



Revisión

Innovando en gestión asistencial: análisis del modelo de integración primaria, especializada y sociosanitaria

Antonio Manuel Naharro Máñez y Pedro J. Tárraga López*

Centro de Salud Zona 5A, Albacete, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de noviembre de 2015

Aceptado el 30 de marzo de 2016

On-line el 30 de julio de 2016

Palabras clave:

Atención primaria

Atención especializada

Atención sociosanitaria

Coordinación

R E S U M E N

La eficiencia de los servicios sociosanitarios es un instrumento primordial para la sostenibilidad de los sistemas. En este estudio presentamos un ejemplo de cómo a través de una adecuada coordinación se mejora la eficiencia global. Así, en 2015 se produce un caso de gripe A en una residencia geriátrica privada (de 210 residentes), con la consecuente epidemia (38 casos de internos y 6 de trabajadores de la residencia). Desde el principio se coordinan los recursos sociales y sanitarios, tanto privados como públicos, implantando un plan de actuación mediante el cual se coordina la asistencia dentro de la residencia para facilitar la atención individualizada a los pacientes diagnosticados, evitando en lo posible su traslado al hospital. Igualmente se establece un circuito de suministro para material diagnóstico y de tratamiento.

En la residencia se tratan satisfactoriamente 35 pacientes, por lo que solo acuden al hospital 5 pacientes con patologías muy complejas, quedando ingresados 3. Los 6 trabajadores se diagnostican en la residencia y se les da la baja laboral durante 5 días para evitar contagios. De no haberse producido la coordinación entre los 3 niveles (hospital, atención primaria y residencia geriátrica), hubieran acudido al Servicio de Urgencias del hospital los 38 casos, además de los trabajadores; probablemente se hubieran quedado ingresados más de la mitad, dada la complejidad de patologías de los residentes.

Por tanto, una coordinación adecuada en el Área de Salud de Albacete resulta eficiente para la resolución de una epidemia de gripe A en una residencia geriátrica.

© 2016 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Innovating in health care management: Analysis of the integrated Primary, Specialised and Social Health Model

A B S T R A C T

The efficiency of social and health services are essential for the sustainability of the systems. This study presents an example of how overall efficiency is improved through proper coordination, using a case of Influenza A in 2015 in a private geriatric

Keywords:

Primary care

Specialised care

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pjtarraga@sescam.jccm.es (P.J. Tárraga López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2016.03.003>

1889-5433/© 2016 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Social health care
Coordination

residential home (210 residents) with a subsequent epidemic (38 cases of residents and 6 workers). From the beginning all public and private services were coordinated, implementing an action plan by which the care is coordinated within the residence to provide individualised care to the patients diagnosed in order to avoid possible transfer to a hospital. Likewise, a supply circuit was established for diagnosis and treatment material.

Thirty-five patients were successfully treated in the Residence, and only 5 patients with very complex diseases were sent to hospital, with 3 being admitted. The 6 workers were diagnosed in the Residence and were given time off work for 5 days to avoid spreading the infection. If there had not been any coordination between the three levels (Hospital, Primary Care and Geriatric Nursing Home), the 38 cases, as well as the workers, would have gone to the hospital Emergency Department, where more than half of the residents would have probably been admitted due to the complexity of their diseases.

Therefore, proper coordination in the Albacete health area of Albacete was efficient in resolving an epidemic of influenza A in a Geriatric residential care home.

© 2016 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La innovación tiene sentido cuando es práctica, aporta beneficios sobre lo existente y se hace de forma eficiente.

En el debate de los gestores sanitarios está la preocupación por el abordaje del paciente crónico, tanto por los recursos sanitarios que necesita, como por el coste que supone y que va a suponer en los próximos años¹⁻³.

En nuestra Área de Salud de Albacete, tras la integración administrativa de atención primaria y hospitalaria, diseñamos un plan para completar y perfeccionar esta integración y añadir la del sistema sociosanitario.

Situación actual en Albacete

La población dependiente del Área Integrada de Albacete es de 275.000 habitantes, si bien ha de asumir la patología compleja de aproximadamente entre 1-2 millones y medio de habitantes en función de las especialidades.

Albacete es una ciudad de 182.000 personas, atendidas por 9 Equipos de Atención Primaria, un Punto de Atención Continuada de Atención Primaria, 2 Unidades de Emergencias 112 y el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, que se encarga de la atención en 2 edificios: el Hospital del Perpetuo Socorro y el Hospital General Universitario de Albacete (fig. 1).

