar protocolos de actuación y estrategias, calendario de revisiones, dudas, accesibilidad de forma conjunta, someterlas a análisis periódicos y entrar en ciclos de mejora. Es una obligación que tenemos con nuestros ciudadanos.

- Se impone la necesidad de trabajar de forma coordinada y multidisciplinaria, siguiendo las normas de la Sociedad Europea de Cardiología. El papel de los rehabilitadores físicos, psicólogos clínicos, dietistas y sobre todo el técnico/a sanitario/a que se subespecialice en el manejo de los factores de riesgo cardiovascular.

- Finalmente la exigencia a la administración para que invierta en medidas preventivas, que dimensione las plantillas para que puedan atender la creciente demanda, la implicación de los organismos municipales y un largo etcétera.