

¿Por qué hablamos de continuidad de cuidados cuando realmente queremos decir satisfacción profesional?

José Ramón Martínez Riera^a y Ángela Sanjuán Quiles^b

^aDepartamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia.

^bDepartamento de Enfermería. Universidad de Alicante.

Resumen

La continuidad de los cuidados se constituye como el elemento clave en la atención de las personas más allá del nivel asistencial en el que puedan ser atendidas. Sin embargo, sigue siendo una constante el equívoco que se produce entre la respuesta a la demanda de continuidad de cuidados por parte de los usuarios y la esperada por los profesionales para satisfacer sus responsabilidades profesionales.

Para poder llevar a cabo estrategias de continuidad de cuidados las organizaciones sanitarias tienden a establecer distintos mecanismos organizativos entre los que cabe destacar: la formación profesional, la planificación y toma de decisiones en comisiones interinstitucionales e interdisciplinarias, los sistemas de información de las historias clínicas, la valoración interdisciplinaria, el trabajo interdisciplinario mediante protocolos, la provisión de servicios, el seguimiento y la retroalimentación profesional. Sin embargo, las mismas siguen teniendo su vista puesta en la satisfacción profesional y no en las necesidades reales de los ciudadanos con necesidad de continuidad de cuidados, tal como se analiza en el presente artículo.

Resulta evidente que la coordinación entre niveles, la interrelación profesional, la retroalimentación, la interacción socio-sanitaria, la continuidad de cuidados etc. son algo más que un deseo, una estrategia o una iniciativa novedosa. Deben constituirse en objetivo prioritario de cualquier sistema sanitario.

Pero dicho objetivo no puede quedar en una quimera o utopía permanente. Se deben emprender cambios organizacionales, profesionales y políticos que tiendan a corregir los endémicos males que impiden alcanzar el objetivo de la continuidad de los cuidados.

Se deben abandonar los posicionamientos de rigidez profesional, los enrocamientos corporativistas, los compartimentos estanco, la burocracia paralizante... para avanzar hacia estructuras coherentes con las necesidades y demandas de los ciudadanos.

Palabras clave: continuidad de cuidados, coordinación, interacción, interrelación, comunicación, niveles de atención, coordinación socio-sanitaria, satisfacción profesional.

Summary

The continuity of patient care is a key element in assistance to patients, beyond healthcare levels. However, the response to the demand of continuity of care by users still differs from the response expected by professionals to satisfy their professional responsibilities.

Health bodies tend to establish different organizational mechanisms to carry out strategies of continuity of care including professional training; planning and decision-making by interinstitutional and interdisciplinary commissions; information systems about medical histories; interdisciplinary assessment; interdisciplinary work based on protocol use and provision of service, monitoring and professional feedback.

Nevertheless, these organizations still focus their attention on professional satisfaction and not on real needs of citizens of having a continuity of care at their disposal, as we analyze in this article.

It is obvious that coordination among healthcare levels, professional correlation, feedback, elderly-care coordination, continuity of care etc. are more than a wish, a strategy or an innovative initiative. These all should be a top objective for any healthcare system.

But this objective must not be a utopia or illusion forever. Organizational, professional and political changes are needed in order to mend the permanent problems that prevent us from achieving our objective of continuity of care.

We should eliminate professional and corporate inflexibility as well as hindering bureaucracy to obtain structures in accordance with citizens' needs and demands.

Key words: *continuity of care, coordination, correlation, communication, healthcare levels, elderly-care coordination, professional satisfaction.*

“Por qué lo llaman amor cuando quieren decir sexo”

En la película española de 1993 “Por qué lo llaman amor cuando quieren decir sexo” una pareja de artistas de un importante espectáculo pornográfico empieza a tener problemas cuando su relación trasciende lo meramente profesional y pasa al ámbito personal. El sexo, como mero instrumento profesional entre ambos, se convierte en un problema al confundirlo con los sentimientos que empiezan a sentir los dos.

El título de la comedia nos sirve de hilo conductor al planteamiento que pretendemos llevar a cabo con relación a un tema de tanta trascen-

dencia en el ámbito del sistema sanitario —como el amor y el sexo lo son en la cultura y en la sociedad— la continuidad de los cuidados y la satisfacción profesional.

Lo mismo que sucede con los difuminados límites entre amor y sexo, las fronteras entre niveles sanitarios son artificiales. Se deben más a la pura organización de servicios laborales que a las necesidades reales de los individuos y familias. Pero, puesto que existen, lo lógico es que la coordinación entre servicios sanitarios logre superarlas para ofrecerlos de manera precisa a los usuarios¹.

La continuidad de los cuidados se constituye como el elemento clave en la atención de las personas, más allá

del nivel asistencial en el que puedan ser atendidas, ya sea mediante la mejora de la estructura “natural” o una superestructura que se añade a los cuidados habituales. De la misma forma y teniendo en cuenta que la enfermedad, como percepción subjetiva, e influida por factores sociales y culturales, es un concepto que se construye y manifiesta en forma de conducta individual, la deseable continuidad de cuidados ante una demanda de los mismos no coincide con lo sentido o auto-percibido. Si lo que se percibe como continuidad de cuidados guía la demanda de las personas al sistema de cuidados formal, se producirán desacuerdos o incongruencias entre lo solicitado y lo ofertado, o viceversa².

Y aquí es donde estriba precisamente el equívoco entre la respuesta a la demanda de continuidad de cuidados por parte de los usuarios y la esperada por los profesionales para satisfacer sus responsabilidades profesionales. Este hecho conduce a que ninguna de las dos clases de respuestas esperadas sea satisfactoria, como sucede en la relación que nos ha servido de ejemplo entre el amor y el sexo.

