

Gestión en Atención Primaria

Un paso hacia la atención integrada



Jordi Martínez*

» Estamos en un momento en el que el debate sanitario se centra, entre otros puntos, en la orientación de los sistemas a los problemas crónicos de salud y a modelos de atención integrada

» Debemos entender los sistemas sanitarios como sistemas adaptativos complejos que pueden aprender y generar cambio

Cuántos de nosotros hemos leído o incluso participado en planes estratégicos de nuestras respectivas organizaciones? O, mejor aún, ¿cuántos conocemos los diferentes planes de salud, planes directores y demás planes, que han de marcar las líneas estratégicas a desarrollar en nuestras organizaciones prestadoras de servicios sanitarios?

Sólo una parte de los diferentes planes estratégicos se acaban cumpliendo y no en su totalidad. ¿A qué se debe dicho incumplimiento? Seguramente las causas son múltiples pero sólo nos centraremos en tres: el diseño del plan (planificación), el desarrollo (implantación) y la evaluación. Desde Bsalut hemos focalizado nuestro esfuerzo en la atención integrada y en ver cómo se orientan los diferentes sistemas hacia el abordaje de los problemas de salud a la integración de los procesos asistenciales.

En el diseño de los diferentes planes, además de evaluar las necesidades de nuestros clientes, en este caso ciudadanos, lo que hacemos es observar qué se está haciendo en otras organizaciones o sistemas de salud para aplicarlo en la nuestra.

El primer problema que encontramos es la adaptación del desarrollo de otros sistemas en el nuestro. A menudo observamos qué se hace en Reino Unido o en Estados Unidos y tenemos tendencia a adoptarlo para nuestro sistema. Éste es el primer punto a tener muy en cuenta. Debemos evitar el efecto *wow* y el efecto *powerpoint* ya que en muchas ocasiones sólo conocemos parcelas de la realidad y no la contextualizamos lo suficiente, teniendo en cuenta la realidad local.

Por ejemplo, podría darse el caso de que en algunos modelos los resultados que reflejan la mejoría resulten mayores dado que su punto de partida era menos eficiente y cualquier acción permite una mejora rápida al tener más recorrido.

Richard Gleave (*Director of Patient and Plannig, Department of Health, 2009*) después de estar un año en Estados Unidos para aprender cómo integrar modelos y aplicarlos al Sistema Británico de Salud (NHS) concluye que no existe un modelo único válido de integración y que proveedores, pacientes y gestores deben encontrar cuál es la dimensión a tener en cuenta a nivel local.

Estamos en un momento en el que el debate sanitario se centra, entre otros puntos, en la orientación de los sistemas a los problemas crónicos de salud y a modelos de atención integrada. Pero, ¿todos entendemos lo mismo por atención integrada? Los modelos de integración, ¿deben ser iguales en todo el territorio?

La integración puede ser vertical, horizontal y virtual. La coordinación de los cuidados centrada en el paciente se puede dar en todos los tipos de integración. Se ha observado cierta evidencia de que los modelos de integración mejoran los resultados clínicos pero no tenemos evidencia de que mejoren los costes (Shortell 2009).

Una vez tengamos el Plan debemos prestar una atención especial a la adaptación a las necesidades locales. Con la adaptación ya realizada debemos superar la segunda barrera, la implantación. Existe una brecha



entre el saber y el hacer (Sachs & McArthur 2004).

Debemos entender los sistemas sanitarios como sistemas adaptativos complejos que pueden aprender y generar cambio desde dentro ya que a menudo están autoorganizados. Antonio Durán apunta que debemos plantear el abordaje de la evolución de los sistemas sanitarios tomándolos como arenas políticas y abandonar la ficción de que sus problemas son de planificación (Antonio Durán, 2010). Esto permitirá una foalización en la implantación.

Dado todo lo anterior es muy complicado saber qué hará un sistema en un entorno determinado, lo único que podemos hacer es observar su circunstancia, su contexto social, político, económico; conocer bien sus estructuras, los servicios de los que dispone, cómo se relacionan, qué producto/servicio ofrecen (Antonio Durán, 2010).

Por eso debemos cambiar el foco de la excesiva planificación o desarrollo de políticas sanitarias a la implantación de las mismas. Teniendo en cuenta cómo se conduce el aprendizaje colectivo para que permita orientar a todo el sistema y sus actores a obtener los mejores resultados posibles para los ciudadanos que son el centro del mismo.

Para una correcta implantación de modelos de integración y para que tengan un efecto duradero en el tiempo se han de alinear la estrategia, la cultura de organizaciones y los componentes estructurales de la organización. El proyecto de Atención Primaria del siglo XXI ya habla en su estrategia 15 de impulsar estrategias para abordar de manera integral las patologías crónicas más prevalentes, contemplando los aspectos preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y sociosanitarios.

Esto lo debería hacer la Atención Primaria (AP), pero ¿entendemos todos lo mismo por AP. Los modelos de AP en los que nos fijamos son comparables al nuestro. A veces nos empeñamos en buscar y desarrollar un

único modelo válido, forzándonos a demostrar la bondad de ese modelo sobre el resto. Deberíamos centrarnos en demostrar la validez de los diferentes desarrollos locales evaluando sus resultados de manera estandarizada. Por ejemplo en Reino Unido tienen cuatro modelos de predicción de riesgo de pacientes, cada uno adaptado a la realidad local.

Los planes se han de centrar más en los “qué” que en los “cómo”. Para ello es importante definir cuál es el mínimo común denominador que ha de estar presente. La OMS en su documento *Health Care for the 21st Century* (2005) define cinco competencias básicas que se han de aplicar en la gestión de crónicos: centrado en el paciente, establecer colaboraciones, mejora de la calidad, mejora en los sistemas de información, comunicación y tecnología y una perspectiva de servicio público de salud.

La tercera barrera es la escasa evaluación que hacemos sobre los planes implantados, pilotajes etc. Podemos ver que hay organizaciones que se dedican a pilotar, sin evaluar ni consolidar su estructura de procesos. La correcta evaluación, además, nos permite compararnos unos con otros y favorece la mejora a través del trabajo colaborativo. No debemos caer en el error de querer evaluarlo todo generando cuadros de mando interminables con cientos de indicadores que generen un difícil seguimiento y desorientan a la hora de dedicar esfuerzos para obtener mejoras. Debemos utilizar pocos indicadores pero que sean de utilidad para la toma de decisiones.

Para finalizar algún comentario (que no consejo, sería muy arrogante): a la hora de planificar, adapte, no adopte y tenga en cuenta las diferencias culturales. A la hora de implantar tenga en cuenta las realidades locales. Y por último estandarice la evaluación teniendo en cuenta las necesidades de información y cómo ésta se ha de convertir en mejora. ■

Sección patrocinada por:

