Documentos de Consenso SEDAP

GESTIÓN INTEGRADA

Bristol-Myers Squibb S.L.

DHC Consultoria i Gestió SA

Bristol-Myers Squibb S.L.

FUNDACIÓN SEDAP PARA EL DESARROLLO DIRECTIVO

Documento de Consenso SEDAP

GESTIÓN INTEGRADA

© 2006 Fundación SEDAP

Depósito legal: M-XXXXXX-2006

ÍNDICE

PRÓLOGO 5

DOCUMENTO DE CONSENSO SEDAP 7

REFLEXIONES DEL GRUPO DE EXPERTOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD 13

ANEXOS:

ANEXO 1:
RESULTADOS CUESTIONARIOS AL GRUPO DE EXPERTOS 28

ANEXO 2:
CUESTIONARIO 44

PRÓLOGO

El campo de la gran gestión sanitaria en España es evidentemente reducido en cuanto a innovaciones a pesar de los importantes esfuerzos realizados en todos los niveles de gestión. Tradicionalmente se trata de un ámbito en el que se permiten continuas microexperiencias de gestión y que, cíclicamente, sufre y se beneficia, a partes no siempre iguales, de cambios sustanciales que damos en calificar de "reformas".

Hace ya algunos años la revolución en la gestión general de la atención hospitalaria se definió bajo el epígrafe de "nuevas fórmulas de gestión", representadas básicamente por las fundaciones y las empresas públicas y su desarrollo y actual mantenimiento, en la mayoría de los casos calificable de "en cuidados intensivos, cuándo no terminales", marcó una fase de transformación ante la evidencia de la necesidad de ajustes de gestión tanto económico-financieros como organizativos.

En el nivel de atención primaria, tras la reforma que supuso la implantación del nuevo modelo asistencial, se ha planeado reiteradamente la necesidad de una segunda reforma o un cambio general que hiciera viable el asumir un liderazgo asistencial tantas veces postulado como no desarrollado.

Es probable que, mientras que las constantes experiencias de gestión nacen de la previa formulación en el campo empresarial no sanitario (bench, gestión del conocimiento, gestión por procesos, acreditación, contratos de gestión, etc.), las grandes reformas se basan en la necesidad de reinventarse, eliminar los miedos por la sostenibilidad del sistema, acallar críticas de funcionamiento e intentar hacer realidad el objetivo de la gestión pública eficiente.

Sea como fuere, en gestión sanitaria existe un puñado bien definido de grandes temas que corresponden a problemas del mismo tamaño. Uno de ellos, probablemente el que más tiempo se mantiene de actualidad, es la necesidad de coordinar los niveles asistenciales para proporcionar continuidad asistencial al paciente y ganar en eficiencia. La nueva propuesta se llama Gestión Integrada y está avanzando, a través de la creación de Gerencias de Area, a diferentes velocidades pero cada vez con menos resistencias en la práctica totalidad de nuestros de servicios de salud.

La SEDAP ha querido iniciar un nuevo proyecto consistente en la elaboración de Documentos de Consenso que, bajo la unión de los diferentes puntos de vista de los responsables de cada servicio de salud y bajo la óptica de la atención primaria, analizara y fundamentara unas bases de inicio sobre los temas de mayor actualidad en nuestro campo.

Fruto de la colaboración de la práctica totalidad de los servicios de salud, de la coordinación de Consultoría i Gestió y del patrocinio de Bristol-Myers-Squibb, la Fundación SEDAP para el Desarrollo Directivo presenta este trabajo que plasma el consenso de atención primaria sobre la Gestión Integrada, así como las puntualizaciones y opiniones de los expertos responsables de cada servicio.

SEDAP, Mayo de 2006

DOCUMENTO DE CONSENSO SEDAP GESTIÓN INTEGRADA

Nuestro Sistema Nacional de Salud es reconocido en el contexto internacional como uno de los que mejor garantizan los derechos y el acceso del ciudadano, por sus características de universal y gratuito. Se cuenta también entre los sistemas cuyos resultados se asocian a mejores indicadores en salud a un coste razonable, de acuerdo con nuestro nivel económico

La Ley General de Sanidad establece que el sistema de salud se estructura en dos niveles asistenciales, el de Atención Primaria y Atención Especializada, este segundo incluyendo la atención hospitalaria y los centros de especialidades. Por otra parte delimita una demarcación territorial, las Áreas de Salud, que se definen como las estructuras fundamentales responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma.

Aunque con algunas excepciones, la evolución de los diversos Servicios de Salud se ha configurado en dos líneas de gestión diferenciadas, una para la Atención Primaria y otra para la gestión hospitalaria, desarrollándose en cada entorno estructuras directivas y administrativas propias. En todos los casos se ha adoptado el modelo de Atención Primaria como entrada fundamental al sistema y paso previo para acceder a las prestaciones del nivel especializado.

Este modelo ha ido perfilando culturas organizativas y profesionales propias para cada nivel asistencial y ha permitido el desarrollo de instrumentos de información y de gestión avanzados. Asimismo ha conseguido logros importantes, principalmente aquellos vinculados a los objetivos de la Reforma de la Atención Primaria y a su profesionalización, representado básicamente por la implantación y desarrollo de la especialidad de Medicina de Familia.

No obstante, la mayoría de análisis coinciden en identificar algunos aspectos críticos en el sistema, cuyo abordaje se hace necesario para asegurar el buen funcionamiento de los servicios y el mantenimiento y mejora de los logros alcanzados. Así pues, todavía queda un importante camino por recorrer para asegurar altos niveles de efectividad y de eficiencia en la generalidad de actuaciones asistenciales. Del mismo modo, es necesario reconocer que en muchos casos existen dificultades para que los objetivos de los profesionales converjan con los de las organizaciones, y para que estas se orienten de forma explícita a servir las necesidades e intereses del ciudadano.

Aparte de los elementos señalados, y en especial desde dentro del propio sistema, ha sido muy frecuente identificar disfunciones o insuficiencias en la coordinación entre niveles asistenciales, de forma que la preocupación por mejorar esta situación se ha convertido en una prioridad para muchos servicios autonómicos de salud. De hecho es preciso reconocer que los planteamientos de la Ley General de Sanidad, en relación a la coordinación e integración de niveles, no han sido, en líneas generales, aplicados.

Estas anomalías, cuya responsabilidad es atribuida por cada uno al otro nivel asistencial, repercuten de manera negativa en la continuidad de la asistencia y pueden suponer claras ineficiencias en la gestión de los recursos (pérdidas de información, duplicidades, esperas, gastos innecesarios, etc.). Anomalías que también influyen a la hora generar una percepción de escasa calidad en las prestaciones y de fragmenta-

ción del sistema a la vez que contribuyen a crear un importante malestar entre los profesionales. Las disfunciones en la continuidad asistencial, que suelen percibirse por el ciudadano como una ruptura del sistema, se acumulan especialmente en los pacientes con pluripatologías o enfermedades multiorgánicas

La búsqueda de mejoras en la coordinación entre niveles ha sido una constante, aunque su complejidad ha requerido de avances en los métodos con los que se ha ido planteando. Podemos hablar de una primera generación de estrategias para abordar el problema de las relaciones asistenciales entre Atención Primaria y Atención Especializada u hospitalaria, diferenciando aquellas que lo hacen desde las vías de propuestas organizativas de las que utilizan las vías clínicas, es decir, centradas en la coordinación el proceso asistencial.

a. Vías organizativas: comisiones de coordinación; objetivos comunes en los contratos de gestión; gestión de demanda y listas de espera; pactos de oferta y demanda; desarrollo de registros y sistemas de información compartidos, etc.

b. Vías clínicas: protocolos; guías clínicas; interconsultas; especialista de enlace/consultor; rotaciones y estancias en servicios clínicos, etc.

No obstante, la insatisfacción con los resultados obtenidos a través de los mecanismos descritos, ha provocado el desarrollo de nuevas estrategias (de segunda generación) en los últimos tiempos, cuyo reflejo en relación a las vías mencionadas sería:

a. Vías organizativas: Iniciativas de integración organizativa entre niveles asistenciales. Es decir, organizaciones que gestionan -desde el punto de vista de la administración y de la producción- hospitales y Centros de Atención Primaria, mediante fórmulas como las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIS), Gerencias de Área o Gerencias territoriales únicas.

b. Vías clínicas: Fórmulas de gestión asistencial centradas en el paciente y en la enfermedad, con el interés puesto en normalizar o estandarizar los procesos asistenciales como son la Gestión por Procesos Asistenciales o los programas de Gestión de Enfermedades.

GESTIÓN INTEGRADA

En la actualidad han cobrado gran interés las fórmulas de gestión integrada, organizadas en gerencias únicas. Estas pueden suponer un cambio importante en el modelo de gestión seguido hasta el momento ya que varias Comunidades Autónomas están desarrollando o apoyando procesos de organización en esta línea. Existen diversos abordajes de la gestión integrada y bajo denominaciones similares se expresan proyectos de alcance muy diverso. Cabe señalar que estos procesos no están exentos de debate. Entendemos por “Gestión Integrada” un proceso mediante el cual una sola organización asume y gestiona el conjunto de procesos directivos, administrativos y asistenciales que se generan en los niveles de AP y AE en el ámbito de un territorio

Los impulsores de estas iniciativas exponen como principales argumentos a favor las ventajas potenciales que podrían derivarse de su puesta en práctica. Siendo estos de peso, cabe apuntar prudentemente que en la mayoría de casos se trata de razonamientos teóricos, pero no avalados por completo por la evaluación de experiencias, ya que estas han sido escasas y poco analizadas. Dichas ventajas expresan, por otra parte, una definición de objetivos de mejora en la gestión que no se excluye que pudieran alcanzarse a partir de otras líneas o modelos.

Ventajas de la Gestión Integrada

En cualquier caso, desde esta visión conceptual, las ventajas que cabría esperar con la gestión integrada serían:

a. Mejorar la eficiencia y el control de costes, mediante mecanismos de asignación, favoreciendo las políticas de sustitución, evitando las duplicidades, generando economías de escala, optimizando recursos polivalentes, reduciendo los mecanismos administrativos.

b. Optimizar la continuidad asistencial, asegurando un liderazgo clínico común y una mejor implementación de los instrumentos de gestión clínica que mejoran la efectividad y la calidad técnica, desde una visión integral de los procesos.

c. Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, favorecer las relaciones y el conocimiento mutuo entre los profesionales y aumentar su participación y compromiso en tareas comunes, potenciando el trabajo en equipo.

d. Favorecer la confluencia de mensajes y de criterios destinados a los usuarios de forma que se perciba mayor continuidad por parte del paciente: responsabilidad clínica a lo largo del proceso, circuitos asistenciales y administrativos, listas de espera, etc.

e. Favorecer la integración de sistemas de información: historia clínica, indicadores, etc., facilitando el acceso a la información del paciente con independencia del nivel en el que se le atiende

f. Aumentar las oportunidades propias de la carrera profesional: programas formativos más completos, proyectos de investigación más ambiciosos, etc.

g. Equiparar el protagonismo del profesional de atención primaria con respecto al especialista hospitalario

Inconvenientes de la Gestión Integrada

De la misma manera, es posible señalar algunos inconvenientes que pueden acompañar a estas iniciativas

a. La poca experiencia existente en su despliegue y evaluación, dificultando el establecimiento de comparaciones, tanto con modelos similares, como con modelos alternativos

b. El tamaño, ya que la integración en una misma organización del Hospital y de los Centros de Atención Primaria hace que se configuren entidades más voluminosas y complejas, lo que puede representar mayores dificultades para su gestión.

c. El todavía limitado desarrollo de las tecnologías y de los Sistemas de Información y la poca experiencia en el uso de instrumentos de información clínica compartidos.

d. Los riesgos de pérdida de identidad de la AP y el peligro de que no se valore el sistema de trabajo propio de AP.

e. El riesgo de que pueda favorecerse el hospitalocentrismo. Al ubicarse, principalmente, las gerencias en los hospitales, puede distorsionarse la visión del sistema, provocando que la gestión redunde en supeditación y dependencia de la AP a los intereses del hospital.

f. Las dificultades para disponer de líderes con suficiente comprensión de las particularidades de ambos niveles asistenciales.

g. Las propias resistencias a la integración, tanto por parte de directivos como de profesionales de ambos niveles, con el desgaste consiguiente que acarrea, se pueden convertir en dificultades para que el proyecto sea compartido y alejar la consecución de alguno de sus objetivos

h. El deslizamiento financiero hacia los hospitales, organizaciones con tradicionales dificultades para cumplir sus objetivos presupuestarios pero con mayor capacidad de influencia y de presión.

i. El riesgo de que algunas de las funciones asociadas a la Atención Primaria, como la prevención y la promoción de la salud, puedan perder protagonismo.

j. La dificultad de acoplamiento de la estructura hospitalaria jerarquizada por servicios a los nuevos cambios, que permita una gestión integrada a nivel asistencial y a nivel administrativo, centrada en el paciente

k. La complejidad de gestionar condiciones laborales diferentes provinentes de la situación previa a la integración.

RECOMENDACIONES

Se considera imprescindible que se avance en la búsqueda de soluciones a los problemas de coordinación y continuidad entre niveles asistenciales. Las iniciativas que persiguen cambios para superar las disfunciones existentes deberían ser recibidas como oportunidades de mejora, entre las que no cabe, a priori, rechazar ningún planteamiento. Cabe recordar, en este sentido, que las reformas organizativas son cambios instrumentales, no fines por sí mismos, y que su bondad podrá reconocerse a posteriori, por su impacto en la obtención de resultados sobre los principales problemas identificados.