En el concepto de continuidad de cuidados podemos distinguir dos as-

pectos que entendemos que sería necesario destacar. Por una parte, la coordinación entendida como la disposición de un conjunto de cosas o acciones de forma ordenada, con vistas a un objetivo común. Según algunos autores³, la coordinación es “el acto de gestionar las interdependencias entre actividades, desde una perspectiva bidireccional (usuario/profesional)”. La consecución de los objetivos de continuidad dependerá del grado de coordinación que se consiga entre los niveles políticos, financieros, organizativos y clínicos.

Por otra parte la integración que según Leutz⁴ es “una búsqueda para conectar el sistema de servicios sanitarios con otros sistemas de servicios humanos, cuidados de larga duración, educación, vivienda, para mejorar los resultados (clínicos, efectividad y satisfacción)”. Los “otros servicios humanos” son los “no sanitarios” y precisamente esta distinción entre lo sanitario y “lo otro” ha estado en el centro del debate sobre el desarrollo de políticas y su aplicación. Según el mismo autor se distinguen tres niveles de integración: colaboración (derivación de pacientes entre instituciones y profesionales), coordinación (acuerdos entre insti-

tuciones y existencia de profesionales de enlace) e integración (presupuesto conjunto), cuya pertinencia depende de las características de los servicios requeridos o de las de los usuarios que los requieren.

Continuando con los símiles no se puede utilizar cualquier pieza de un puzle para integrarla indistintamente en los espacios que queden libres, sin tener en cuenta su dimensión, forma y dibujo. De igual manera, los servicios sanitarios con su vocación curativa de diagnóstico y tratamiento a corto plazo, chocan con la demanda sentida de cuidados continuados por parte de los usuarios. Esto viene dado fundamentalmente por el hecho de que la integración de servicios ha sido un asunto de profesionales y gestores con poca participación de los usuarios, que no solamente han perdido parte de su saber popular dejándolo en manos de los profesionales, sino que también han dejado en manos de estos la toma de decisiones en cuantos aspectos tengan que ver con su salud.

La participación ciudadana para la democratización de los servicios de salud debe ser libre, informada y con capacidad de elección⁵. Basándonos en dicha afirmación, nos podríamos

preguntar cómo sistemas sanitarios que dicen estar “centrados en el paciente/usuario” tienen tan poco en cuenta su toma de decisiones en el diseño de políticas sanitarias públicas, lo que se ha venido a denominar, siguiendo las corrientes de la Ilustración de los siglos XVII y XVIII, como “despotismo sanitario”, reflejado en el hecho de que se trata de un sistema que hace todo por el paciente sin tener en cuenta al paciente.

A pesar de lo dicho y de que viene amparado por ordenamientos legislativos en todos aquellos países que tienen regulado un sistema público de salud, sigue siendo una asignatura pendiente a la que nadie ha sabido dar respuesta adecuada para poder superarla. Esto se traduce en desarrollos legales en los que se hace mucho hincapié en la participación ciudadana, pero que queda en espíritu de ley que no se llega a concretar, quedando en manos exclusivamente de profesionales y gestores.

Para poder llevar a cabo estrategias de continuidad de cuidados las organizaciones sanitarias tienden a establecer distintos mecanismos organizativos, entre los que cabe destacar: la formación profesional, la planificación y la toma de deci-

siones en comisiones interinstitucionales e interdisciplinarias, sistemas de información de las historias clínicas, valoración interdisciplinaria, trabajo interdisciplinario mediante protocolos, provisión de servicios, seguimiento y retroalimentación profesional. Dichas estrategias, en principio, parecen razonables e incluso acertadas para lograr el objetivo de la continuidad de cuidados. Sin embargo, entendemos que las mismas siguen teniendo su vista puesta en la satisfacción profesional y no en las necesidades reales de los ciudadanos con necesidad de continuidad de cuidados.

Formación de los profesionales

La necesidad de fortalecer la formación está ligada a la necesidad de mejorar y garantizar el desarrollo profesional y las competencias como base para la optimización de la calidad de las prestaciones de salud. Por ello, la formación profesional debe entenderse como un compromiso personal, ético y profesional, por más que pueda contemplarse asimismo como un derecho.

Pero esta actitud de atender a la formación no sólo es una demanda

profesional, sino también de justicia social, porque permite que los profesionales reciban la mejor formación, y esto es una exigencia de la sociedad y un fin de cualquier institución sanitaria.

Por tanto, parece lógico que se quiera y se requiera centrar la atención en los procesos de formación, de los profesionales de la salud, lo que implica: explorar los momentos en que se da el aprendizaje, la relación profesional-usuario/paciente, el desempeño del cuidado del individuo, familia y comunidad con la respectiva identificación de la problemática de salud en los usuarios/pacientes y las acciones pertinentes para su tratamiento, así como evaluar la respuesta y evolución de las personas⁶.

Sin embargo, y en general, los planes de formación continua profesional en todo el mundo siempre van por detrás de las necesidades cambiantes incesantemente de la realidad social. Mucho más en países donde el índice de variación es muy elevado. Y, por otra parte, la mayoría de planes de formación se centran en las necesidades de los profesionales y/u organizaciones, sin tener en cuenta las de los ciudada-

nos, para los que, en teoría, van a poner en práctica su competencia; es decir, prevalece la adquisición de aptitudes sobre las actitudes, que comportan cambios reales en el desempeño acordes con la sociedad a la que va dirigido el servicio profesional.