Consta de 8 residencias geriátricas: 3 son de gestión pública, 2 de gestión mixta y 3 de gestión privada. Esto hace compleja la asistencia sociosanitaria, ya que las de carácter público tienen para su asistencia personal médico y de enfermería funcionarios; las otras tienen recursos humanos privados. En unas la prescripción y los tratamientos se tramitan a través del hospital, y en otras la prescripción es realizada por el médico privado y luego, si procede, la receta es transcrita por los médicos de familia en los centros de salud.

El material sanitario se distribuye a las públicas y de gestión mixta desde el hospital, y a las privadas desde los centros de salud.

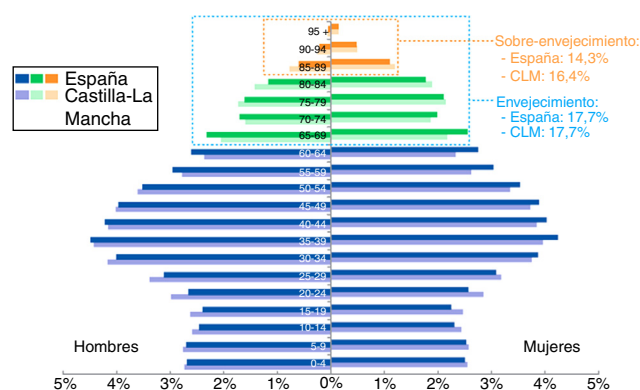


Figura 1 – Pirámide de población de España y Castilla-La Mancha, 2013.

Objetivos

El objetivo general es identificar desde el sistema sanitario cuáles son las necesidades de atención sociosanitaria existentes y, consecuentemente, definir y consolidar las principales líneas de actuación e iniciativas en las que la Gerencia de Atención Integrada de Albacete debe incidir en los próximos años, para proporcionar a los ciudadanos una asistencia integral, eficiente y de calidad adaptada a las personas.

Los objetivos específicos son:

- Realizar un diagnóstico de situación interno de la atención sociosanitaria en Albacete.
- Identificar los perfiles de pacientes susceptibles de ser incluidos en el ámbito sociosanitario para, una vez identificados, proponer la atención más adecuada a cada situación.
- Determinar un plan de acción en el que se coordine la atención sanitaria y la social para conseguir la mayor eficacia y eficiencia en las iniciativas debidamente priorizadas de acuerdo con su importancia.

Planificación

Para la estrategia de integración de la asistencia en nuestra comunidad, incluyendo la sociosanitaria, se hizo preciso completar 3 pasos:

Integración de la atención primaria y la hospitalaria

En Albacete, esta ha culminado con la creación de la Gerencia de Atención Integrada mediante la Orden de 18 de julio de 2013 aparecida en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha.

La integración de las 2 gerencias puede enmarcarse en el ámbito de las fusiones empresariales. Si analizamos cómo las empresas realizan sus alianzas colaborativas desde el *management*, vemos que internacionalmente las empresas emprenden una serie de acciones con unos rasgos comunes:

- Los altos directivos esperan beneficios para ambas empresas.
- El objetivo colaborativo inicial se ve incrementado con el conocimiento de ambos y se prevén incrementos de valor fruto de la colaboración.
- El control de la alianza exige una fuerte red de contactos personales que innove y establezca formas de abordaje adecuadas.

En el proceso de integración empresarial encontramos 5 niveles:

- Integración estratégica: altos ejecutivos consiguen perfeccionar la sinergia.
- Integración táctica: los ejecutivos intermedios y profesionales identifican objetivos comunes, comparten métodos y conciertan acciones.
- Integración de operaciones: se establecen los circuitos por los que las personas realizan las tareas.
- Integración interpersonal: se establecen relaciones personales entre los miembros.
- Integración cultural: exige que personas con habilidades de comunicación lideren el establecimiento de una nueva cultura empresarial⁴⁻⁷.

En nuestro proceso de integración durante muchos años hemos sido 2 gerencias con independencia organizativa y funcional. Con la creación de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete se procede a la integración estratégica de las gerencias previas. Se nombra un gerente único, se adopta la estructura gerencial y de personal del hospital, y se reubica a los directivos de atención primaria:

- Director médico con 4 subdirecciones médicas: subdirector médico de servicios quirúrgicos, subdirector de servicios médicos, subdirector de servicios centrales y subdirector de atención primaria.
- Director de enfermería, con 4 subdirecciones.
- Dirección de gestión, con 4 subdirecciones.

La sede de la nueva gerencia y directivos es el hospital. Se clausura la sede de la Gerencia de Atención Primaria. El

personal de la misma se reubica en el hospital con el *distrés* personal consecuente, la pérdida de una estructura directiva propia y el sentimiento de discriminación con respecto al puesto de trabajo en las mismas categorías entre el hospital y la antigua atención primaria.

Sin embargo, a la vez se van produciendo hechos que consolidan una gerencia distinta de las 2 de origen, que es más que la suma de las 2, pues propicia sinergias colaborativas con resultados en salud.

