

Atención Integrada de Salud

Ramon Morera i Castell¹

Introducción

Las realidades sociales evolucionan con rapidez y el conocimiento médico se desarrolla a diario, con nuevas opciones. En este entorno es obvio que los servicios sanitarios han de estar en permanente reflexión de cómo evolucionar, de cómo innovar para dar mejor respuesta a las necesidades de la población que atienden y para mejorar su eficiencia.

En la mayoría de servicios sanitarios de los distintos territorios que componen España persiste un modelo tradicional de atención. En España, como en muchos otros países, se parte de una organización de los servicios “clásica”: los Hospitales, cada vez más especializados y más tecnológicos, pero poco abiertos e integrados en la “comunidad”, con costes crecientes, buenos resultados y con expectativas de incrementar la actividad; los Centros de Salud muy próximos a los ciudadanos, accesibles y resolutivos, pero poco ambiciosos, con necesidad de fuertes liderazgos y con escasos recursos; los servicios sanitarios de la comunidad (Salud Mental, Rehabilitación, Atención a la mujer, servicios de diagnóstico por la imagen, laboratorio, Centros de Urgencias de AP, etc.) con elevados niveles de calidad y accesibles pero poco integrados en el conjunto y sin compartir objetivos ni estrategias.

Frente a esta situación, está “triunfando” la idea de avanzar a modelos que llamamos de Atención Integrada (AI).

¹ Médico de familia. Presidente SEDAP

Correspondencia: dr.rmorera@gmail.com

Retos del sistema

La atención de los pacientes con enfermedades crónicas complejas.

Los pacientes crónicos complejos, a pesar de ser menos del 5% de la población, requieren elevadas necesidades de servicios. Por otro lado, según algunos estudios la atención a los pacientes con enfermedades crónicas, generan el 80% de las consultas de atención primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios, representando el 70% del gasto sanitario en nuestro país.

Los costes sanitarios: los Hospitales consumen progresivamente más porcentaje del presupuesto sanitario, tienen costes por procesos cada día más elevados y los costes de la farmacia se disparan, sufriendo día a día por el cumplimiento presupuestario, frente a unos costes contenidos en AP y un buen comportamiento de sus costes de farmacia (evolucionando de cerca del 25% en 2003 al 16% del gasto total en sanidad en el 2013, en Cataluña).

Riesgo para la seguridad de los pacientes: la creciente medicalización, la polifarmacia y las reacciones adversas, las infecciones intrahospitalarias, las restricciones presupuestarias, distansia (encarnizamiento terapéutico), entre otros, ponen en riesgo la seguridad del paciente.

Atención Integrada: concepto

El concepto de AI es reciente y no existe una definición consensuada en la bibliografía.

Barbara Starfield estableció que *coordinación y continuidad* eran claves para el buen funcionamiento del sistema sanitario, pero, la AI pretende ir más allá de “coordinación de niveles y continuidad de la aten-

ción” (1). En el concepto de AI, además, ha de incorporarse el responsabilizar sobre los resultados y sobre el presupuesto al conjunto de proveedores de servicios sanitarios de un territorio “integrado” para avanzar en la eficiencia global de la provisión.

Aunque a menudo se confunde AI con gestión única de los proveedores sanitarios de un territorio, Chris Ham, actual director de la King’s Fund, famoso por su estudio comparativo entre NHS y Kaiser permanente (2) establece que lo importante de los procesos de AI son las dimensiones clínicas, no la de fusión de las tecnoestructuras de gestión. Tal como apunta Dr Ham en RISAI, *el punto de partida debería ser la integración clínica y de servicios, en lugar de integración organizativa, enfocada a mejorar la experiencia del paciente, los resultados clínicos y el valor del dinero* (<http://pub.bsolut.net/risai/vol1/iss2/2/>).