Y es que la actitud no es lo mismo que la aptitud. La actitud evalúa la conducta y la aptitud es la capacidad para actuar y reaccionar. Las aptitudes no las cuestiona la sociedad, da por sentado que los profesionales las tienen y las mejoran de manera continua, pero las actitudes son importantes porque nos comunican cómo reacciona o actúa alguien ante situaciones determinadas. Permite ver cómo “el otro” toma posicionamientos personales ante diferentes situaciones. Se puede decir teóricamente, pero a la hora de reaccionar es cómo se observa la manifestación de la actitud, cómo nos desenvolvemos. Ahora bien, en la parte actitudinal se resalta el marcado interés por conocer e involucrarse en el mundo de lo muy conocido en otras latitudes, pero que aún en este medio está demorada su popularidad. Posiblemente esto sea la causa de que aún exista cierto temor a dejar el sis-

tema de formación centrado exclusivamente en las aptitudes⁷.

Y es aquí donde habitualmente los profesionales sanitarios anteponen sus aptitudes a las actitudes esperadas ante dichas situaciones, en muchas ocasiones como mecanismo de defensa ante la incapacidad de respuesta, lo que genera nuevas demandas insatisfechas por parte de los usuarios/pacientes. A modo de ejemplo se podría utilizar un chiste que ejemplifica lo dicho: “ante el deterioro del sistema sanitario Jesús decide, de nuevo, bajar a la Tierra. Se reencarna en un profesional de la salud que trabaja en un consultorio. En la sala de espera se encuentra a un paciente en silla de ruedas por una discapacidad. Cuando entra en la consulta Jesús le mira y le dice: “Levántate y anda”. El paciente sale andando de la consulta y otro paciente le pregunta: —¿Qué tal el nuevo?— a lo que este le responde: —Pues como todos, ni me ha mirado—”.

Es un hecho que la formación a través del tiempo sin crítica, limita el desarrollo de actitudes inquisitivas y de pensamiento crítico de quienes están involucrados en el proceso enseñanza-aprendizaje, probable-

mente relacionado con un pobre desarrollo de aptitud crítica y reflexión continua de textos teóricos. Esta situación trasciende al ámbito práctico, donde se conjugan tradiciones, prácticas y limitados lenguajes disciplinares no aptos para desarrollar un sistema de valoración y conocimiento sistemático de patrones profesionales. Esto en conjunto son los valores, conformados como referentes educativo y profesional en la formación del recurso humano, los cuales dificultan los procesos de reflexión continua de la acción y reflexión en la acción con la recuperación de la experiencia, lo que sugiere una práctica profesional predominantemente rutinaria sobre la acción reflexiva⁶.

Pero actitud y aptitud no tienen por qué ser antagónicas, ni parece razonable presentarlas como una dicotomía insalvable. Se tendrá que plantear la necesidad de que la formación aborde tanto la actitud como la aptitud, puesto que ambas dan competencia profesional. La formación de los profesionales ha quedado muy detrás de las necesidades actuales de la sociedad, que precisa y demanda una eficaz y humana continuidad de cuidados⁸.

Planificación y toma de decisiones en comisiones interinstitucionales e interdisciplinarias

Tal como precisa Bégin (1979)⁹ “planificar es aplicar un proceso que conduce a decidir qué hacer, cómo hacerlo y cómo evaluar lo que se hará antes de la acción, por ejemplo, antes de hacerlo”.

Por su parte Pineault y Daveluy¹⁰ (1994) dicen que “el planificador debe identificar a los diferentes actores y reconocer sus intereses respectivos”.

De ambas aportaciones se pueden extrapolar una serie de características que son fundamentales para el tema que nos ocupa. La planificación concierne al futuro, implica una relación de causalidad entre la acción tomada y los resultados no alcanzados, es un proceso continuo y dinámico, su naturaleza es multidisciplinaria, implica y afecta a diferentes actores y es uno de los elementos de la toma de decisiones.

En cuanto a la primera característica todo el mundo entiende y comparte que la prospección es inherente a la planificación. En cuanto a la segunda obedece al principio de determinismo, es decir, a la relación plausible o demostrada entre las acciones

propuestas y los éxitos que se persiguen, lo que conduce a la tercera característica de acción continua y dinámica, en función de unas etapas dispuestas según una cierta lógica de pensamiento y con fuertes interrelaciones entre sí. La cuarta característica, aun siendo una realidad, lo es de diferente manera dependiendo de la disciplina que desarrolle la planificación y la institución en que se haga, lo que lejos, en principio, de representar un inconveniente, debe ser entendido como una oportunidad al generar un análisis más rico de situaciones o decisiones, pero que no tan sólo puede quedar ahí, ya que se debe contar con los demás actores implicados en el proceso de planificación y que se constituye en la quinta característica que da paso a la sexta y última que hace referencia a la toma de decisiones compartida.

Así pues lo que, en teoría, parece un proceso lógico y asumible por todos, acaba siendo uno de los principales problemas a la hora de establecer eficaces estrategias de continuidad de cuidados, tal y como vamos a tratar de explicar.

Tradicionalmente, las decisiones clínicas han sido tomadas en exclusiva por los profesionales sanita-

rios, sobre la base de un modelo “paternalista o dirigido”, también denominado “hipocrático”. En este modelo se presume que los profesionales saben “lo que es mejor” para el paciente: recopilan información sobre sus problemas de salud, efectúan un diagnóstico y prescriben un tratamiento o realizan un plan de cuidados. Se trata del modelo en el que el paciente es consciente pasivamente; los profesionales no intentan comunicarle cuáles son los beneficios y efectos adversos de las opciones disponibles, ni tampoco indagan en sus preferencias. El modelo paternalista representa el máximo exponente del paradigma de asistencia sanitaria “sensible a la oferta” o “centrado en el control de los profesionales”¹¹.