La Gestión Integrada puede representar una alternativa a las actuales formas de organización de los servicios, aunque no de forma exclusiva. A la luz de la complejidad de los problemas que se pretende resolver y de las dificultades objetivas existentes parece conveniente tener en cuenta algunas consideraciones y recomendaciones en el momento de tomar decisiones sobre su implantación.

En cuanto a condiciones previas al desarrollo de los proyectos de Gestión Integrada

El abordaje de un cambio de esta trascendencia debería contar con un análisis cuantitativo y cualitativo previo, que permitiese el diagnóstico de la situación de partida y la identificación de los principales componentes del problema.

Las experiencias previas de coordinación deberían evaluarse y reconocer las causas de sus éxitos o fracasos, con el fin de valorar en que medida requieren ser mantenidas o reformadas.

Deberían definirse claramente los objetivos que se persiguen con las modificaciones organizativas, y en la jerarquía de los mismos debe asegurarse el compromiso con las políticas sanitarias por encima de los de otra índole.

En la orientación de los procesos de gestión integrada, el elemento o guía principal de la toma de decisiones debe ser el de la repercusión de los cambios en el usuario del sistema. Ante cualquier alternativa organizativa debe optarse por aquellos cambios que aseguren de forma más clara las garantías de derechos, que satisfagan sus expectativas y mejoren en mayor medida su satisfacción.

Es imprescindible contar con el compromiso, la implicación y la tutela de los niveles de la alta dirección de los servicios de salud, con el fin de que las experiencias cuenten con el suficiente respaldo para su implantación y desarrollo

Los procesos de reforma que se orientan a la integración organizativa de niveles asistenciales no pueden ser meras fusiones o absorciones.

Es preciso que se orienten a la evolución hacia una nueva organización en la que se promueve la reorientación hacia nuevos sistemas de trabajo (gestión por procesos, protocolos, información compartida...), cuyo eje fundamental es la atención al ciudadano, se asegure la aceptación y adhesión por los actores (profesionales, gestores…) y se garantice la sostenibilidad de la institución y del sistema del que forman parte

En relación a los usuarios

Aun cuando la Gestión Integrada puede suponer de entrada una oportunidad de unificación de criterios en el manejo de los procesos y de los circuitos administrativos y asistenciales, es importante que el proceso de cambio promueva un planteamiento en el que se apueste claramente por situar los intereses y la satisfacción del usuario entre los objetivos prioritarios. Es precisamente en este aspecto en el que cabe apostar decididamente por la simplificación de los procedimientos, la minimización del consumo de tiempo del usuario y la visión no fraccionada del proceso de asistencia

Respecto del papel de la Atención Primaria en el Sistema de Salud

Hoy en día existen evidencias de que los sistemas de salud que pivotan alrededor del eje de la Atención Primaria obtienen mejores indicadores de proceso y resultado, a un coste menor y con mayor satisfacción de la población. El éxito de la Gestión Integrada, dependerá en gran parte de la medida en que sea capaz de potenciar el papel que corresponde a AP. En particular, cualquier proyecto de cambio debe asegurar el mantenimiento de la Atención Primaria como puerta de entrada al sistema, claramente diferenciada de los dispositivos del otro nivel asistencial, como garante de la función de “gatekeeper” que asegura la eficiencia del sistema.

Es imprescindible mantener y promover el papel de los profesionales de AP (en especial la del Médico de Familia y la Enfermera de Atención Primaria) como agentes del paciente en todas sus etapas y a lo largo de los recorridos que los enfermos deben hacer por los diversos dispositivos asistenciales. Los proyectos de Gestión Integrada deberían preservar estas funciones que favorecen la longitudinalidad, la continuidad y la personalización de la asistencia.

No puede olvidarse que la Atención Primaria y la Atención Especializada utilizan paradigmas y métodos de trabajo diferentes en su cometido asistencial, debido en buena parte a que se enfrentan a prevalencias diferentes de morbilidad. En cualquier caso debe preservarse el sistema propio de AP por lo que supone de visión integral y porque permite una mejor utilización de recursos, evita el sometimiento a riesgos innecesarios y mejora el valor predictivo positivo de las intervenciones especializadas.

Los proyectos de integración organizativa deberían contemplar el aumento de la capacidad de resolución de la Atención Primaria mediante un proceso de sustitución que favorezca el desenlace en el primer nivel de todos aquellos procesos de alta incidencia y/o de baja complejidad para los que los tiempos de resolución sean equivalentes. Este equilibrio favorecedor de la eficiencia global del modelo, pasa por afianzar el acceso a un número importante de pruebas y procedimientos y requiere de planes específicos para adquirir habilidad en su manejo.

No puede olvidarse el papel que juega la Atención Primaria en la prevención y en la promoción de la salud. En este sentido debe mantenerse la visión integral de la persona y el carácter de comunitario que identifican a la Atención Primaria, trasladando a objetivos de los contratos de gestión todas aquellas actuaciones cuya evidencia y pertinencia hayan sido probadas.

En relación a los profesionales

Los procesos de integración deberían ser compatibles con un mayor equilibrio en las cargas de trabajo que son soportadas por los profesionales de Atención Primaria, evitando en cualquier caso que la integración represente cargas añadidas.

La integración debe representar una oportunidad para implicar a los profesionales con los resultados de sus actuaciones y sobre las repercusiones (sanitarias y económicas) de las mismas.

Los procesos de integración deberían aprovecharse para consolidar los instrumentos que mejoran el desarrollo, la implicación y la satisfacción de los profesionales, en un contexto en el que pueda favorecerse la formación continuada, la carrera profesional y la incentivación.

En relación al abordaje asistencial

El concepto de Gerencia Integrada debe incorporar, de manera ineludible, la gestión clínica integral de los pacientes y la búsqueda de la mejora de la efectividad y la continuidad asistencial. En este sentido se dispone de un abanico de herramientas favorecedoras de la racionalidad y del establecimiento de puentes entre ambos niveles como son la gestión de procesos asistenciales, la gestión integral de enfermedades, la utilización de vías clínicas y los protocolos consensuados.

En el proceso de creación de la gestión integral se debería aprovechar la oportunidad para rediseñar los circuitos asistenciales y para clarificar que parte de los servicios o procesos corresponde a uno u otro nivel.

En relación a los Sistemas de Información

Las tecnologías de la información, con independencia del modelo en el que sean utilizadas, aportan cambios muy importantes en la coordinación entre niveles. La posibilidad de transmitir y compartir información (texto e imágenes) y la oportunidad de facilitar el contacto entre profesionales puede coadyuvar a un cambio de gran trascendencia. Es recomendable, por tanto, que los proyectos de integración prevean los recursos necesarios que permitan el despliegue de modernos sistemas de información, sin los cuales los resultados serán limitados.

En la actualidad los sistemas de información compartidos entre AP y AE no están generalizados ni siempre incorporan herramientas que aseguren la información compartida. Esta herramienta debería permitir el acceso bidireccional a la información clínica objetiva contenida en las Historias Clínicas tanto por AE como por AP.

El Sistema de Información debe integrar los aplicativos que aseguren el soporte de la gestión clínica (procesos asistenciales, guías...) y que permitan una visión de continuidad, asignando las diversas responsabilidades a lo largo del proceso asistencial. Asimismo debe priorizarse el apoyo a la gestión de los procesos administrativos que faciliten la circulación del usuario a lo largo del sistema.

El despliegue de nuevos sistemas de información debe aprovecharse para incorporar, cuando no existan, elementos que permitan la extracción de indicadores que pudieran ser útiles para evaluar los propios modelos de gestión integrada.

En relación al liderazgo

Una de las mayores incertidumbres en relación al éxito de los procesos de integración organizativa de niveles asistenciales radica en la posibilidad de contar con el liderazgo idóneo en la cúpula de responsabilidad de las nuevas organizaciones. Resulta imprescindible la identificación y elección de profesionales capacitados para liderar un proceso de tal envergadura. Dichos profesionales deberían disponer de suficiente conocimiento, sensibilidad y experiencia en los diferentes niveles asistenciales del sistema con el fin de asegurar visiones no sesgadas y que faciliten la superación de la cultura hospitalocentrista.

En relación a la financiación y gestión económica

En una situación de Gerencia Integrada se debería preservar la suficiencia financiera para AP, tanto para asegurar la operación de las actividades propias como la inversión. Debería optarse por asignaciones prospectivas, que permitan superar los modelos con alto componente de financiación estructural y que contemplen la progresividad, de acuerdo con criterios de base poblacional, capacidad resolutiva y abordaje de necesidades.

Uno de los riesgos que debe ser motivo de mayor preocupación, en un contexto de Gerencia Integrada, es el posible desplazamiento injustificado de recursos desde la Atención Primaria a los hospitales. Los proyectos de Gerencia Integrada deberían dar garantías de que no se van a producir "deslizamientos" de presupuestos para paliar el déficit hospitalario, ni se "fagocitan" profesionales para incrementar servicios hospitalarios. La existencia de estas situaciones debería ser un indicador centinela de inadecuación que debería poder detectarse con facilidad y ser evitado.

En relación a los aspectos de organización y gestión

El desarrollo de la gestión integrada debe basarse en un planteamiento general orientado a la eficiencia, la mejora de la asistencia y la calidad, pero requiere también de planteamientos individualizados en cada territorio, evitando el uniformismo y la aplicación de soluciones estandarizadas.

Existe una amplia percepción de que la factibilidad del modelo de Gestión Integrada y su éxito pueden estar condicionados por el tamaño del territorio y en especial el volumen de los hospitales implicados, pudiendo presentar dificultades de aplicación en hospitales grandes o de referencia de otras áreas poblacionales. En este sentido, por razones de prudencia, podría ser aconsejable limitar las soluciones en este tipo de áreas.

Respecto de la evaluación

Es importante el desarrollo y validación de indicadores que permitan medir los alcances de la coordinación, de la continuidad de cuidados y de la eficiencia con el fin de poder establecer comparaciones sobre el alcance de estos en los diferentes territorios y entre modelos. Asimismo se debería asegurar que en los proyectos de Gestión Integrada incorporen elementos de monitorización y evaluación.

Es necesario introducir indicadores de proceso que objetiven el acortamiento global de la duración de los procesos de atención global (desde que el paciente consulta por primera vez hasta que se inicia la solución a su problema), como expresión de mejora en la utilización de los recursos en beneficio del paciente.

Los contratos de gestión deberían incorporar objetivos en este sentido y asegurar una recogida sistemática de información que permita la monitorización y la evaluación.

LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES EN CADA COMUNIDAD SEGÚN LOS EXPERTOS

Los siguientes textos son el resultado de las entrevistas mantenidas durante las jornadas, para la redacción del Documento de Consenso, en Lanzarote los días 10 y 11 de febrero del 2006 con los expertos de las diferentes Comunidades Autónomas.

ANDALUCIA

Mª Dolores Alguacil Herrero

Subdirectora de Coordinación de Salud – Servicio Andaluz de Salud

Hasta hace pocos años la coordinación era identificada como el gran problema del sistema de salud en Andalucía. Esta percepción surgía del mal entendimiento y comunicación entre los dos niveles con consecuencias muy negativas como tratamientos inducidos, utilización del paciente como correo humano, desconexión con el paciente o criterios no compartidos. Según Mª Dolores Alguacil, Subdirectora de Coordinación de Salud del SAS, "este era el punto de partida para empezar a trabajar e intentar dar la vuelta a la situación".

En la actualidad ya se está avanzando en una línea básica que lleva ya cuatro o cinco años en marcha y en la que la Comunidad Andaluza ha sido pionera: los procesos asistenciales. "Ahora mismo el centro de la asistencia son los resultados obtenidos para pacientes atendidos por una misma red de profesionales que son independientes del lugar donde se encuentren prestando sus servicios" afirma Alguacil.

El contrato programa que está en vigor en estos momentos está cargado de la dinámica de implantación de procesos asistenciales que, a su vez, se liga a una evaluación e informe semestral de indicadores de calidad y a la política de incentivación. Pero lo más relevante es que ya se pueden medir resultados en salud, en otras palabras, el modelo ya tiene resultados evaluables. "Podemos decir que añade vida o calidad de vida. El paciente no tiene que 'buscarse la vida', ni se siente tan solo. La historia compartida permite que de forma permanente esté en manos de profesionales que conocen y pueden acompañarlo". Otro cambio observable será el derivado de la implantación de los nuevos sistemas de información y la mejora en la continuidad asistencial consiguiente.

En definitiva cuando no se puedan integrar los niveles en una misma estructura organizativa, se podrán conseguir los mismos resultados sin necesidad de fusión contando con las unidades de gestión clínica entre otros instrumentos ya mencionados.

Alguacil apunta que el lideraje de los procesos ha generado algunas resistencias culturales ya que supone que se sienten en la misma mesa el Gerente del Hospital y el Director de Distrito. El gerente hospitalario está sometido a numerosas presiones internas y asistenciales y no siempre se entiende la importancia del trabajo que se pretende. "En todo caso, estas dudas se disipan en cuanto pueden exhibirse resultados".