La definición de integración asistencial podría ser la *provisión CONTINUA de los servicios asistenciales, preventivos, curativos, rehabilitadores, a las personas, de forma integral, de acuerdo con sus necesidades y provenientes de diversos niveles y proveedores.*

Niveles de integración

A mi entender, la integración sanitaria tiene distintos niveles:

- Nivel 1: el Equipo de AP, responsable de la atención en una población definida, habitualmente de un territorio geográfico establecido y compuesto por distintos profesionales que tienen como mandato el trabajo en equipo. Donde todos los ciudadanos tienen, como mínimo, a un médico de familia y una enfermera de referencia, que les garantiza la longitudinalidad de la atención, y que se completa con otros profesionales. Hay que destacar modelos como el chileno, donde en el “Centro de Salud Familiar” (CESFAM) forman el equipo, el personal administrativo, los auxiliares de clínica, fisioterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, matronas, odontólogos, nutricionistas, enfermeras y médicos de familia.
- Segundo nivel: dispositivos comunitarios: los dispositivos comunitarios, a mi entender, tendrían que estar compuestos, como mínimo, por los dispositi-

vos de apoyo al diagnóstico (radiología, laboratorio...), los servicios de salud mental para adultos e infantiles, los servicios de atención a la mujer, los servicios de rehabilitación, los servicios de atención urgente 24 horas de AP, además de los servicios sociales de la comunidad y la consulta ambulatoria de las distintas especialidades médicas. Esta red comunitaria de atención tendría que estar coordinada por direcciones territoriales que impulsaran su capacidad resolutoria, establecer el marco de modelos integrales de atención con objetivos y procesos compartidos y trabajar con los Hospitales de referencia para garantizar la coordinación y la continuidad.

- Y un último nivel de integración, que corresponde a la atención comunitaria con la atención hospitalaria, a través del establecimiento de procesos compartidos y canales fluidos de comunicación.

Fórmulas

No hay una fórmula única para avanzar hacia la AI. En España, el término OSI (Organizaciones Sanitarias Integradas) define estas nuevas realidades. Una buena definición de OSI es: *ente con una población asignada de un territorio determinado, presupuesto global asignado (con capacidad para reasignar recursos) y responsabilidad sobre los resultados en salud. Que trabaja para prestar una atención altamente coordinada, con o sin integración organizativa* (<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-confusion-torno-al-concepto-gerencia-unica-13101806>)

En España, son múltiples las experiencias para avanzar a modelos de AI, desde experiencias centradas en la integración asistencial a fórmulas de gestión territorial a las que se designa como Gerencias únicas o Gerencias territoriales.

Hay experiencias en España de integración vertical lideradas por hospitales que diluyen la integración horizontal de los dispositivos comunitarios, generando un paso atrás y debilitan el liderazgo de la AP, infrautilizados los dispositivos de AP, dispositivos con una gran potencialidad.

A nivel internacional, también son múltiples las experiencias que tienen como objetivo optimizar los procesos

asistenciales para mejorar la atención, especialmente para los pacientes crónicos. Algunas de ellas están recogidas en <http://www.ijic.org/index.php/ijic/index>.

Además de las múltiples experiencias que se están desarrollando en el NHS a través de los *comissioners*, como novedad destacaría la situación de Estados Unidos, donde se está desarrollando una interesante experiencia, denominada ACO (Accountable Care Organizations): las ACO, provenientes del “Health Protection and Affordable Care Act” 2010, se definen como proveedores sanitarios diferentes con responsabilidad sobre la atención a un colectivo de pacientes pero que responden ante la financiación pública y los ciudadanos de los resultados de salud y de los costes, con la norma que permite que los potenciales ahorros sean compartidos con los distintos proveedores de servicios. (<http://innovation.cms.gov/initiatives/aco/>)

Integración asistencial, algunas claves:

El verdadero sentido de los procesos de integración se refiere a que todos los pacientes, especialmente los que sufren procesos crónicos y complejos, reciban una atención integral e integrada, en todos sus procesos asistenciales a través de los servicios sanitarios y sociales. Y tal como apunta Chris Ham, “el énfasis en la atención integral significará menos actividad hospitalaria y más atención en la comunidad” (<http://www.kingsfund.org.uk/blog/2014/01/developing-integrated-care-what-role-do-acute-hospitals-play>).