No cabe duda de que muchas decisiones sobre la salud son particularmente dificultosas, abarcando una compleja red de condiciones (Hunink et al, 2001)¹². Sin embargo, dicho de otro modo, no es sorprendente que haya poco acuerdo sobre el mejor curso de acción ante un problema, pues a menudo no hay seguridad entre las acciones propuestas y los éxitos que se persiguen. Además de estos factores se podría añadir que en el entor-

no de la salud la participación del usuario en la toma de decisiones ha producido muchos debates entre los profesionales de la salud. Los movimientos de los derechos de los consumidores, el incremento de la información de que disponen los pacientes y de su conciencia como consumidores y su sentido de autonomía y control sobre las decisiones que afectan a su bienestar, ha dado lugar a mecanismos de reducción de la asimetría que existen entre los profesionales sanitarios y los usuarios, así como al respeto de sus valores y creencias^{13,14} (Gaminde, 1998; Jovell, 1999).

Por otra parte, el punto de vista de los pacientes puede diferir de la percepción del profesional en cuanto a la utilidad de las posibles consecuencias y desenlaces de una decisión, siendo diferente la valoración atribuida a estos (percepción de la calidad de vida respecto a las posibles mejoras o complicaciones, aversión al riesgo, etc.)¹⁵ (Hermosilla et al, 2002). En la práctica actual de la Enfermería, el concepto de participación del paciente ha sido generalmente aceptado, conformándose como un movimiento en el cual los pacientes asumen una mayor responsabilidad en la prevención, detec-

ción y tratamiento de los problemas de salud¹⁶ (Cahill, 1996).

Pero la diferencia de estatus entre profesionales y pacientes en lo que se refiere a formación, adquisición de conocimientos y género contribuye a marcar las diferencias en la capacidad de decidir en el encuentro entre ambos^{17,18} (Scott et al, 2000; Charles et al, 1999). En cualquier caso, la naturaleza dinámica y compleja de la relación personal que se establece en los encuentros entre profesionales de la salud y usuarios da lugar a un modelo poco definido en el que participan elementos de distintas aproximaciones, con el fin de atender las necesidades individuales que reflejan los pacientes en cada momento.

Sucede que las instituciones sanitarias siguen el modelo de tipología de las organizaciones de Mintzberg, en las que el conocimiento ligado a las competencias esenciales, asistencia, docencia e investigación, se encuentra, fundamentalmente, en el “núcleo operativo” que está integrado por los profesionales de la salud: médicos y enfermeras (modelo de “burocracia profesional”) y en el que los usuarios tienen muy poco o nada que decir, opinar o aportar, lo que, sin duda,

repercute en la continuidad de los cuidados que queda ligada a dicho modelo.

A pesar de ello existen países en los que se está comenzando a reconocer, con mayor o menor entusiasmo, la importancia del paciente y sus preferencias en la concepción del sistema sanitario, siendo la participación de los pacientes y sus asociaciones uno de los ejes centrales de las políticas sanitarias^{19,20}.

Es pues necesario un compromiso creíble de las autoridades sanitarias en la facilitación de mecanismos y espacios de decisión y elección, relacionado con la continuidad de los cuidados. Más allá de las declaraciones y regulaciones formales, los sistemas sanitarios deberían mostrarse proactivos respecto a la implicación responsable de todos los agentes relevantes, incluidos los usuarios, en la definición de las estrategias de continuidad de cuidados y la configuración de su oferta²¹.

Sistemas de información de las historias clínicas

Considerados en su totalidad, los sistemas de información sanitarios disponibles se encuentran dis-

persos y fragmentados por áreas temáticas o de interés. En un primer plano se observa que los de los servicios sociosanitarios han evolucionado de forma independiente. Salvo excepciones las concepciones, los modelos y las actividades de los profesionales de los diferentes niveles se han mantenido alejados, o incluso ajenos unos de otros; sus visiones de la salud siguen corriendo paralelas; se comparten pocas parcelas. No es de extrañar entonces que no abunden los vínculos entre los sistemas de información que se han desarrollado en estos niveles de atención. Los pocos nexos existentes no se han creado a resultas de una planificación estratégica abocada a integrar estos sistemas; son el fruto de proyectos y planes conjuntos puntuales o de estudios realizados *ad hoc*²².

Las innovaciones introducidas abordan sistemas de información aislados y parten lastradas por modelos, registros, herramientas y funcionalidades obsoletas y por una demanda inercial de información. La transferencia de competencias, realizada sin acuerdos sobre mínimos, ha mermado la cohesión de los sistemas de información, lo cual, junto con la ausencia de

espacios para compartir experiencias en la informatización, nos debilita ante la oferta de aplicaciones informáticas inmaduras.

Por otra parte, y a pesar de que la información de las historias clínicas pertenece a los pacientes, y los centros sanitarios o los profesionales sanitarios son los responsables de conservar la documentación clínica, independientemente del soporte en el que se almacene²³, en raras ocasiones los usuarios hacen uso de este derecho, siendo los profesionales no tan sólo los garantes de su guarda y custodia, sino prácticamente los únicos valedores de las mismas y de lo que con ellas se haga, generando, además, un efecto “distanciador” con el usuario que no se identifica con lo que en la historia se registra.