ARAGÓN

Mª Victoria Pico Soler

Directora de Área de Atención Primaria – Servicio Aragonés de Salud

En la coordinación entre niveles en Aragón las transferencias marcaron un antes y después. Antes de ese período la coordinación provenía de la adenda común que firmaban AP y AE y una obligación de formar comisiones paritarias de área, instrumentos que tuvieron una vida muy desigual y sin efecto real. Tras las transferencias, la coordinación se ha visto forzada por una decisión estratégica de la organización del propio sistema de salud. El cambio hacia una gerencia única de sector con un contrato único de gestión que incluye objetivos comunes para todos los ámbitos asistenciales obliga necesariamente a iniciar y mantener actividades coordinadas. "Es un camino lento que requerirá, principalmente, consolidar la estructura de sector y hacer realidad los aspectos concretos que llevan a la coordinación" afirma Mª Victoria Pico Soler, Directora de área de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud.

En la actualidad Aragón dispone de un proyecto tecnológico de una Intranet que nació de la idea del sector de Basbastro. Pone en común información organizativa y parte de la clínica –sin ser por ello una historia única- tanto para AP como para AE.

También se están empezando a definir procesos asistenciales por patología que es un proyecto de largo recorrido. Estos son ejemplos de proyectos que confluyen en coordinación de la gestión clínica y que son simultáneos a los cambios estructurales sustentados con modificaciones normativas en las retribuciones e incentivación.

Mª Victoria Pico defiende que lo más importante sea la reorientación de la organización, que se cambie del 'cuanto hace' al 'como responde a las necesidades del usuario y evoluciona las unidades para que trabajen por objetivos'. Lo importante ya no debe ser 'quién' hace, sino 'como' lo hace. Llegar hasta ese punto implica, a su vez, superar el obstáculo del miedo a perder la posición de cada uno, su poder, su reconocimiento...

De partida, los profesionales de AP y AE tienen intereses distintos en tanto a perspectiva profesional y en tanto a organización.

"Nuestra trayectoria histórica de hospitalocentrismo ha tenido mucho peso y también la ha tenido el cambio fundamental que supuso, en su momento, la reforma de AP. Ambos niveles han llevado caminos paralelos pero separados.

La reforma no consiguió, salvo experiencias puntuales, nada en la coordinación. Sólo si se sitúa al paciente en el foco, se terminarán las peleas" concluye Pico.

ISLAS BALEARES

Miquel Tomás Gelabert

Subdirector Asistencial de Atención Primaria y 061

La Atención Primaria en las Islas Baleares ha conseguido avances importantes en su capacidad resolutiva y, en general, en su papel en el conjunto sistema. Sin embargo, y a pesar de esos notables avances, queda la asignatura pendiente de la coordinación. De ahí que la integración en gerencias únicas, de la que Baleares tiene experiencia en las islas menores, haya sido un tema de debate.

Para reforzar esta línea, en Baleares se opta por abordar la integración desde los contratos de gestión y mediante la implantación de procedimientos de asignación de recursos con base capitativa. "El año pasado los Contratos de Gestión tenían un contenido del 30 % específico de cada nivel y un 70 % integrado. El de este año es ya un contrato compartido en el 100 % de los objetivos" señala Miquel Tomás, Subdirector Asistencial de Atención Primaria y 061.

Otra forma de reforzar esta línea consiste en trabajar en la gestión por procesos asistenciales en la que, además de AP/ AE, se incorpora el 061 y el área de Salud Mental. Además, y con el objetivo de elaborar guías de práctica clínica, se han constituido grupos de trabajo mixtos sobre ictus o síndrome coronario agudo, entre otros.

Según Miquel Tomás, Baleares apuesta por un modelo similar al modelo inglés en el que AP y el médico de familia tienen un protagonismo importante. Sin embargo esta potenciación debe partir de la defensa de los valores que la han caracterizado, de los referentes que marca la demanda del usuario y de la integración con el resto de actores del sistema.

CANARIAS

Hilda Sánchez Janariz

Directora General de Programas Asistenciales – Servicio Canario de Salud

Emma Navarro Brito

Jefa de Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación – Dirección General de Programas Asistenciales – Servicio Canario de Salud

En Canarias existe la constatación, desde los dos niveles asistenciales, de que la situación actual, en cuanto a coordinación, es mejorable y existe un gran interés en trabajar coordinadamente y de forma integrada en la atención continuada del paciente tanto desde los Servicios Centrales como desde las gerencias.

"Sin duda alguna, para el Servicio Canario de Salud, la coordinación y el aumento de la resolubilidad son los dos grandes retos" afirma Hilda Sánchez, Directora General de Programas Asistenciales. El Servicio Canario pretende que en todos los programas y nuevos documentos clínicos se implique siempre a los profesionales de los dos niveles y que los profesionales trabajen de la misma manera y con criterios similares para sustentar un buen grado de implantación de acuerdos.

Afortunadamente, muchas son las iniciativas que pretenden ocupar este espacio indefinido entre la atención primaria y la atención especializada. Pero estas, y debido precisamente a su novedad, van a requerir una estructura sólida que las sustente y un esfuerzo de "conectividad".

Emma Navarro, Jefa de Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación destaca que en los últimos tiempos se está impulsando desde el Servicio Canario de Salud el trabajo en aspectos clínicos entre niveles. "De hecho, estas iniciativas ya habían surgido regularmente con anterioridad por parte de las gerencias: comités de mejora, foros compartidos..." Las más relevantes son sobre continuidad de cuidados de enfermería, el desarrollo de programas que eran clásicamente de Atención Primaria y que están implicando a los Hospitales o la gestión conjunta por procesos y protocolos. Como ejemplo particular, en pediatría en Gran Canaria se está avanzando en esta gestión conjunta y en algunos casos se observan ya resultados a nivel de gestión clínica.

El momento actual exige, según Sánchez, otro tipo de atención, "ahora se ve la necesidad de mayor resolubilidad y de trabajo en equipo. Tras 20 años del inicio de la reforma, y de convivencia con el modelo tradicional, la atención primaria está cambiando y se encuentra en un buen momento."

CANTABRIA

Susana Fernández Iglesias

Jefe Servicio Atención Primaria – Subdirección de Asistencia Sanitaria SCS

Cantabria ha iniciado el abordaje de los problemas que clásicamente han afectado las relaciones entre niveles asistenciales así como la mejora de la coordinación entre primaria y especializada. Susana Fernández, Jefe del Servicio de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud considera que este abordaje no se está llevando a cabo desde una línea de gestión conjunta sino con otros instrumentos como las comisiones de área, el contrato de gestión con líneas y objetivos conjuntos, el trabajo en protocolos comunes o el establecimiento de la figura del médico de referencia o consultor. Este especialista puede llegar a jugar un papel importante en la resolución de casos e incluso se plantea extenderlo a la coordinación on line, ligado a la informatización.

"Hay mucha variabilidad en cuanto a formas de coordinación, funcionamiento y resultados por zonas, en función de la tradición y el estilo que marcan los respectivos equipos directivos y profesionales. Pero en todo caso este nuevo proceso ha generado una expectativa entre los profesionales y hay confianza en la generación de cambios positivos por parte de todos los niveles." Afirma Fernández Iglesias.

En especial, la Atención Primaria en Cantabria es dinámica y puede jugar un papel importante, asumiendo nuevos retos y prestaciones. En este sentido, recientemente ha habido un aumento de los recursos y los cupos son más pequeños, hecho que representa una oportunidad si se sabe integrar a todos los colectivos en proyectos de futuro. Estos pueden pasar por el trabajo por procesos y el inicio de un plan de formación conjunto.

CASTILLA LEÓN

Eduardo García Prieto

Director técnico de AP – Dirección General de AP Gerencia Regional de Salud

En Castilla León existe una Dirección General de Asistencia Sanitaria responsable de los servicios de AP y AE en cuya dirección se encuentra una dirección técnica de farmacia, que engloba las políticas de uso racional en ambos niveles, y dos direcciones técnicas, una de AP y una de AE. En este contexto se ha reforzado la figura del gerente de salud de área como responsable de la coordinación entre AP y AE y como responsable de la continuidad asistencial.

El Director Técnico de AP de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, Eduardo García Prieto, cree que la coordinación y la continuidad asistencial deben partir de una planificación conjunta, valorando cuantas entradas se esté dispuesto a admitir, cuantas salidas se pueden permitir... "Nos lo debemos preguntar para evitar derivaciones innecesarias entre niveles de AP a AE. Si todo esto no se hace en un entorno planificado, el sistema se quiebra." Concluye García Prieto.

Un aspecto en el que se está avanzando con más cautela es en la posibilidad de redistribución de créditos, de presupuestos entre ambos niveles a través de la figura del gerente.

En el ámbito más instrumental, "en Castilla y León se trabaja en la informatización de la Historia Clínica en AP con un modelo diseñado por nosotros y en el que estamos tratando que se incluya un modelo de gestión por procesos". También se trabaja para la conexión de radiología, la integración de algunos proyectos de telemedicina y la interconexión entre AP y AE. En una primera fase está contemplado como envío de informes por vía telemática pero en el futuro se espera que sea realmente una interconsulta.

En ese sentido, el Director Técnico de AP de Castilla y León considera que el conocimiento mutuo es la herramienta fundamental que permite favorecer el intercambio y la coordinación entre los dos niveles.

"También se debería asegurar la identificación de los procesos de prevención y promoción de la salud porque la integración de ambos niveles podría provocar el desplazamiento de las actividades de promoción de la salud al ser visto como algo secundario y que sobrecarga a AE".

EXTREMADURA

Elisa Muñoz Godoy

Subdirectora de AP – Servicio Extremeño de Salud

"Antes incluso de las transferencias del Insalud del año 2002, la Comunidad Autónoma de Extremadura, que únicamente gestionaba las áreas de Salud Pública, ya empieza a ser consciente de la necesidad de trabajar desde un concepto de área única con una cultura de la continuidad" afirma Elisa Muñoz Godoy, Subdirectora de Atención Primaria del Servicio Extremeño de Salud. De ahí que en la etapa de planificación de transferencias existiera un trabajo previo entre Insalud y la Consejería con la vista puesta en la idea de continuidad e integralidad y en paliar problemas como el "paro" y la "pérdida" de los procesos asistenciales en un territorio con tan gran dispersión. En especial las zonas rurales sufrían la descoordinación, las duplicidades y las demoras.

Según Muñoz el proyecto de área única iniciado en Extremadura supone la profundización de la gestión única, cuyo eje es la continuidad asistencial y su instrumento principal, la informatización en la que Extremadura es pionera con una apuesta valiente e innovadora. Pero este trabajo en áreas únicas no significa que la Atención Primaria se descapitalice y buenos ejemplos de ello son el cambio del concepto de coordinador de EAP a Director -que tendrá su reflejo en la gestión de los centros- o los cambios en el trabajo de enfermería, mas enfocada a cuidados y atención domiciliaria y con el despliegue de consultas a demanda.

La Subdirectora de Atención Primaria reconoce la existencia de críticas por parte de algunos colectivos, en buena parte reflejo de algunas dudas genéricas a nivel nacional. Pero en cualquier caso –afirma Muñoz- en Extremadura se cuenta con una excelente atención primaria que va a ser el motor de muchas reformas.

GALICIA

Ana Clavería Fontán

Jefa de Servicio de Calidade e Programas Asistenciais

La coordinación entre niveles en Galicia ha sufrido un proceso evolutivo y marcado por el cambio político. Ana Clavería, Jefa del Servicio de Calidade e Programas Asistenciais de Galicia, confirma que en la actualidad el nuevo equipo responsable del proyecto de gestión de área se está replanteando el diseño del mismo, quedando clara la intención de extender en el territorio las experiencias de gestión de área iniciadas y también profundizar con la implementación del contrato programa entre AE y AP principalmente de calidad y de algunos procesos comunes. "La tendencia es que el contrato sea conjunto para AP y AE, con partes separadas y partes comunes y también con adaptaciones locales, recogiendo determinados programas asistenciales, urgencias, etc.". En la actualidad se está valorando la posibilidad de relacionar los contratos con los incentivos y como pasar de medir la productividad a medir la calidad.

Según Clavería, es destacable señalar que todos estos cambios no son posibles sin la disposición de los propios profesionales a liderarlos, por lo que la coordinación ha venido en función de las personas ubicadas en determinados sitios. Otro elemento que ha facilitado el cambio es la historia clínica informatizada compartida entre AE y AP. Por el momento la primaria tiene acceso a todos los informes del hospital y análisis de laboratorio e imagen mientras que el hospital puede ver las consultas en primaria y las prescripciones.

Cuestionada sobre el futuro inmediato, la Jefa de Servicio de Calidade e Programas Asistenciais considera que los próximos pasos van en la línea de implementación de la receta electrónica y de aumentar la cartera de servicios de atención primaria puesto que en la actualidad no se puede solicitar casi ninguna prueba complementaria desde este nivel asistencial. Estas iniciativas también pretenden fortalecer y organizar internamente la primaria para evitar que pudiera ser fagocitada por el hospital en el camino hacia la gerencia integrada. El planteamiento de objetivos claros por parte de primaria y el establecimiento de centros de gastos independientes para ambos niveles, principalmente los recursos humanos, son elementos claves de la coordinación.

MADRID

Marta Aguilera Guzmán

Subdirección General de Atención Primaria – Servicio Madrileño de Salud

Los Servicios Centrales de la Comunidad de Madrid han realizado un importante esfuerzo, una vez concluido el proceso de transferencias, con el objetivo de planificar y gestionar por áreas o temas en lugar de por niveles asistenciales. Según Marta Aguilera, de la Subdirección General de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud "se integraron los niveles técnicos con el fin de mejorar la coordinación y transmitir esta visión al conjunto de la organización". En este sentido la norma es clara y habla de gerencias únicas aunque en la práctica no se ha desarrollado.