La hoja de ruta que marca la integración asistencial, pasa por establecer las áreas sanitarias prioritarias y crear marcos de colaboración entre los distintos liderazgos clínicos para establecer procesos compartidos. Para ello es imprescindible directivos tanto en Hospitales como en AP, que compartan objetivos y generen una nueva cultura colaborativa y de compartir metas.

Y la organización del trabajo tiene que ser trabajo en red, donde los distintos Centros y servicios, tanto de la comunidad como del Hospital, utilicen la metodología de trabajo en red (<https://bsalut.wordpress.com/2009/07/13/el-trabajo-en-red-entre-instituciones-puede-mejorar-las-oportunidades-y-los-resultados/>)

Los sistemas de comunicación y la historia clínica electrónica compartida son elementos fundamentales para facilitar la continuidad y mejorar la seguridad y

calidad de los procesos clínicos y de gestión. Los avances en interoperabilidad lo hace cada día más fácil.

Los instrumentos que ya han probado su utilidad son muchos: en la gerencia única de Puertollano, el Dr. Santos (<http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss2/8/>) desarrolló el concepto de “ruta asistencial” como expresión del proceso clínico, que se rediseña, entre todos los niveles, para ofrecer integralidad al paciente y dar la mejor respuesta a las necesidades en salud más prevalentes.

Otros instrumentos disponibles y utilizados en las distintas experiencias de integración son:

- Los canales de comunicación ágiles entre servicios y profesionales
- Los profesionales de enlace
- Las estrategias de “gestión de casos” liderados por enfermeras
- Las consultorías entre especialistas comunitarios o hospitalarios y los profesionales de los Centros de Salud
- Las guías compartidas, especialmente farmacológicas
- La planificación del alta hospitalaria
- Las rotaciones de profesionales para la mejora de las competencias
- La utilización de consultas no presenciales entre servicios, los grupos de trabajo, las unidades funcionales
- El benchmarking

Muchos otros instrumentos pueden ser útiles en un territorio concreto para avanzar en modelos de integración asistencial. En definitiva, es necesario el compromiso de los líderes clínicos en la mejora de la atención compartiendo el objetivo y con direcciones facilitadoras con capacidad de liderazgo.

El papel de la AP

En mi opinión, unos servicios sanitarios que trabajen de forma integrada y eficiente, con excelentes resultados asistenciales, han de contar con una AP potente, unos órganos de gobierno territorial únicos, equipos

directivos potentes tanto en Hospitales como en la AP y una hoja de ruta a largo plazo que seguir.

Los hospitales han de reinventarse para superar sus viejos corsés y abrirse a la comunidad que atienden. La AP ha de ser ambiciosa y asumir mayor responsabilidad en los procesos asistenciales, especialmente en los pacientes crónicos.

Una AP potente

La AP es el ámbito clave para afrontar el reto de la cronicidad de forma sostenible y, además, las características de la AP española la colocan en una mejor posición que la de la mayoría de los países de la OCDE para poder desarrollar proyectos de integración asistencial.

Es importante “cuidar” la AP, fomentar los liderazgos, establecer metas de progreso y apoyar su desarrollo.

Algunas de las claves que hay que cuidar especialmente son:

- El desarrollo de las competencias profesionales de los profesionales de AP
- Incrementar la capacidad diagnóstica y terapéutica de los dispositivos comunitarios
- Fomentar la longitudinalidad de la atención médica y enfermera
- Garantizar la accesibilidad, especialmente a los pacientes crónicos complejos
- Crear canales de comunicación entre los profesionales de los distintos niveles
- Impulsar el rol de las enfermeras como agentes de los pacientes crónicos
- Desarrollar estrategias para mejorar el autocuidado de los pacientes

Otros dos aspectos que creo importante incorporar a los servicios comunitarios de salud son:

La potenciación de los dispositivos 24 horas disponibles para atender urgencias fuera del ámbito hospitalario. En Catalunya creamos los Centros de Urgencias de AP (CUAPs) para dar respuesta próxima, eficiente, resolutive y ágil a la mayoría de problemas de salud agudos que no precisan una atención hospi-

talaria. Son atendidos por enfermeras de AP y médicos de familia con box de observación y tratamiento y con capacidad analítica y de radiología. El resultado es una disminución de casi el 50% de urgencias hospitalarias en los territorios que dan cobertura. cita

Desarrollar en nuestra AP es el concepto de **seguimiento intensivo, desde los dispositivos de AP, a los pacientes descompensados o con procesos agudos** que pueden, en primera instancia, ser atendidos en su propio domicilio, especialmente en el caso de pacientes crónicos pluripatológicos. Los médicos de familia y enfermeras damos buena respuesta a las demandas de atención en domicilio de problemas agudos o descompensación de enfermedades crónicas, pero falta el mejorar la organización del Equipos de Atención Primaria y una mejor organización de los dispositivos comunitarios, para hacer un seguimiento diario y realizar las intervenciones necesarias, hasta su resolución o compensación.

Además, la AP requiere de liderazgo clínico y directivo, impulso a la innovación, proactividad, presupuesto suficiente y desarrollo tecnológico y de los sistemas de información.

- **Liderazgo:** sin un liderazgo claro directivo, basado en la gestión clínica, estableciendo las metas y los resultados esperados en sintonía con el conjunto del sistema, la AP va a ser mediocre, en el mejor de los casos. Un liderazgo a distintos niveles desde el Macro con una visión conjunta de toda la Atención comunitaria del país para establecer los macroobjetivos y facilitar su avance, hasta el liderazgo en el Centro o en el servicio con equipos directivos potentes y participando también en labores asistenciales. El Macro establece el “qué” y el micro organiza el “cómo”, fomentando la autogestión.
- **Innovación** a partir del apoyo a las iniciativas de los profesionales y a su extensión al conjunto del sistema.
- Un **presupuesto** “suficiente” próximo al 20% del presupuesto sanitario, recursos que, bien gestionados, mejoran la eficiencia global del sistema sanitario, al fomentar que más necesidades de salud sea atendidas en la comunidad, donde es más eficiente la atención.

- Incorporación de los **sistemas de información y los avances tecnológicos** con prudencia pero con valentía. Desde los sistemas de información de los resultados a cada profesional, desarrollando la Historia clínica compartida en todo el sistema y canales de comunicación entre profesionales de distintos niveles.

Conclusiones:

Los servicios sanitarios han de evolucionar para dar mejor respuesta a las nuevas realidades sociales y mejorar su eficiencia. El trabajo de los servicios sanitarios en red, con objetivos compartidos, mejorando la coordinación y la continuidad asistencial mejoraría los resultados y la eficiencia. Aunque, como afirma la Dra. Vazquez, los estudios sobre su impacto real de la AI, son escasos (http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272005000600003&script=sci_arttext).

La AI se ha de centrar en los procesos asistenciales que son los que aportan valor. El avance a procesos de integración asistencial es un objetivo ambicioso y lento en su implantación, que ha de ir acompañado de una evolución del sistema de financiación hacia el riesgo compartido (con financiación capitativa ajustada por necesidad).

Los procesos de AI han de priorizar la integración de los procesos asistenciales de todos los dispositivos comunitarios, éstos con los Equipos de AP y éstos con los Hospitales.

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

publicado en 2002 Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente BY Feachem et al, BMJ 2002;324:135-143. Disponible en <http://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/30/debate-about-kaiser-needs-transparency-and-hard-evidence>

1. <https://books.google.es/books?hl=ca&lr=&id=QMmI7oCEjrEC&oi=fnd&pg=PA3&dq=barbara+starfield&ots=1lEwEEMFLh&sig=b0-gAwJHxAWI6Z0wdJNuU9VWack#v=onepage&q=barbara%20starfield&f=false>
2. Chris Ham, Nick York, Steve Sutch, Rob Shaw; BMJ 2003;327:1257-1260 Estudio que dio continuidad al