Las innovaciones y mejoras que se están introduciendo parten con el lastre que interponen los modelos, los registros, las herramientas y las funcionalidades informáticas obsoletas, así como el que representa la inercia institucional, tanto la mantenida por legislaciones, normas y protocolos de actuación, como la alimentada por formas consolidadas de trabajar más o menos renuentes a los cambios. Por

otra parte, las innovaciones están siendo, en su mayoría, parciales e inconexas. Se generan pues historias clínicas electrónicas en las que lejos de facilitar el intercambio de información entre profesionales de los diferentes niveles asistenciales y, por tanto, favorecer la continuidad de cuidados en ellas, la información tan sólo fluye entre los profesionales como parte del modelo de “burocracia profesional” comentado en el apartado anterior. Así pues, y aunque favorece la atención, esta se centra tan sólo en el acceso a la información en tiempo real, la realización y divulgación de informes, el recuerdo de problemas y acciones planteadas o pendientes, el acceso en tiempo real a protocolos y guías clínicas y bases de datos bibliográficas y terapéuticas que proporcionan sistemas de soporte adecuados para la toma de decisiones inmediatas... lo que reporta un beneficio muy relativo para el usuario en la mejora de la continuidad de cuidados.

Y siendo importantes estos beneficios de acceso y utilización de la información, si los mismos tan sólo se quedan en una mejora para la actividad profesional, sea esta asistencial, docente, gestora o investigadora, la con-

tinuidad de cuidados quedará en una mera realidad virtual de la que no se beneficiará el usuario en la medida que espera y desea.

Valoración interdisciplinaria

La división y especialización del conocimiento científico y la imposibilidad de abarcar un solo profesional la totalidad de problemas de salud, junto a un desarrollo muy marcado de la tecnología y de las especialidades sanitarias, incrementaron la participación de distintas disciplinas y especialistas en la asistencia de un paciente y permiten articular el valor otorgado al trabajo interdisciplinario desde el nivel discursivo y el de la práctica, con el lugar que efectivamente se cede a cada disciplina dentro del trabajo en equipo.

Preguntarse por la posibilidad de una jerarquización de las disciplinas dentro de un equipo de salud constituye un interrogante ineludible. Despejar esta cuestión permite ponderar hasta qué punto el trabajo interdisciplinario es una metodología consolidada y valorada, y más importante aún, permite visibilizar los posicionamientos relativos de cada una de las áreas al interior del equipo y

sus implicaciones para la dinámica diaria de trabajo. Así pues, el trabajo interdisciplinario supone, en muchas ocasiones, un desafío, ya que diariamente se debe luchar contra la omnipotencia médica. Y es que la formación académica recibida por los médicos es difícil de compatibilizar con un modelo de atención sanitario que involucre disciplinas de otras ramas científicas distintas a la médica, precisamente porque esta última se caracteriza por inculcar que la potestad de un individuo enfermo la tiene el médico²⁴. Teniendo en cuenta que este posicionamiento tiende hacia una visión en profundidad de un aspecto de los usuarios, volviendo invisible la interacción e interdependencia de las múltiples dimensiones en juego y de la persona global. Y, además, el trabajo así concebido suele producir gastos que no aumentan apreciablemente la expectativa de vida y deja de incorporar otro tipo de cuidados que puedan mejorar la calidad de la misma.

Porque sin un trabajo de reflexión que lleve a la formulación conjunta de estrategias de continuidad de cuidados el resultado final es la suma de respuestas disciplinarias a problemas distintos²⁵ (Rolando Gar-

cía 1991), que no hacen sino disgregar la atención.

Para la construcción de un trabajo interdisciplinario se requiere que el mismo se construya a partir de los desafíos que plantea la complejidad de la práctica, la experiencia del compartir y la confrontación de distintos modelos posibles de trabajo. Requiere tanto de la transformación de las formas de pensamiento instituidas, como de los modos de organización que permitan dar respuestas a las necesidades de los usuarios, y no tan sólo a las de las disciplinas que participan en el trabajo interdisciplinario.

Trabajo interdisciplinario mediante protocolos

El protocolo es un proceso de actuación profesional. Es una regla de la práctica que define sus secuencias y las autentifica. Es un consenso de un grupo de profesionales de un área específica para ver cómo actuar sobre un tema determinado, que se aplica sobre un ámbito dado. Sería un procedimiento estandarizado y ordenado sobre la conducta apropiada ante una situación determinada. Por lo tanto, en principio, el protocolo crea realidad.

Sin embargo, el protocolo define y evalúa sólo lo que se propone evaluar, es decir, lo que cae fuera de su recorte no existe. Recorte interesado que se presenta como objetivo²⁶. Por lo tanto, se limita a áreas de interés profesional en las que el paciente tiene, de nuevo, poco que decir. De esta manera el intento homogenizador del protocolo acaba siendo un instrumento al servicio del control de profesionales que, además, no siempre cuentan con el consenso deseado, pasando a ser un instrumento de control de unos pocos para la actuación de todo un equipo.

Desde esta perspectiva, y más aún si tenemos en cuenta que se trata de un intento de regular los cuidados, resulta complicado que los protocolos sean herramientas eficaces para conseguir la deseada continuidad de los mismos, dado que quedan reducidos a aspectos muy concretos ligados a la enfermedad y al control e intervención de los profesionales.

Desde la importancia que, sin duda, tienen los protocolos, estos deberían combinar la flexibilidad y el rigor científico con la calidez relacional, ya que no son excluyentes. El protocolo no genera vínculos, sino indicaciones técnicas. Una relación tera-

péutica en la continuidad de cuidados necesita vínculos, y además sin ellos el profesional no se sentirá aceptado ni reconocido como persona, y eso a la larga genera frustración.