La Comunidad de Madrid ha apostado por el Plan de Mejora de Atención Primaria, que cuenta con financiación específica y que se espera que facilite un empuje de la AP y en el que la continuidad asistencial juega un papel importante. Dicho plan tiene tres ejes principales: la orientación al ciudadano, consistente en garantizar la información, realizar encuestas de satisfacción, fomentar la participación y la accesibilidad, etc.; la de los profesionales que implica los criterios de asignación de recursos, implementar sistemas de evaluación, incentivación, mejora de clima laboral, fomento de carrera profesional, entre otras; y tercera y última, la organización y gestión, en la que se prioriza la continuidad de acuerdo con las sociedades y colegios y se revisa la cartera de servicios y el catálogo de pruebas.

Mención aparte merecen los sistemas de información debido a su carácter estratégico en este Plan de Mejora. "Se está trabajando en la información compartida de la Historia Clínica mediante un motor de integración que permita trabajar y compartir diversas aplicaciones entre Primaria y Especializada" afirma Aguilera. En este último nivel asistencial se ha realizado un esfuerzo destacable en el Plan de reducción de demora en pruebas y Consultas Externas. Por supuesto sin el menoscabo del papel que juega atención primaria en la consecución de estos objetivos. De hecho, en los contratos de gestión de AP y de AE se incluirá un plan de trabajo para disminuir demoras área por área y ya se ha puesto en marcha de forma experimental el especialista consultor para valorar casos clínicos a demanda del médico de atención primaria.

MURCIA

José Javier Herranz Valera

Subdirector General de Asistencia Primaria, Urgencias y Emergencias

Desde el principio de las transferencias en Murcia se planteó el contrato de gestión por áreas en las que estaban presentes los gerentes de AP y AE y la participación se basaba en el pacto y el consenso. A partir de ese momento –afirma José Javier Herranz, Subdirector General de Asistencia Primaria, Urgencias y Emergencias de Murcia- se ha avanzado en la línea de mejorar la capacidad de resolución de Atención Primaria y en la elaboración conjunta de guías de práctica clínica, protocolos, procesos, etcétera.

En la actualidad se está desarrollando el plan director del sistema de información que incluye la informatización tanto de AP como de AE, pruebas de apoyo y la integración de todos esos mini-sistemas de información, cuyo eje central es la historia clínica del paciente, bajo un conjunto mínimo de datos básicos. Esto permitiría a los órganos directivos la obtención de los indicadores necesarios para la evaluación y la gestión.

Herranz destaca que desde hace un año, está en marcha un proyecto de gestión única en el área del Altiplano cuya evaluación se realizará a partir del grado de cumplimiento de los objetivos incluidos en el contrato de gestión. De hecho hay un capítulo en el mismo dedicado a la continuidad asistencial, que incluye un primer paquete de objetivos que irá creciendo en sucesivos años y que también aparece íntegramente en los contratos de Atención Primaria y de Atención Especializada del resto de las áreas. “Aunque ha pasado poco tiempo y sería prematuro sacar conclusiones, esos indicadores nos van a permitir comparar los dos modelos de gestión y observar la evolución de ambos modelos en la consecución de objetivos de continuidad asistencial” concluye el Subdirector General.

Los retos parecen claros: aumentar el número de gerencias únicas de área y seguir desarrollando los contratos de gestión en esa línea. “Además –continua Herranz- el cumplimiento de los objetivos incluidos en el contrato de gestión se vincula parcialmente a incentivos, aunque hay la posibilidad, a partir de un reciente acuerdo sindical, de que se mejoren y que se incluyan nuevas cantidades de incentivos procedentes del ahorro”

Para que todo esto tenga lugar hay que abordar los miedos y la resistencia al cambio, mayoritariamente en AP. En Murcia la gerencia integrada no es una idea extendida en la cultura de los profesionales, pero hay que seguir trabajando en difundir la bondad de la idea ya que los gerentes de ambos niveles entienden que es una línea a seguir en el futuro.

PAÍS VASCO

Iñaki Berraondo Zabalegui

Subdirector de Atención Primaria de Osakidetza

"En el País Vasco queda un largo camino que recorrer en la coordinación entre niveles asistenciales puesto que las 35 organizaciones de servicios tienen autonomía de gestión y funcionan como compartimentos estancos" Esa es la opinión de Iñaki Berraondo, Subdirector de Atención Primaria de Osakidetza. "La gerencia de AP tiene la misma autonomía que el hospital y eso hace que puedan quedar lagunas en la coordinación, de ahí que se analicen las interfases entre los dos niveles en todo el proceso asistencial para identificar áreas de mejora y abordar algunas de ellas, sobre todo aquellas que impliquen la salud de los ciudadanos" continua Berraondo. Se trabaja en iniciativas de coordinación de determinados servicios con un hospital: osteoporosis, cardiopatía, etc., aunque están más relacionadas a un problema concreto que a conjunto del problema de coordinación entre niveles.

Para que la coordinación funcione en el País Vasco se tiene que dar un nivel de igualdad y un elemento facilitador en este sentido es el trabajo por procesos. Las Guías de Práctica Clínica, si son elaboradas con una perspectiva metodológica muy rigurosa, tienen un efecto positivo aunque no estén tan dirigidas a la coordinación como al abordaje con rigor científico de las preguntas del profesional. Los protocolos, en cambio, sí pueden ser un elemento de encuentro así como los sistemas de información y la historia única con doble acceso. En el País Vasco existe una historia clínica compartida para AP y el próximo paso es que los especialistas accedan a esa misma.

Sin embargo Berraondo se muestra cauto en la aplicación del modelo: "La gerencia única como solución global a las dificultades surgidas de la coordinación puede ser algo aceptado intuitivamente, pero pendiente de ser demostrado. El problema principal es que la coordinación es un concepto complicado de medir; posteriormente ya se podrán desarrollar modelos organizativos a partir de indicadores fiables". Según el Subdirector de Atención Primaria, la gerencia única es una apuesta como herramienta en determinadas áreas, pero que debe disponer de un presupuesto protegido para AP –por lo menos al inicio- y bajo una estrecha evaluación para valorar si realmente supone una mejora asistencial.

LA RIOJA

Manuel Ruiz de Ocenda Armentia

Gerente del Área de Salud III – Rioja Baja

La asunción de un mayor protagonismo de la consejería y el cambio de rumbo hacia gerencias únicas son los puntos de partida del nuevo periodo que se vive actualmente en la Rioja, afirma Manuel Ruiz, Gerente del Área de Salud III de la Rioja Baja. Un periodo motivado, en parte, por la apertura de nuevas infraestructuras, como el Hospital de San Pedro, que ponían de manifiesto que los nuevos recursos debían funcionar de una manera distinta a la habitual.

Según Ruiz de Ocenda, la gestión integrada es el resultado de un análisis muy simple "por muchos recursos invertidos y por muy bien que funcione la atención especializada, la seguirá utilizando un 5 % de la población; por otro lado, el 80% de la población seguirá acudiendo a atención primaria" Esto hace que se empiece a hablar de gestión clínica en atención primaria y de gestión clínica en el hospital y, de ahí, a Gestión Integrada.

En la Rioja dicho proceso puede resultar más fácil que en otros sitios por el tamaño de la Comunidad y porque ya existen todas las tipologías de recursos y poca población, cosa que permite que se esté consiguiendo un funcionamiento más ágil y buena coordinación. El pasado 12 de mayo de 2005 se inició el proyecto de áreas únicas, con cuatro grandes ejes. En primer lugar la gestión por procesos, que da soporte a las gerencias únicas y que se está desarrollando en este momento. Cuenta con siete directores de procesos y la mayoría no tienen cargas asistenciales por lo que pueden dedicar tiempo a este trabajo. La gestión por procesos será fundamental en el futuro cuando dejemos de discutir quien firma las ecocardiografías y nos centramos en acordar a quien deben hacerse y cuando.

En segundo lugar las mencionadas gerencias únicas. En tercer lugar la gestión clínica, ya que se pretende que el nuevo Hospital de San Pedro no siga la misma fórmula de gestión tradicional y se modifique la estructura, la configuración de servicios clínicos, aplanamiento, integración de clínicos en la estructura directiva del hospital, etc. Y el cuarto y último eje es la calidad, que englobará EFQM / ISO y aspectos más generales

Sobre las expectativas del modelo, el Gerente de Area considera que se espera que mejore la capacidad resolutiva de atención primaria pudiéndose ya percibir los primeros indicios. "En este escenario el Hospital va adquiriendo un rol más de consultor, con médicos que se desplazan para jugar este papel y mejorar la capacitación. Incluso se han modificado las urgencias, integrando las hospitalarias y las de atención primaria, con el resultado de la disminución de la presión asistencial" concluye Ruiz de Ocenda.

COMUNIDAD VALENCIANA

Vicente Palop Larrea

Subdirector Asistencial Departamento 11

Hasta hace unos dos años en la Comunidad Valenciana había una relación clásica entre los distintos niveles asistenciales. En la actualidad se están estrenando áreas de gestión única de AE y AP con ambas direcciones unidas que aprenden a convivir y a gestionar juntos. Muchas gerencias únicas no saben como hacerlo y se trabaja en su implantación y desarrollo. Este es el diagnóstico de Vicente Palop, Subdirector Asistencial del Departamento 11 de la Comunidad Valenciana.

"Desde AP se piensa que hay un *hospitalocentrismo*, pero según mi opinión estamos en un periodo de entrenamiento en el que se están superando barreras y unificando criterios" comenta Palop. Desde la gestión integrada se van a dar soluciones de forma acelerada a problemas históricos de atención a los pacientes, mejorando la atención horizontal sin escalones. El Subdirector Asistencial considera que la gente está aprendiendo en este camino hacia la gestión integrada, con todo lo que conlleva de compromisos de las direcciones, cambios de voluntades, procesos comunes, etc. En este sentido una herramienta indispensable y obligada de coordinación son los sistemas de información como el poder compartir la citación o la historia clínica.

"Y ya no hay vuelta atrás, por lo menos inmediata. En todo caso habrá que pelear con los 'reinos de taifas' de la atención especializada con derechos de toda la vida que deberán ser compartidos. Ya no hay pacientes de nadie, sino que formarán parte de un proceso asistencial y esta transformación aparece en un contexto en el que los profesionales no están entrenados ni acostumbrados a la dinámica de cambio" afirma Palop.

Con respecto al tema económico, el Subdirector Asistencial considera que los recursos deberían ubicarse allí donde más necesario sea. En este sentido la financiación que recomienda es la capitativa -el dinero sigue al paciente- ya que intentar fidelizar al paciente conlleva efectos positivos desde un punto de vista de rentabilizar los recursos.

CASTILLA-LA MANCHA

Jesús Hernández Díaz

Jefe de área de AP - Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

En Castilla-La Mancha la atención primaria y la atención especializada han seguido, como en la mayoría de CCAA, carriles paralelos pero sin llegar a encontrarse. Su concepción y criterio diferente ha provocado a menudo que se trate a un mismo paciente desde dos lógicas diferentes. O por lo menos así lo cree Jesús Hernández, Jefe de área de AP del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Hernández considera que la mejora en la coordinación es una consecuencia lógica de la demanda de una población cada vez más exigente e informada de sus derechos y también un mejor conocimiento de los profesionales entre niveles. Esta coordinación redunda en una reducción de las listas de espera ya que la atención al paciente debería darse en el nivel más adecuado siempre y cuando tuviera las herramientas precisas.

Para alcanzar la coordinación, en Castilla-La Mancha se han puesto en marcha una serie de protocolos y circuitos en conjunto, bajo la concepción de que el médico de atención primaria, además de ser puerta de entrada, es gestor del proceso. Según Hernández "debe de ser el que gestiona la 'vida patológica' de la persona que entra por la consulta, y también la promoción, prevención y salud pública, además de poder consultar puntualmente al especialista".

En esta línea se está trabajando tanto en los niveles más altos de decisión, que requieren de contacto muy estrecho, como en el nivel más operativo. De hecho hace tres años ya se inició una experiencia de gerencia única de área en Puerto Llano con una valoración moderadamente positiva "tras tres años de experiencia no se ha ido a peor y eso es porque está gestionado por gente de primaria que conocen muy bien el terreno. En todo caso, y mientras no tengamos un criterio de evaluación no se expandirá el modelo. Sea a través del modelo clásico o de gerencia única o de otro modelo, habrá que avanzar"

Hernández considera que el camino recorrido ha permitido desbrozar el terreno y poner las bases de conocimiento mutuo entre niveles que va a permitir una coordinación más fluida y, en definitiva, una mejora en la atención a los pacientes.

CATALUNYA

Ramón Morera Castell

Director de la División de Atención Primaria del Institut Català de la Salut

En Cataluña la coordinación ha experimentado una evolución favorable debido a una serie de medidas como la creación de grupos de trabajo entre niveles, la elaboración de protocolos comunes, guías farmacológicas o programas compartidos, como el de diagnóstico precoz de determinados cánceres. A esta lista se le debe añadir un factor clave como la implantación de la dirección por objetivos y la voluntad de que la coordinación interniveles estuviera presente como objetivo propuesto por las gerencias de AP y hospitalarias.

