

# Gestión en Atención Primaria

## La atención compartida de procesos crónicos



Siro Lleras Muñoz\*

» Las experiencias, formales e informales, sobre la eficacia y la eficiencia de diferentes fórmulas organizativas y modelos de gestión no han aportado resultados concluyentes

» En la gestión por procesos ha de funcionar el equipo más allá de los profesionales individuales, lo que obliga a que un profesional, un equipo o una comisión asuma la responsabilidad del conjunto del proceso

El perfil de demanda asistencial predominante, (caracterizado por el predominio de enfermos crónicos, activos que demandan una atención continuada acorde con la gravedad del proceso y una atención personalizada) en un momento en el que el sistema de salud no puede permitirse el lujo de seguir siendo ineficiente, contrasta con la falta de modelos probados y con la abundancia de ideas y teorías acerca de la atención integrada, de la gestión compartida y de la continuidad asistencial. Urge definir con claridad los conceptos y fijar los requisitos necesarios para encontrar la forma de poner en marcha proyectos que se adapten a la realidad local.

Lo verdaderamente importante es centrarse en lo sustancial y no entretenerse en lo accesorio, es decir: ¿Qué elementos (organizativos, de gestión, asistenciales) relacionados con la integración asistencial tienen un impacto directo en la mejora de la calidad asistencial de los procesos crónicos? Ahora bien, ¿qué se entiende por integración asistencial? ¿En qué procesos es necesaria la integración? Y, sobre todo, ¿qué elementos son necesarios para implantar y poner en marcha proyectos de integración asistencial o de atención compartida?

Las evidencias sobre la efectividad de las intervenciones de atención compartida diseñadas para mejorar el tratamiento de las enfermedades crónicas no son concluyentes. Los modelos de atención integral contienen generalmente varios componentes o "ingredientes", como la responsabilización y educación de los pacientes y sus familias,

los sistemas de información compartida, la mejora de la capacidad de resolución de la Atención Primaria, el énfasis en la prevención o la reorganización de los servicios.

Nos encontramos en un entorno obligado a adaptarse a nuevas realidades pero sin una perspectiva clara de hacia dónde debe dirigirse.

No obstante, parece imponerse el paradigma de la integración de diferentes proveedores en torno a planes asistenciales con objetivos comunes. La visión integradora resulta imprescindible para el abordaje de los procesos crónicos, pero el problema estriba en encontrar la forma de hacerla realidad.

Hay herramientas de gestión, organizativas o relacionadas con la financiación de los proveedores que facilitan o propician la atención integrada y la continuidad de los cuidados. Todas tienen en común la gestión del proceso asistencial, metodología muy extendida en algunas organizaciones pero difícil de implantar en los servicios sanitarios, en los que las barreras organizativas se refuerzan para preservar la supervivencia de los servicios, unidades o departamentos sin tener en cuenta las necesidades de los pacientes. Tenemos organizaciones poco proclives a la gestión por procesos y a lo más que se llega es a recomendar la aplicación de Guías Clínicas a los profesionales que participan en el proceso.

El problema es que, en la situación actual, la gestión por procesos no es ya una actuación propia de centros o de organizaciones "excelentes", sino una herramienta imprescindible para garantizar la calidad



de la atención de enfermos crónicos, especialmente en pacientes complejos, pluripatológicos, polimedicados, terminales, en los pacientes con EPOC, ACV, insuficiencia cardíaca, etc.

En consecuencia, la puesta en marcha de proyectos de atención compartida en un área de salud se concreta en el diseño e implantación de la gestión por procesos, en este caso de procesos crónicos. En la gestión por procesos ha de funcionar el equipo más allá de los profesionales individuales, lo que obliga a que un profesional (o un equipo o comisión) asuma la responsabilidad del conjunto del proceso. El liderazgo clínico es, desde esta perspectiva, un componente necesario. Diferentes experiencias han informado también de las ventajas de disponer de perfiles profesionales de “enlace”: profesionales que asumen la función de coordinación de recursos y sobre todo de información al paciente y su familia. El personal de enfermería es quien asume más a menudo y de forma más eficiente estas tareas, dentro y fuera del hospital.

Un paso más en la implementación de soluciones organizativas que propicien la integración asistencial y la atención compartida es la constitución de unidades en las que participan equipos multidisciplinarios, centrándose en procesos de alta prevalencia (insuficiencia cardíaca, ictus, etc.), en pacientes pluripatológicos o en procesos de diagnóstico no demorable (Unidad de Atención Inmediata). Estas unidades asumen actividades que corresponden al Hospital de Día o de corta estancia y también asumen la consultoría con Atención Primaria estableciendo la figura del médico consultor.

Las comisiones de coordinación, el responsable del proceso, los profesionales de enlace o las unidades hospitalarias orientadas al proceso, son soluciones que pueden facilitar la puesta en marcha de la atención

compartida en un área de salud, pero también se corre el riesgo, sobre todo en el caso de las unidades, de que se diversifique en exceso la oferta asistencial y, sobre todo, que acaben estableciéndose como espacios estancos, justo el error que se quería evitar y por el que se crearon.

Lo importante es crear espacios comunes, con participación de profesionales de niveles asistenciales diferentes, dentro de la propia organización, orientados a la atención a los pacientes con procesos definidos.

Se constituyen así equipos multidisciplinarios con capacidad de autogestión, que trabajan con la metodología de la gestión por procesos: son equipos que crecen desde la base y generan un gran potencial innovador, aún cuando se concreten inicialmente en microproyectos de ámbito local.

Se precisa, igualmente, un elemento instrumental necesario, en el que se incluyen las tecnologías y sistemas de información: historia clínica electrónica compartida. Sin ella, cualquier experiencia encuentra obstáculos insalvables y resulta frustrante, aunque por sí sola no garantizan ningún avance ni mejora. Si se conjuga con guías de seguimiento compartido de los cuidados asistenciales, basadas en las Guías de Práctica Clínica y con sistemas de teleasistencia, su impacto sobre la atención compartida “centrada en el paciente” es evidente.

En consecuencia, retomando las preguntas que se proponían al principio del artículo, se necesitan aún estudios de calidad para determinar las intervenciones que puedan tener un mayor impacto sobre la eficacia o eficiencia en el tratamiento de los procesos crónicos. A la espera de las evidencias científicas, se hace necesario iniciar experiencias de integración asistencial, entendida como atención compartida, que en definitiva incluyen la priorización, selección y diseño de los procesos asistenciales y su implantación y evaluación continua. ■

*Sección patrocinada por:*



**Almirall**

Soluciones pensando en ti