Provisión de servicios

La fragmentación de los cuidados por una deficiente coordinación entre los niveles de atención sanitaria, o el predominio de la fase aguda de la enfermedad de los pacientes sobre la prevención y la rehabilitación son problemas comunes a todos los sistemas de salud occidentales. En este sentido cabe destacar los cambios en la provisión de servicios sanitarios que han sido diseñados en las últimas décadas para hacer frente fundamentalmente a las enfermedades agudas. El énfasis de estos cambios se está produciendo en la monitorización y el seguimiento de los pacientes más que en las intervenciones agudas aisladas, al tiempo que se orienta la atención hacia los cuidados y no sólo hacia la curación de la enfermedad. Sus consecuencias se plasman en un aumento del gasto sanitario, sin que se evidencie una mejora proporcionalmente similar en la atención y/o a la obtención de mejoras en la salud²⁷. Estos

hechos han producido iniciativas desde la gestión sanitaria y la práctica clínica no siempre exitosas, ya sea por no tomar en consideración las diferencias entre las diversas culturas o por no tener en cuenta la dificultad para introducir cambios e innovaciones en los servicios sanitarios públicos, responsables de la mayor parte de la atención sanitaria²⁸.

A su vez, y con el fin de adaptarse, se producen cambios en los hospitales, dejando de ser centros de provisión integral de servicios médicos para ser centros de corta estancia, como consecuencia de los avances tecnológicos pero también por razones económicas tendentes a abaratar los servicios. Estos cambios exigen una coordinación interprofesional y, sobre todo, de recursos sociosanitarios que garanticen la continuidad de cuidados.

Así pues, la integración de servicios sanitarios tiene, teóricamente, como principal razón de ser las necesidades y demandas de cuidados de los pacientes. Sin embargo, hay una razón que se antepone a la anterior y le resta eficacia a favor de la eficiencia que se le exige para que sean servicios coste-efectivos, lo que conduce a que, en muchas ocasiones,

los intereses economicistas desemboquen en conflictos de interés y en ambigüedades en el manejo de los diferentes elementos que intervienen en la integración, a saber: pacientes, profesionales y organizaciones. Todo ello provoca que los servicios no se organicen centrándose en las necesidades de los pacientes, que estos no cubran todas sus necesidades en los diferentes niveles de atención, que el paciente no pueda elegir posibles opciones de cuidados, que no se facilite la accesibilidad, que el esfuerzo de coordinación se centre en los profesionales sanitarios y no en los pacientes, que no se realice una valoración completa del paciente y su familia en la prestación de cuidados y que no se reevalúe al paciente y a su familia para ajustar los cuidados²⁹.

El sistema sanitario fracasa clamorosamente en la coordinación, pero no se han hecho esfuerzos sistemáticos para mejorarla. En un intento desesperado por obtener resultados se tiende a la copia de programas o actividades que en sus países de origen ya se ha demostrado que no funcionan, como es el caso de los programas de gestión de enfermedades y de casos³⁰. Así, nos encontramos

con figuras como la enfermera de enlace en Andalucía o la enfermera de gestión domiciliaria y la de continuidad en la Comunidad Valenciana, por poner dos ejemplos, que se enmarcan en programas de gestión de casos y que se tendrá que saber si finalmente estas transmiten actitudes, conocimientos y habilidades, o si su actividad conlleva dejación de responsabilidades y pérdida de conocimientos y habilidades de los profesionales “naturales”¹.

Seguimiento y retroalimentación profesional

La reforma sanitaria emprendida en España en la década de los ochenta da como resultado la creación de dos niveles de atención sanitaria: la Atención Primaria y la Especializada, cada una con unas funciones específicas, que convierten a los profesionales de Atención Primaria en puerta de entrada al sistema sanitario y en los principales responsables del paciente, y a los profesionales de Especializada les otorga el papel de “consultores” y les otorga la realización de procedimientos complejos que requieren un alto grado de especialización.

Esta separación por niveles de atención con funciones, en apariencia, tan bien definidas, lejos de favorecer la comunicación entre profesionales ha logrado ir abriendo una brecha cada vez más grande, en la que resulta complicado tender puentes de entendimiento.

Las diferencias que en función de pertenecer a uno u otro nivel se han ido construyendo de manera artificial, han contribuido de manera clara a posicionamientos de preponderancia y de jerarquía, lo que unido a la delimitación encorsetada de actividades consideradas como propias dependiendo del nivel, han conducido al aislamiento de los profesionales en sus respectivas “atalayas”, desde las que se han dedicado a defender sus incomprensibles posicionamientos, mientras los pacientes participaban como moneda de cambio o convidados de piedra, en el mejor de los casos, en tan absurda como lamentable batalla.

La resistencia a perder la hegemonía en la que se encuentra la asistencia especializada derivada del sistema Hospitalcentrista y la sacralización que de la tecnología se ha ido realizando, se acompañan de una Atención Primaria que no supo, no

pudo o no quiso aceptar el reto de la verdadera reforma, quedándose en una mejora de recursos —materiales y humanos— que siendo importante, evidentemente, no ha sido suficiente, convirtiéndose en un medio para las demandas de la población en vez de como el fin a estas, y lo que es más importante, no contribuyendo, como parecía que debía hacerlo, a mejorar la coordinación que permitiese una razonable y deseada continuidad de cuidados³¹. Y a todo esto, sin duda, han contribuido los profesionales sanitarios como principales actores del escenario sanitario, más preocupados por defender sus posiciones y sus intereses que por atender las necesidades insatisfechas de los pacientes derivadas de la falta de entendimiento entre ellos, quedando la coordinación en un recurrente discurso de intenciones y en unas normas que se quieren incorporar como dogma de fe entre unos colectivos totalmente agnósticos.

Con este panorama el seguimiento de los pacientes no pasa de ser parcial y, por lo tanto, la deseada continuidad de la atención padece rupturas constantes en función del número de profesionales que intervengan

y de los servicios por los que deban pasar. La retroalimentación entre los diferentes profesionales, por su parte, queda supeditada a normas administrativas reflejadas en informes, partes o documentos de “obligado cumplimiento”, pero de nulo seguimiento y evaluación y que, además, en muchas ocasiones, son utilizados como armas arrojadizas entre profesionales. Sin embargo, intentos de coordinación que no se ajustaban a los cánones establecidos por el rigor corporativo y administrativo impuesto han sido reiteradamente cuestionados, obstaculizados o anulados, con lo que se han perdido importantes oportunidades de avance en la continuidad de cuidados³².

A modo de conclusión

Resulta evidente que la coordinación entre niveles, la interrelación profesional, la retroalimentación, la interacción sociosanitaria, la continuidad de cuidados, etc. son algo más que un deseo, una estrategia o una iniciativa novedosa. Deben constituirse en objetivo prioritario de cualquier sistema sanitario.

Pero dicho objetivo no puede quedar en una quimera o utopía perma-

nente. Se deben emprender cambios organizacionales, profesionales y políticos que tiendan a corregir los endémicos males que impiden alcanzar el objetivo de la continuidad de los cuidados.

Se deben abandonar los posicionamientos de rigidez profesional, los enrocamientos corporativistas, los compartimentos estanco, la burocracia paralizante... para avanzar hacia estructuras coherentes con las necesidades y demandas de los ciudadanos.

Es necesario, de una vez por todas, sacar de la parálisis a la que está sometida la Atención Primaria, impulsando el cambio y la reforma que no logró concretar en su implantación y en el que los profesionales desempeñen el papel que les corresponde más allá del que se les quiere otorgar como meros reguladores de la demanda. Una Atención Primaria que en ningún caso puede ni debe ser aliviadero de la asistencia Especializada mediante la incorporación indiscriminada de tecnologías o pruebas diagnósticas, en detrimento de actuaciones de promoción y prevención. Una Atención Primaria que dé respuesta a la cronicidad, pero que no evite la necesaria atención a la

población sana, que permita mantener sanos a los sanos.

Es inaplazable que el posicionamiento del hospital cambie en un sistema que ya no obedece a los cánones que lo situaron como centro del mismo y que, actualmente, ejerce un papel importante, pero no exclusivo ni protagonista en el actual escenario social. Un hospital que ofrezca servicios breves y esporádicos, con especialistas que trabajen de consultores y en el que se establezcan circuitos que favorezcan la fluidez de la comunicación interdisciplinar e interprofesional centrada en el paciente. Y un cambio en el deslumbramiento que la tecnología provoca en los profesionales y que ha conducido a su sacralización.

Es preciso que se dote de la suficiente autonomía a los profesionales que mejor puedan dar respuesta a las necesidades planteadas, independientemente del papel hegemónico que hasta la fecha hayan ocupado diferentes colectivos. Huyendo de organizaciones centradas en un único colectivo, que sin duda conducen a una suboptimización del producto final.

Es imprescindible que se generen estrategias democráticas, que permitan que las ideas programáticas o

ideológicas que sitúan permanentemente al paciente como centro del sistema pasen a ser una realidad, al tiempo que se abandonen los posicionamientos paternalistas de los profesionales que generan dependencia. Abandonando la idea que se transmite de elevada satisfacción y confianza de la ciudadanía para seguir ejerciendo el inmovilismo y que, conviene puntualizar, podría venir determinada, en gran parte, por la situación de vulnerabilidad de los pacientes y por las asimetrías de conocimiento existentes.

Es ineludible la generación de sistemas de información cuyo formato, estructura e integridad y la calidad de los datos sean homogéneos, al igual que los programas, plataformas y bases de datos que los sustenten y en los que el parámetro principal sea la integración.

Es deseable que la educación para la salud no sea un instrumento de derivación de responsabilidades hacia los pacientes/familias, sino una herramienta de autonomía y responsabilidad que genere personas libres, responsables y autónomas, que les permita participar de una forma efectiva en los procesos de toma de decisiones.

Es justo que se facilite la implantación del programa de la especialidad de Enfermería familiar y comunitaria que permita a las enfermeras adquirir las competencias que la sociedad actual les exige y que las sitúa como referente para la atención y coordinación sociosanitaria.

Es inexcusable el consenso institucional, profesional y ciudadano en cuantas medidas se desarrollen para alcanzar la continuidad de los cuidados.

Y todo ello, si alguna vez se logra, permitirá que cuando hablemos de continuidad de los cuidados lo hagamos sin temor a confundirlo con satisfacción profesional, que por otra parte no deben, ni tienen por qué ser elementos antagónicos ni excluyentes entre sí.