Cuestionado sobre el proyecto de coordinación más importante en Cataluña, Ramón Morera, Director de la División de Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud, apunta a la creación de la figura de gerencia territorial, con competencias tanto sobre la gerencia de Atención Primaria como la hospitalaria. "Estas gerencias incluirán los hospitales pequeños y medianos y el territorio de las gerencias de Atención Primaria en que se ubicarán. Los grandes hospitales no tienen dependencia de un gerente territorial."

Hasta el momento se han nombrado ya los responsables encargados de las funciones en el 50% de las futuras gerencias territoriales, a pesar de que la legislación que las soporta no ha sido aprobada todavía. Sin embargo ésta se encuentra muy avanzada y ya ha sido sometida a información de las partes.

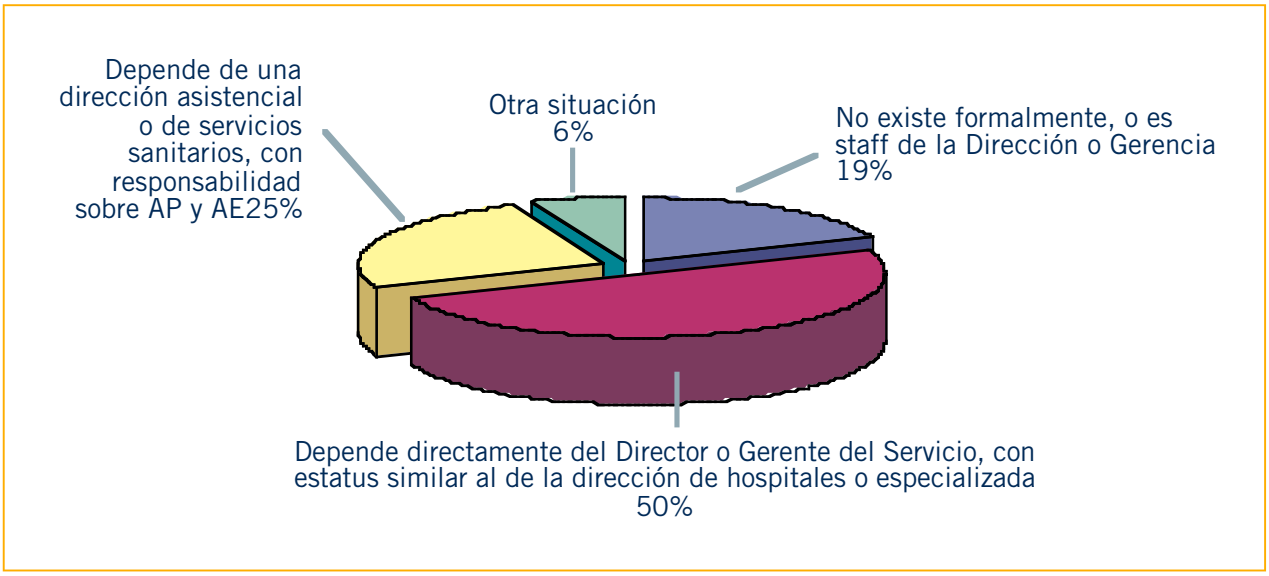
Este proyecto parece satisfacer plenamente las expectativas por parte del nivel de atención especializada en Cataluña, aunque genera cierta desconfianza en la Atención Primaria. Para Morera, "dependerá de la sensibilidad de los primeros gerentes territoriales, el que se diluyan las desconfianzas o se creen resistencias en Atención Primaria". Como estrategia para abordar estos posibles problemas ha sido aceptado, a petición de la dirección de Atención Primaria del ICS, que una parte significativa de estos gerentes territoriales provenga de directivos de Atención Primaria.

En vistas al futuro, Morera señala que los cambios mas significativos con respecto a la coordinación en los próximos años serán la aprobación de la ley que regule el Institut Català de la Salut como empresa pública de servicios y la contratación al ICS y otros proveedores sanitarios en base capitativa con la obligación de cooperar entre proveedores.

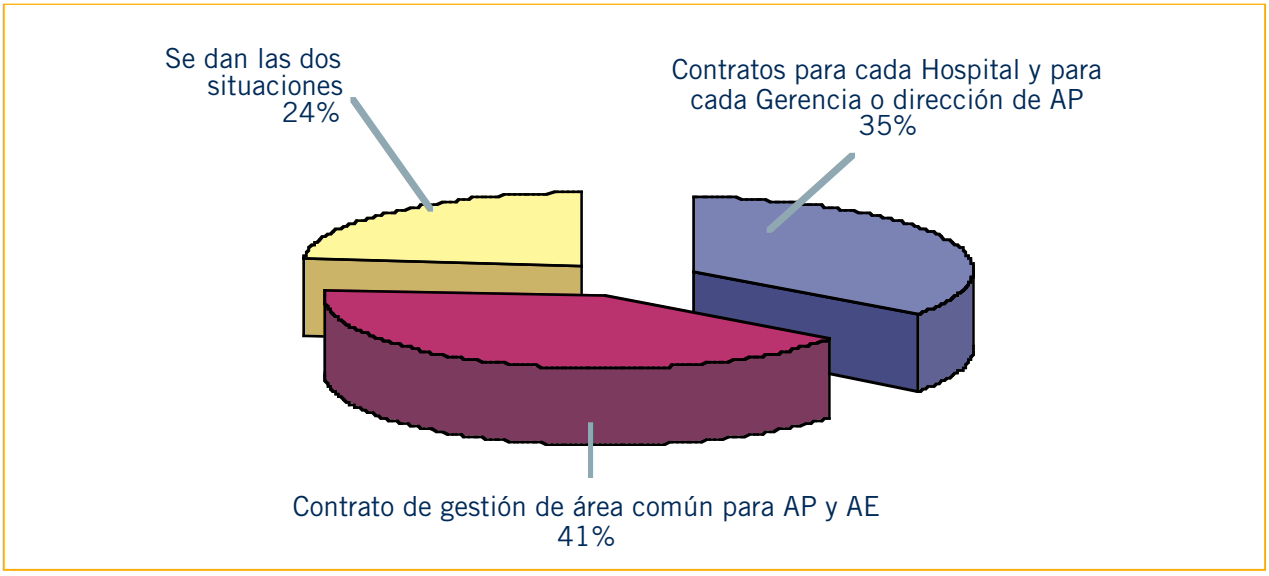
ANEXO 1: RESULTADOS CUESTIONARIOS A LOS EXPERTOS DE LAS CCAA

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LAS CCAA

En el Servicio de Salud de su Comunidad Autónoma, ¿que posición tiene la Dirección o Subdirección de Atención Primaria?



En relación a los contratos de gestión, ¿Cuál es la situación actual?



¿Existe algún proyecto que contemple la gerencia o dirección de área con competencias sobre AP y AE?

Sí	12
No	4

¿Existe ya en la actualidad algún área gestionada integralmente, es decir que abarque AP y AE?

Sí	12
No	4

En 7 de las 12 CCAA que afirman gestionar alguna área se pretende extender el modelo. Y en 8 de las 12 se está evaluando.

¿Existen flujos económicos entre AP y AE del tipo compra de servicios o productos (laboratorio, radiología...) entre AP y AE?

Sí	2
No	13

¿Existen experiencias de financiación capitativa en una área / territorio?

Sí	7
No	9

Tan sólo en 1 de las 9 CCAA en las que no existen experiencias, se ha planteado la implantación de este tipo de financiación como mecanismo regulador para fomentar la integración de proveedores

TECNOLOGÍA / SISTEMAS DE INFORMACIÓN

¿Existe un sistema de información clínica compatible entre AP y AE?

Sí	8
No	8

¿Existe un sistema informático que gestione historias clínicas de manera compartida?

Sí	4
No	11

El sistema informático está siendo elaborado en 9 de las 11 CCAA en las que, todavía, no existe. Y está en estudio en otra CCAA.

¿Se dispone de acceso informático a las HC de los pacientes ingresados en el hospital desde los centros de AP y viceversa?

Sí	**3**
No	**12**

Tan sólo en una CCAA se tiene acceso a toda la información.

¿Existen datos sobre la calidad de las derivaciones? (pertinencia, calidad informe derivación, respuesta...).

Sí	**7**
No	**8**

¿Se ha planteado la medición de la continuidad asistencial o la coordinación?

Sí	**13**
No	**3**

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

¿Existen rotaciones y estancias formativas de profesionales de AE en centros de AP y viceversa?

Sí	**9**
No	**6**

En dos de ellas tan sólo desde AP a AE.

¿Existen unidades de investigación acreditadas en las que participen profesionales de ambos niveles asistenciales?

Sí	**10**
No	**6**

¿Se realizan sesiones docentes conjuntas?

Sí	**12**
No	**3**

CLÍNICO

¿Se han realizado protocolos de actuación o guías de práctica clínica en enfermedades frecuentes de manera conjunta?

Sí	16
No	0

¿Realizan los profesionales del hospital actividades asistenciales en los centros de AP?

Sí	9
No	6

En cuatro CCAA estas actividades asistenciales son esporádicas

¿Se realizan actividades de interconsulta? (Entendemos por actividades de interconsulta aquellas que suponen comentarios de casos clínicos para consensuar su abordaje asistencial)

Sí	12
No	3

En tres de ellas estas actividades son esporádicas.

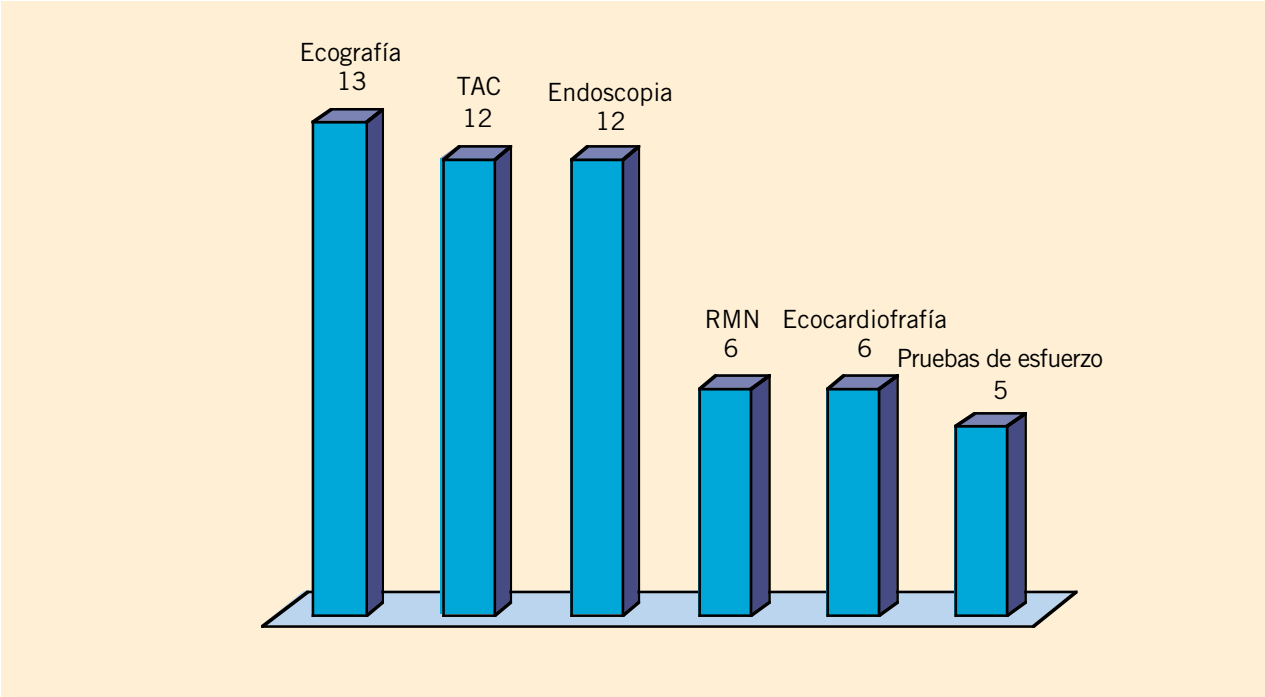
¿Qué grado de seguimiento de un paciente hospitalizado puede realizarse por médicos de familia? (Marque más de uno si es el caso)

Atenderlos	0	
Visitarlos	11	
Obtener información	15	
Otros	3	• Programa de ingresos y altas de forma con junta. Seguimiento del alta hospitalaria para pacientes frágiles. • Informe de alta • Acceso a HC en tiempo real sobre exploraciones complementarias

¿Existe valoración conjunta de pacientes entre los profesionales de AP y los de AE?

Sí	8
No	8

¿Aparte de las pruebas de rutina (Rx, analítica), qué otras pruebas pueden pedir los profesionales de AP?

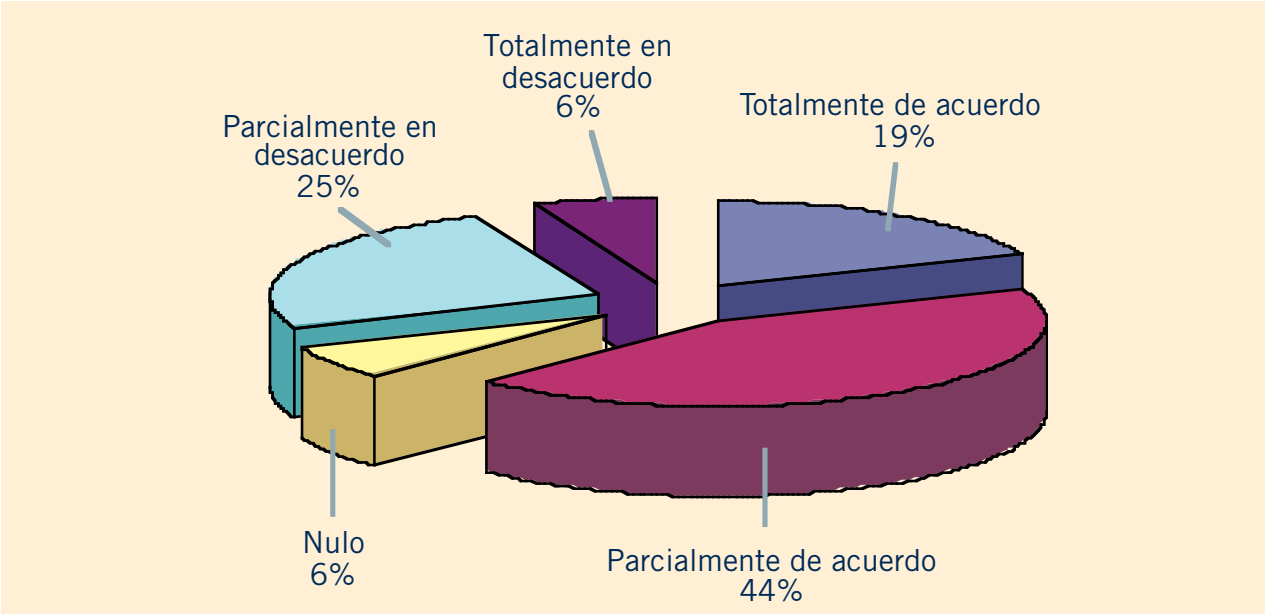


GRADO DE ACUERDO / DESACUERDO CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES

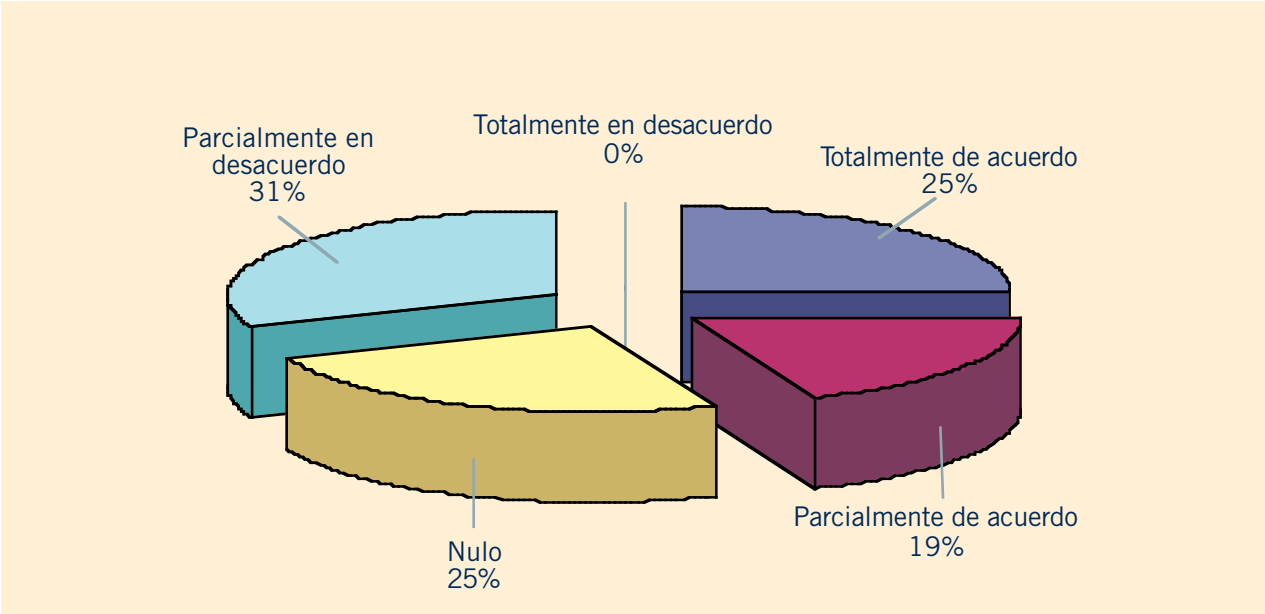
Dificultades identificadas en la relación entre AP y AE por orden de importancia

1. Discrepancias clínicas
2. Paciente como transmisor de información
3. Retención de pacientes
4. Duplicidades
5. Retorno de información. Derivaciones
6. Intereses distintos entre profesionales AP y AE
7. Percepción de discontinuidad

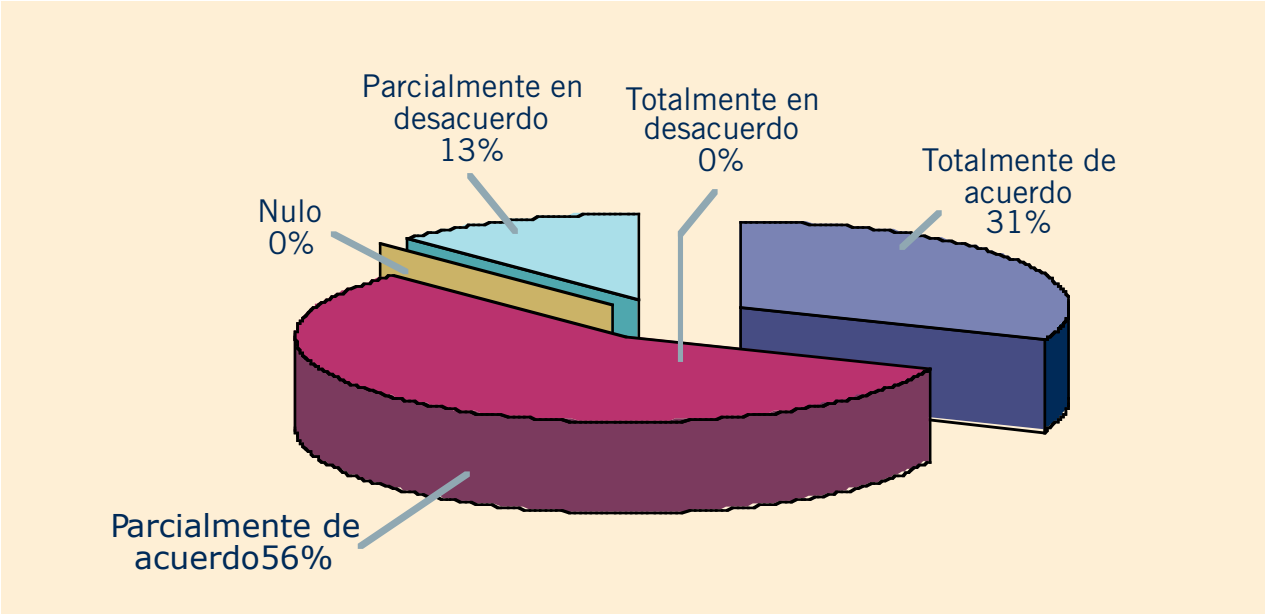
Los modelos de integración vertical (gerencias de área únicas, organizaciones sanitarias integradas) son las fórmulas organizativas que pueden aportar soluciones más completas.



La integración de niveles asistenciales en un territorio (área, sector...) debería producirse a nivel de "compra" (p. ej.: gerente de área que cuenta con presupuesto y asigna actividad a uno u otro nivel).



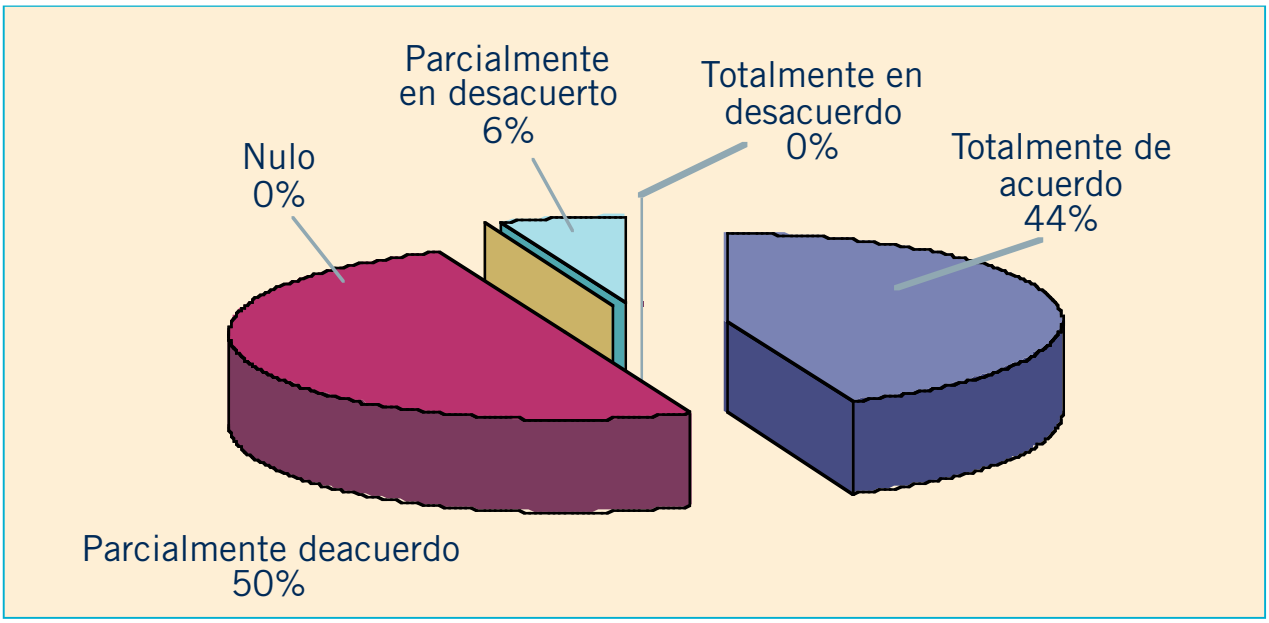
La integración entre niveles asistenciales a nivel de “proveedores” es una buena opción a considerar (gerencia única para hospital y centros de primaria).



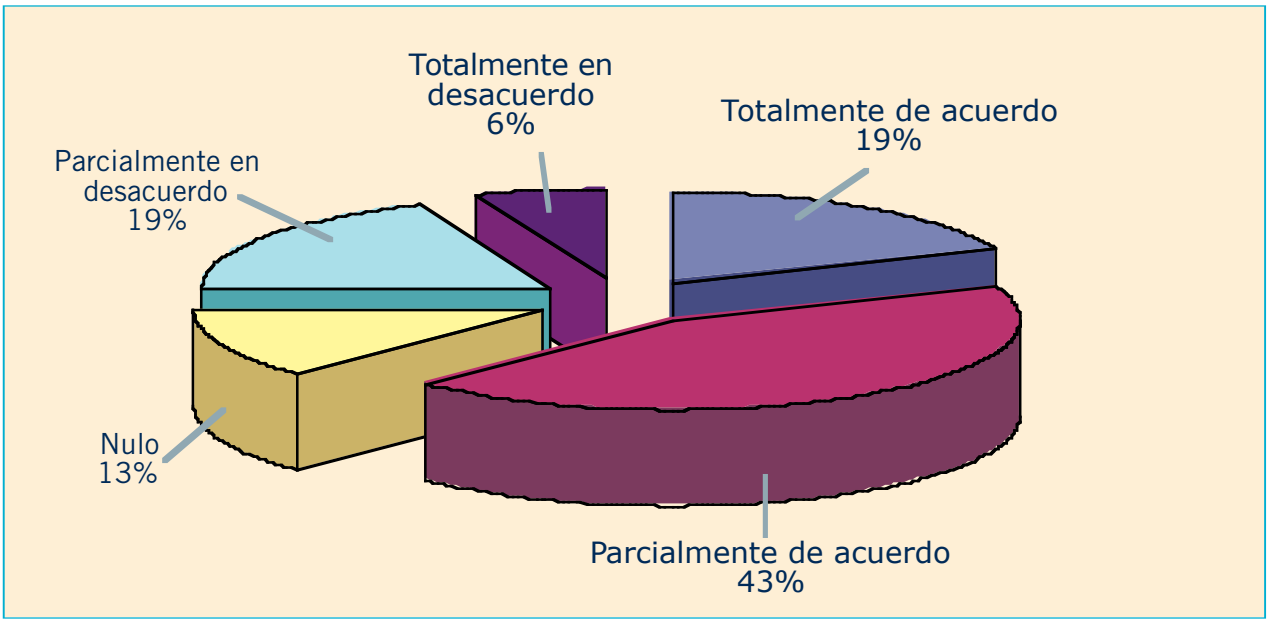
Señale el nivel de acuerdo con cada una de las siguientes alternativas de organización

Gerencias y presupuestos separados para los dos niveles sin flujos económicos entre ambos	Nulo
Gerencias únicas para AE y AP	Positivo
Existencia de una agencia central de compra que dispone del presupuesto y “compra” a uno u otro nivel según criterios de gestión	Positivo
Compra de servicios por parte de AE a AP	Nulo
Compra de servicios (consultas, urgencias pruebas diagnósticas) por parte de AP a la AE	Positivo

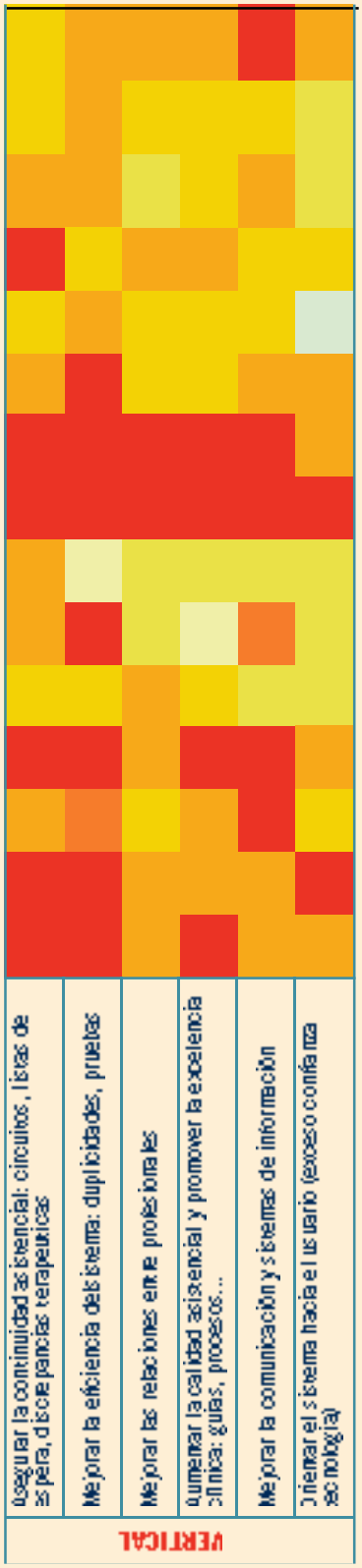
En el caso de integración vertical, AP debe mantener independencia presupuestaria con respecto al hospital.

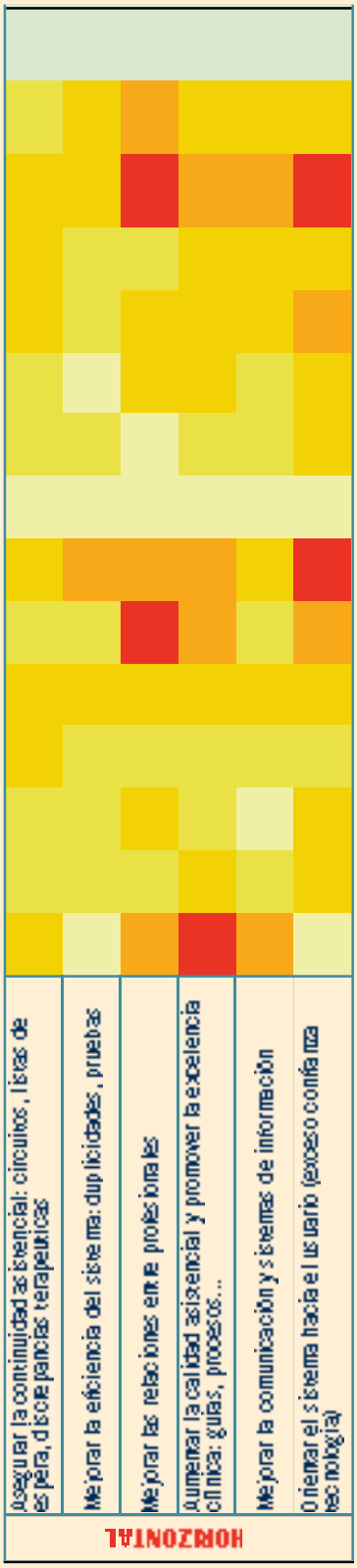


La coordinación con AP es percibida por los especialistas y gestores hospitalarios como un elemento esencial.



¿En qué medida la integración de niveles asistenciales puede facilitar la consecución de los siguientes objetivos?





RESPUESTAS ABIERTAS

Elementos clave a considerar para llevar a cabo una experiencia de gestión integrada con garantía de éxito

Intercambio información:

- Asegurar los aspectos de comunicación y acceso a la información, tanto entre niveles, como en la línea vertical entre Dirección y profesionales.
- Sistemas de información compartidos y protocolos, guías y vías clínicas de integración.
- Guías de actuación conjuntas.

Evaluación:

- Medición de resultados.
- Sistemas de información comunes y compartidos con indicadores para evaluación de los resultados.
- Partir de datos fiables económicos y asistenciales (sistema de información previo) para evaluar la evolución.
- Evaluar si una gestión integrada tiene un efecto real sobre la coordinación entre ambos niveles.

Contratos de gestión:

- Iniciar contratos de gestión con ofertas integradoras entre niveles y evaluar previamente.
- Contrato de Gestión o similar que marque y potencie líneas de integración y convergencia.

Gestión de procesos:

- No perder la perspectiva del abordaje conjunto de los procesos buscando la continuidad asistencial.
- No centrarse en la gestión de recursos, sino en la gestión de procesos.
- Definir qué servicios/procesos/subprocesos son responsabilidad de Atención Primaria y cuáles de especializada.
- Establecer cómo deberían plantearse las relaciones jerárquicas y funcionales entre diferentes estructuras (por ejemplo, las consultas externas de algunas especialidades deberían ser gestionadas por AP).

Presupuesto:

- Articular un sistema de presupuesto protegido para AP.
- Estructura directiva propia y presupuesto independiente en AP.
- Presupuestos unificados a nivel de los departamentos.

Liderazgo:

- Gerentes convencidos del proyecto.
- Directores de AP sin complejos.
- Equipos directivos únicos tanto asistenciales como económicos.
- Talante gerencial no volcado hacia AE.

Participación:

- Adecuación de las comisiones/comités de participación e Integración de primaria en ellos.
- Participación de los profesionales en la toma de decisiones.

Ciudadano como eje

- Orientación al ciudadano de los servicios: sistema sanitario en torno a las necesidades de salud de los ciudadanos.
- Marcar como premisas la orientación al paciente, la mejora de la eficiencia, aproximaciones de los servicios, etc.

Otros:

- Tamaño del hospital mediano/pequeño.
- Priorización del papel de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad.
- Cooperación entre los profesionales y colaboración en investigación y formación.
- Formación preparatoria.
- Discusión con líderes.
- Acuerdos sindicales.
- Cuidar el diseño.
- Disposición a conocer otras realidades distintas.
- Gestión del cambio cultural en la organización.

Obstáculos para funcionamiento de experiencias de Gestión Integrada

Hospitalocentrismo:

- Lideraje hospitalario.
- Los principales obstáculos se derivan de la integración de la Atención Primaria en una organización en continuo crecimiento y expansión con un riesgo de fagocitación elevado.

Liderazgo:

- Falta de talante "integrador de niveles" de los gerentes.
- Encontrar el perfil del Gerente Único.
- Áreas o Sectores grandes o con un hospital muy grande: dificultades para que un gerente único llegue bien a todo.

Desconfianza entre niveles, pérdida de protagonismo:

- Desconfianza entre niveles, relación de competencia.
- Desconfianza por la posible pérdida de identidad.
- El riesgo de pérdida de protagonismo de las Gerencias de Atención Primaria frente a las Hospitalarias.
- Miedos a la perdida de protagonismo de los profesionales de ambos niveles.
- Mantenimiento de puestos y cuotas de poder tanto entre directivos como entre profesionales.
- Resistencia al cambio, sobre todo desde Medicina de Familia.
- Reticencias tanto en primaria como en especializada (sobre todo en primaria: miedo a la absorción y utilización,...; en especializada miedo a la saturación en pruebas complementarias innecesarias, consultas externas, etc.).
- Barreras existentes en la actualidad entre los profesionales de ambos niveles por falta de comunicación.

Déficit de información:

- Desconocimiento de la metodología de trabajo de un nivel y otro.
- Falta de adecuación de las estructuras centrales (mantenimiento de la separación AP–AE).

- ¿Qué pasa con la promoción y la prevención de salud?
- Urgencias y emergencias ¿Se integran o no?
- Falta de evaluación. No se han concretado las expectativas creadas al ponerse en marcha y no se han evaluado.
- No termina de verse que una AP resolutiva es la mejor herramienta de gestión en AE (curiosamente, este concepto lo tienen mucho mas claro la mayoría de los gestores de especializada que los clínicos).
- Falta un buen sistema de registro-información que permita el análisis de los datos de forma ágil.

Gestión:

- Diseño de un sistema de gestión coherente con la estructura.
- Integración de la gestión económica entre hospital y primaria: muy distinta organización y peculiaridades, y desconocimiento del "negocio".
- Centrar la integración en la Gestión económica y abandonar la Gestión asistencial.

Otros:

- Cada nivel presenta problemas diferentes no siempre coincidentes.
- Cierto "enquistamiento Alma-Ata" a pesar de los 28 años que han pasado y lo que ha cambiado el "panorama".
- Mayor dedicación al mayor presupuesto.
- Tendencia a mantener la separación de estructuras periféricas aún cuando afecten a un mismo proceso asistencial.
- Modelo aún experimental.

¿Además de los mecanismos de coordinación mencionados en este cuestionario, que otros mecanismos se implementan en su CCAA?

- Intranet de Sector. Entorno Web, accesible desde las unidades de AP y hospital, mediante autentificación de usuario por clave y con distintos perfiles de usuario (Gestor Directivo, Coordinador/Jefe de Unidad, Clínico, Administrativo), que permite acceder a información del Sector, tanto del hospital como de primaria (agendas, esperas) y datos clínicos básicos (sin ser exactamente una historia clínica única).

- Único contrato de gestión. El Gerente del Sector firma un único contrato en el que se recogen todos los objetivos para todas las líneas asistenciales. Se incluyen objetivos que son comunes a todas las líneas, que requieren la coordinación de diferentes agentes y de los que es responsable como Gerente.

- Estructura matricial.

- Integración vertical en Gerencias de Sector con Gerencia única para todos los recursos sanitarios de un Sector (antiguas áreas): Centros de Atención Primaria, Atención Especializada (hospitales y CME), Salud Mental (Hospitales y otros recursos) y Recursos asistenciales de Atención Sociosanitaria. La Gerencia del Sector cuelga de la Dirección Gerencia del Salud.

- Integración transversal de los sectores en su desarrollo y objetivos clave por líneas de producto: Direcciones de línea ubicadas en Servicios Centrales (llamadas Dirección de Área de AP, AE, Salud Mental, Sociosanitaria). Los 4 Directores de línea dependen de un Director de Coordinación Asistencial que a su vez depende del Gerente del Servicio de Salud.

- Cada Sector comprende un territorio geográfico que tiene como mínimo varios Centros de Salud y un hospital de referencia. Bajo el Gerente del Sector hay un Director de Atención Primaria, de

quien depende toda la AP del Sector y un Director de Hospital. Se va unificando la Dirección de Gestión en una única Dirección del Sector, pero se mantienen separados los presupuestos asignados a AP y Hospital, que siguen como centros de gasto distintos.

- Médico Consultor.
- Proyectos de Continuidad de Cuidados.
- Enfermería de Enlace.
- Reuniones conjuntas, comités, comisiones y encargos institucionales de mejora.
- Direcciones clínicas que consisten en la creación de una red de directivos coordinadores de los servicios de AP y hospitalario (pediatra, ginecólogo...).
- Potenciación del programa de desplazamiento de especialistas a los centros de salud.
- Puesta en funcionamiento de Centros sanitarios integrados donde se prestan servicios propios del nivel de Atención Primaria y Especializada.
- Abordaje integral de la atención a las urgencias.
- Sistema integral de información de la atención ambulatoria para posteriormente hacerlo compatible con el sistema de información hospitalaria.
- La integración de la Salud Publica en el Área.
- El Protocolo de Actividad de AP y AE tiene objetivos comunes para ambos niveles.
- Control desde servicios centrales en continuidad de la asistencia.
- Iniciativas “ejemplo” en materia de formación, etc.
- Direcciones de procesos.
- Plan de coordinación entre AP-AE con Pactos de Coordinación que se firman anualmente entre primaria y especializada. El Director Técnico del Plan de coordinación y Comité Técnico con una Unidad Técnica de Coordinación hace el seguimiento y evaluación del Plan.

OPORTUNIDADES Y AMENAZAS DETECTADAS

OPORTUNIDADES PARA ATENCION ESPECIALIZADA CON RESPECTO A LA GI

- **Mejora la coordinación**
  - o Coordinación asistencial
  - o Evitar duplicidades
  - o Mejora de la relación Cliente interno-proveedor (en las dos direcciones)

- **Atención a pacientes**
  - o Integración de procesos que requieren la participación de ambos niveles asistenciales: mejora de la continuidad
  - o Decisiones comunes centradas en el paciente
  - o Continuidad Asistencial
  - o Favorecer autocuidados de pacientes
  - o Mejora en la atención continua

- **Compartir información y recursos**
  - o Protocolos comunes
  - o Unificar e informatizar la historia clínica
  - o Mejora en el flujo de información AP/AE
  - o Relación directa – resolución conjunta de problemas

- **Conocimiento mutuo**
  - o Mejorar el conocimiento mutuo y la relación
  - o Conocimiento de las posibilidades que oferta AP
  - o Conocimiento del trabajo de AP y su metodología
  - o Conocer las áreas de conocimiento deficitarias de AP, a través de las intercon sultas

- **Control de la Demanda**
  - o Planificación global que permite tener en cuenta objetivos de crecimiento y capacidad de atender a la demanda por parte de ambos niveles.
  - o Racionalizar la demanda
  - o Menor presión asistencial
  - o Regulación más eficaz de listas de espera
  - o Reducir la saturación de las consultas externa hospitalarias

- **Cartera de servicios**
  - o Asumir la gestión de servicios actualmente en AP
  - o Nuevas alternativas a la hospitalización convencional
  - o Dedicación a campos más específicos
  - o Desarrollo de especialidades médicas
  - o Potenciación de su papel como consultor
  - o Clasificación de Cartera de Servicios a AP

- **Mejoras generales del sistema**
  - o Mejora de circuitos (derivaciones, esperas)
  - o Uso racional de medicamentos.
  - o Desburocratizar la asistencia
  - o Mejora en tiempos de respuesta
  - o Mejora de la eficiencia
  - o Análisis de pertinencia de derivaciones

OPORTUNIDADES PARA ATENCION PRIMARIA CON RESPECTO A LA GI

- **Mejora coordinación**

- **Atención a pacientes**
  - o Gestión de los pacientes de manera mas integral
  - o Continuidad asistencial y atención integral
  - o Decisiones comunes centradas en el paciente, mejora de circuitos
  - o Aumento de la capacidad de resolución
  - o Gestión por procesos, resolutividad (atención sanitaria centrada en el paciente)

- **Compartir información y recursos**
  - o Sistemas de información comunes y compartidos
  - o Unificar e informatizar la historia clínica
  - o Permitir el acceso a pruebas diagnósticas / pruebas complementarias
  - o Mejora en el flujo de información AP/AE
  - o Protocolos comunes
  - o "Compartir" recursos (inversiones, RRHH,...)
  - o Mejora la capacidad de resolución si se tiene acceso a pruebas diagnósticas

- **Conocimiento mutuo**
  - o Oportunidad de aumentar el conocimiento del otro ámbito
  - o Acceso a conocimiento real del hospital
  - o Mejora el conocimiento mutuo y la relación

- **Profesional**
  - o Mejor desarrollo profesional
  - o Participación en la toma de decisiones directa
  - o Mejora de la sensación de "equipo" con la AE para conseguir resultados comunes
  - o Mejora de la consideración científica por parte de la AE

- **Cartera de servicios**
  - o Incremento
  - o Clasificación

- **Formación Continuada**

- **Cooperación en investigación y formación**

AMENAZAS PARA ATENCION PRIMARIA CON RESPECTO A LA GI

- **Pérdida de identidad y de peso**
  - Perdida de poder y de identidad (ser "fagocitada" por especializada)
  - Pérdida de peso en la atención al paciente
  - Pérdida de sistemas pertenecientes a Primaria
  - Protagonismo secundario
  - Incomprensión del rol de AP
  - Perdida de metodología de trabajo al fusionarse las dos culturas
  - Prominencia de la AE
  - La integración de la gestión económico administrativa genera pérdida de control y empeoramiento de aspectos antes gestionados
  - Pérdida de "peso" dentro del sistema sanitario, de ser el primer nivel a ser un dispositivo asistencial más del Hospital
  - En la comparación estrecha con la espectacularidad de las acciones hospitalarias, la AP sólo aporta "estabilidad"
  - Desatención de las necesidades de AP
  - Falta de ingresos, recursos, inversiones.
  - Ser devorada por la magnitud hospitalaria. Pérdida de especificidad

- **Financiero**
  - Primar la inversión en tecnología hospitalaria (más visible en los medios y para los políticos que deciden)
  - Deslizamiento de presupuesto a Atención Especializada
  - Que las inversiones en recursos humanos y equipamiento se dirijan significativamente hacia AE
  - Desequilibrio en los recursos

- **Dependencia**
  - Dependencia jerárquica de un único Gerente
  - Dependencia de Atención Especializada
  - Pérdida de independencia

- **Atención al paciente**
  - Que la actividad se centre en la recuperación de la salud dejando de lado los servicios de promoción y prevención
  - Menor orientación hacia promoción de la salud y prevención de la enfermedad
  - Menor participación de profesionales y ciudadanos
  - Secuestro de pacientes: desarrollo de unidades para atender determinadas patologías

- **Gestión**
  - Menor interés en los gestores
  - Falta de sensibilidad directiva, de conocimiento y especificidad del trabajo.

- **Transferencia de recursos al hospital para criterios definidos desde AP**

- **"Papel de cenicienta"**

ANEXO 2. CUESTIONARIO PREPARATORIO JORNADAS SEDAP

Coordinación e integración entre niveles asistenciales en el sistema sanitario público

Nombre	
Cargo	
CCAA	

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE SU CCAA

Responda brevemente a las siguientes preguntas. En caso de ser preguntas cerradas, marque con una cruz en la casilla correspondiente

1. Organización / Institucional

1.1 En el Servicio de Salud de su Comunidad Autónoma, ¿que posición tiene la Dirección o Subdirección de Atención Primaria?

No existe formalmente o es staff de la Dirección o Gerencia	☐
Depende directamente del Director o Gerente del Servicio, con estatus similar al de la dirección de hospitales o especializada	☐
Depende de una dirección asistencial o de servicios sanitarios, con responsabilidad sobre AP y AE	☐
Otra situación	☐

1.2 En relación a los contratos de gestión, ¿Cuál es la situación actual?

Contratos para cada Hospital y para cada Gerencia o dirección de AP	☐
Contrato de gestión de área común para AP y AE	☐
Se dan las dos situaciones	☐

1.3 Qué dirección del servicio de salud es responsable de firmar los contratos de gestión con cada uno de los centros de AP? (Pregunta abierta)

1.4 ¿Existe algún proyecto que contemple la gerencia o dirección de área con competencias sobre AP y AE?

Sí ☐

No ☐

1.5 ¿Existe ya en la actualidad algún área gestionada integralmente, es decir que abarque AP y AE?

Sí ☐
No ☐

En caso afirmativo

1.5 a ¿Se pretende extender el modelo?

Sí ☐
No ☐

1.5 b ¿Qué porcentaje de población abarca en conjunto?

1.5 c ¿Se está evaluando?

Sí ☐
No ☐

1.6 ¿Existen flujos económicos entre AP y AE del tipo compra de servicios o productos (laboratorio, radiología...) entre AP y AE?

Sí ☐
No ☐

1.7 ¿Existen experiencias de financiación capitativa en una área /territorio?

Sí ☐
No ☐

1.7 a En el caso de no existir experiencias, ¿se ha planteado en alguna ocasión su CCAA la implantación de este tipo de financiación como mecanismo regulador para fomentar la integración de proveedores?

Sí ☐
No ☐

2. Tecnología / Sistemas de información

2.1 ¿Existe un sistema de información clínica compatible entre AP y AE?

Sí ☐
No ☐

2.2 ¿Existe un sistema informático que gestione historias clínicas de manera compartida?

Sí ☐
No ☐ En caso negativo ¿Se está elaborando? ☐

2.3 ¿Se dispone de acceso informático a las HC de los pacientes ingresados en el hospital desde los centros de AP y viceversa?

Sí ☐
No ☐

2.3 a En caso afirmativo. ¿En qué medida?

A toda la información ☐
A alguna información ☐

2.4 ¿Existen datos sobre la calidad de las derivaciones? (pertinencia, calidad informe derivación, respuesta...)

Sí ☐
No ☐

2.5 ¿Se ha planteado la medición de la continuidad asistencial o la coordinación?

Sí ☐
No ☐

3 Docencia e investigación

3.1 ¿Existen rotaciones y estancias formativas de profesionales de AE en centros de AP y viceversa?

Sí ☐
No ☐

3.2 ¿Existen unidades de investigación acreditadas en las que participen profesionales de ambos niveles asistenciales?

Sí ☐
No ☐

3.3 ¿Se realizan sesiones docentes conjuntas?

Sí ☐
No ☐

4 Clínico

4.1 ¿Se han realizado protocolos de actuación o guías de práctica clínica en enfermedades frecuentes de manera conjunta?

Sí ☐
No ☐

4.2 ¿Realizan los profesionales del hospital actividades asistenciales en los centros de AP?

Sí ☐
No ☐

4.3 ¿Se realizan actividades de interconsulta? (entendemos por actividades de interconsulta aquellas que suponen comentarios de casos clínicos para consensuar su abordaje asistencial)

Sí ☐
No ☐

4.4 ¿Qué grado de seguimiento de un paciente hospitalizado puede realizarse por médicos de familia? (Marque más de uno si es el caso)

- Atenderlos ☐
- Visitarlos ☐
- Obtener información de su evaluación ☐
- Otros (especifique) _____

4.5 ¿Existe valoración conjunta de pacientes entre los profesionales de AP y los de AE?

Sí ☐
No ☐

4.6 ¿Aparte de las pruebas de rutina (Rx, analítica), qué otras pruebas pueden pedir los profesionales de AP?

	Sí	No
Ecografía		
TAC		
Endoscopia digestiva		
RMN		
Ecocardiografía		
Pruebas de esfuerzo		

5 Valoración general (Por favor describa su opinión respondiendo a estas cuestiones de manera sucinta)

- ¿Cuáles cree que son los principales obstáculos/dificultades para un correcto funcionamiento de las experiencias de gestión integrada?

- Mencione tres oportunidades y amenazas para el ámbito de Atención Primaria y Especializada con respecto a la gestión integrada

o Oportunidades para AP

1.
2.
3.

o Oportunidades para AE

1.
2.
3.

o Amenazas para AP

1.
2.
3.

o Amenazas para AE

1.
2.
3.

- ¿Puede señalar algunos elementos clave a considerar para llevar a cabo una experiencia de gestión integrada con garantía de éxito?

- ¿Además de los mecanismos de coordinación mencionados en este cuestionario, que otros mecanismos se implementan en su CCAA?

GRADO DE ACUERDO/ DESACUERDO CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES

1. Dificultades identificadas en la relación entre AP y AE: (Priorice puntuando del 1 al 7, siendo 1 la mayor dificultad y 7 la menor)

- Percepción de discontinuidad ☐
- Retorno de información derivaciones ☐
- Discrepancias clínicas ☐
- Paciente como trasmisor de información ☐
- Retención de pacientes ☐
- Duplicidades ☐
- Objetivos / Intereses distintos entre prof. AP y AE ☐

2. Los modelos de integración vertical (gerencias de área únicas, organizaciones sanitarias integradas) son las fórmulas organizativas que puede aportar soluciones más completas (marque una cruz en la casilla correspondiente)

1. Totalmente de acuerdo ☐
2. Parcialmente de acuerdo ☐
3. Nulo ☐
4. Parcialmente en desacuerdo ☐
5. Totalmente en desacuerdo ☐

3. La integración de niveles asistenciales en un territorio (área, sector...) debería producirse a nivel de "compra"(p. ej.: gerente de área que cuenta con presupuesto y asigna actividad a uno u otro nivel) (marque una cruz en la casilla correspondiente)

1. Totalmente de acuerdo ☐
2. Parcialmente de acuerdo ☐
3. Nulo ☐
4. Parcialmente en desacuerdo ☐
5. Totalmente en desacuerdo ☐

4. La integración entre niveles asistenciales a nivel de "proveedores" es una buena opción a considerar (Gerencia única para hospital y centros de primaria) (marque una cruz en la casilla correspondiente)

1. Totalmente de acuerdo ☐
2. Parcialmente de acuerdo ☐
3. Nulo ☐
4. Parcialmente en desacuerdo ☐
5. Totalmente en desacuerdo ☐

5. Señale el nivel de acuerdo con cada una de las siguientes alternativas de organización, marcando una cruz en la casilla correspondiente

	Muy Positivo	Positivo	Neutro	Negativo	Muy Negativo
Gerencias y presupuestos separados para los dos niveles sin flujos económicos entre ambos					
Gerencias únicas para AE y AP					
Existencia de una agencia central de compra que dispone del presupuesto y "compra" a uno u otro nivel según criterios de gestión					
Compra de servicios por parte de AE a AP					
Compra de servicios (consultas, urgencias pruebas diagnósticas) por parte de AP a la AE					

6. En el caso de integración vertical ¿AP debe mantener independencia presupuestaria con respecto al hospital? (marque una cruz en la casilla correspondiente)

1. Totalmente de acuerdo ☐
2. Parcialmente de acuerdo ☐
3. Nulo ☐
4. Parcialmente en desacuerdo ☐
5. Totalmente en desacuerdo ☐

7. La coordinación con AP es percibida por los especialistas y gestores hospitalarios como un elemento esencial (marque una cruz en la casilla correspondiente)

1. Totalmente de acuerdo ☐
2. Parcialmente de acuerdo ☐
3. Nulo ☐
4. Parcialmente en desacuerdo ☐
5. Totalmente en desacuerdo ☐

8. La coordinación con AE es percibida por médicos de familia y gestores de AP como un elemento esencial (marque una cruz en la casilla correspondiente)

1. Totalmente de acuerdo ☐
2. Parcialmente de acuerdo ☐
3. Nulo ☐
4. Parcialmente en desacuerdo ☐
5. Totalmente en desacuerdo ☐

9. ¿En qué medida la integración de niveles asistenciales puede facilitar la consecución de los siguientes objetivos (Puntuando del 1 al 5 cada opción siendo 5 "muy facilitador" y 1 "nada facilitador")

Objetivos	Int. Vertical	Int. Horizontal
Asegurar la continuidad asistencial: circuitos, listas de espera, discrepancias terapéuticas		
Mejorar la eficiencia del sistema: duplicidades, pruebas		
Mejorar las relaciones entre profesionales		
Aumentar la calidad asistencial y promover la excelencia clínica: guías, procesos...		
Mejorar la comunicación y sistemas de información		
Orientar el sistema hacia el usuario (exceso confianza tecnología)		