Resulta recomendable que en los créditos de tan importante película figuren también en lugar destacado quienes son arte y parte de la misma, los ciudadanos/usuarios/pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gervás J. La gestión de casos y de enfermedades y la mejora de la coordinación y la atención sanitaria en España. *Gac Sanit.* 2008;22 Supl 1:163-8.
2. Martínez Riera JR. Intervención de enfermería ante las enfermedades crónicas. La situación en España. *Desarrollo Científ Enferm.* 2008;16(9):406-13.
3. Malone TW, Crowston K. Toward an interdisciplinary study of coordination. *Center for Coordination Science, MIT*; 1991.
4. Leutz, WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly.* 1999;77:77-110.
5. Jovell AJ, Navarro Rubio MD. La voz de los pacientes ha de ser escuchada. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit.* 2008; 22(supl. 1):192-7.
6. García Juárez A, González Cobos RP, Viniegra Velásquez L, Jiménez Vázquez M. Evaluación de la aptitud clínica a través de la metodología del proceso de enfermería. *Rev Enferm IMSS.* 2001;9(3):127-31.
7. Díaz Plata N. Impacto en la población estudiantil del nivel superior de Valledupar frente a las nuevas tecnologías. *Telematique.* 2004;3(1):13-25.
8. Lara Pérez EA. Reflexiones sobre la actitud y la aptitud. *Pediatría Mexicana.* Disponible en: <http://www.pediatriamexicana.com/images/PDF/reflexiones%20sobre%20la%20actitud%20y%20la%20aptitud.pdf> [Consultada 19/02/2009]
9. Beguin C. La planification d'un programme de santé. *Adm Hosp et soc.* 1979;25(1):19.
10. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. *Conceptos, Métodos, Estrategias.* Barcelona: Masson; 1994.
11. Abellán Perpiñán JM, Sánchez Martínez FI, Martínez Pérez JE. ¿Cómo incorporar las utilidades de los pacientes a las decisiones clínicas? Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit.* 2008;22 Supl 1:179-85.
12. Hunink M, Glasziou P, Siegel JA, Weeks JC. *Decision making in health and medicine: integrating evidence and values.* Cambridge: Cambridge University Press; 2001.
13. Gaminde I. Los derechos de los ciudadanos. Del derecho a la protección de la salud. En: *Escuela Andaluza de Salud Pública, editor. La salud pública y el futuro del estado del*

- bienestar. Informe SESPAS 1998. Granada: EASP-SESPAS; 1998. p 385-400.
14. Jovell AJ. Evidència científica i presa de decisions en sanitat. En: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, editor. El futur dels sistemes sanitaris: gestió del coneixement, dels recursos humans i dels valors ètics. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears: MSD; 1999. p 265-88.
 15. Hermosilla-Gago T, Briones E. Ayuda a los usuarios en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Herramientas disponibles y síntesis de la evidencia científica. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (Informe 4/2002); 2002. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/aetsa/pdf/Informe%20ATD-DEF.pdf> [Consultado 19/02/2009].
 16. Cahill J. Patient participation: a concept analysis. J Adv Nur. 1996;24: 561-71.
 17. Scott GC, Lenert LA. What is the next step in patient decision support? Proc AMIA Symp. 2000;784-8.
 18. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. Soc Sci Med. 1999;49:651-61.
 19. Department of Health. Patient and public involvement in the new NHS. London: Department of Health; 1999.
 20. Department of Health. The expert patient. A new approach to disease management for the 21st Century. London: Department of Health; 2001.
 21. García-Sempere A, Artells JJ. Organización, funcionamiento y expectativas de las organizaciones representativas de pacientes: Encuesta a informadores clave. Gac Sanit. 2005; 19(2):120-6.
 22. Campillo Artero C. Integración de la información para las intervenciones sanitarias: de los datos a la información; de la información a la acción. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008;22 Supl 1:14-8.
 23. Seoane Rodríguez, JA. Derecho y salud. 2002;10(2):231-54.
 24. Tobeña V. Relaciones de poder al interior de un equipo interdisciplinario de salud. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. 3 Jornadas Jóvenes Investigadores. Disponible en: http://www.iigg.fsoc.uba.ar/Jovenes_investigadores/3JornadasJovenes/Templates/Eje%20Conocimientos%20y%20saberes/TOBE%A5A_CONOCIMIENTO.pdf [Consultado: 19/02/2009].

25. García R. La investigación interdisciplinaria de sistemas complejos. México-Buenos Aires: CEA; 1991. Serie Materiales 1/91.
26. Tizio H. El protocolo y las reglas de la práctica. V debate de actualidad ELP-CdC "Abusos del protocolo". 2008. En: http://www.elp-debates.com/seminario_escuela/protocolo_practica_H_Tizio.pdf [Consultado 21/02/2009].
27. Blumenthal D. Controlling Health Care Expenditures. *N Engl J Med*. 2001;344:766-74.
28. Beguiristain JM, Arrazola A, Elizalde B, Alkiza ME. Singularizar procesos: una propuesta de continuidad entre la actividad clínica y los objetivos de salud de las políticas sanitarias. *Gac Sanit*. 2005;19(2):168-71.
29. Nualart LL, García JA, Colomé L, Benet J. Integración de niveles: sector sanitario. En: Asenjo Sebastián MA, editor. *Gestión diaria del hospital*. Barcelona: Elsevier-Masson; 2006.
30. Hutt R, Rosen R, McCauley J. Case-management long term conditions. What impact does it have in the treatment of older people? London: The King's Fund; 2004. Disponible en: http://www.kingsfund.org.uk/publications/the_kings_fund_publications/case_managing.html [Consultado 22/02/2009].
31. Ojeda JJ, Freire JM, Gervas J. La coordinación entre atención primaria y especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit*. 2006;4:357-82.
32. Martínez Riera, JR. Interrelación profesional y continuidad de los cuidados: necesidad vs dificultad. *Cultura de los cuidados*. 2000;7-8: 166-71.