Para la integración táctica:

- Se convocan elecciones para la Comisión Técnico Asistencial en representación de la atención primaria.
- Se elaboran órdenes internas que otorgan igualdad en la consideración de derechos de las mismas categorías profesionales, con independencia de la gerencia de origen.
- Se constituye una Subdirección Integrada del Área de Atención Primaria: bajo la dirección del subdirector médico de atención primaria unifica el proceso coordinador en esta área.
- Se crea el organismo de coordinación de las unidades de Calidad, Docencia, Investigación y Formación. Se asignan recursos de los procedentes de atención primaria y hospitalaria a todas las unidades, y se definen competencias, funciones y cometidos.
- Se crea la Unidad de Continuidad Asistencial Medicina Interna-Atención Primaria, como unidad de apoyo al programa de crónicos, mediante la cual el Servicio de Medicina Interna del hospital hace de enlace con los profesionales de atención primaria, para facilitarles pruebas complementarias de diagnóstico, tratamientos, e incluso ingresos hospitalarios directos.

Curiosamente, la dinámica profesional y la necesidad de ella han hecho que desde hace muchos años se vaya avanzando en la integración operativa. Los protocolos de las sociedades científicas, muchas veces conjuntos, las vías clínicas consensuadas de forma voluntariosa por los profesionales, las sesiones clínicas compartidas, o los cursos impartidos en los distintos foros con participación multidisciplinar han propiciado este desarrollo. Sin embargo, la nueva situación organizativa ha facilitado y amplificado las medidas concretas que se van incorporando al quehacer profesional:

- Acceso a la historia digital conjunta mediante el «visor clínico».
- Protocolos consensuados de derivación en las áreas osteomuscular, dermatológica, digestiva, entre otras.
- Acceso a formación continuada multicéntrica, multidisciplinar, presencial y *on-line*.

Lógicamente, la integración interpersonal se desarrolla a distinta velocidad en función de la ubicación de los trabajadores. Teniendo en cuenta que esta Gerencia de Atención Integrada de Albacete cuenta con aproximadamente 4.000 empleados, podemos constatar estamentos y departamentos en que el proceso está culminado.

Del mismo modo que la integración interpersonal necesita tiempo, la cultural ha de construirse con una estrategia de comunicación que acelere el sentido de pertenencia a

la organización: aprovechar actos públicos como la entrega de premios de investigación, la celebración de los actos del 30.º aniversario del hospital, o la elaboración participativa de «Misión, visión y valores» de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

Entre otras mejoras se ha conseguido:

- La transversalidad y la continuidad: el enfermo se ve como un continuo sin que el lugar o el profesional encargado de su atención suponga que esta se vea interrumpida; no hay compartimentación ni escalones asistenciales, y la información sobre la patología, las pruebas diagnósticas o los tratamientos se comparte y permite su seguimiento sin duplicidades ni esperas innecesarias.
- La calidad: la historia clínica electrónica compartida, los protocolos consensuados, la óptima distribución de funciones, disponer de un departamento de calidad, entre otras, suponen una mejora de la calidad.
- La seguridad del paciente: por todo lo anteriormente expuesto, se disminuyen los riesgos derivados de duplicidades de técnicas, pruebas y tratamientos.

Implantación de un plan de crónicos

Para Castilla-La Mancha la definición de un nuevo modelo de atención sanitaria supone al mismo tiempo una necesidad frente a la crisis en la que se encuentra inmerso el actual modelo, y una oportunidad, puesto que permite definir las claves para construir el sistema de atención sanitaria integrada de nuestra comunidad autónoma, que podrá implementarse durante los próximos años^{8,9}.

Este nuevo modelo de atención a crónicos de Castilla-La Mancha busca la evolución desde el modelo actual, en el que la asistencia se presta de forma reactiva a un modelo proactivo, identificando a las personas que necesitan de una actuación sanitaria, las capta y las incorpora a un proceso formativo (en el caso de personas sanas con factores de riesgo) o a un proceso asistencial normalizado (en el caso de personas que hayan desarrollado una o más patologías crónicas).

El objetivo final a medio-largo plazo es la transformación hacia un modelo integrado asistencial y su extensión a toda la población de Castilla-La Mancha. Se opta como punto de partida por un conjunto de patologías crónicas y comorbilidades previamente seleccionadas, por ser las de mayor prevalencia entre los ciudadanos de nuestra comunidad autónoma y, por tanto, las que ocasionan mayor coste y nivel de frecuentación asistencial.

Es común encontrar diferentes conceptos del paciente crónico. En Castilla-La Mancha nos hemos decantado por focalizar al paciente con una enfermedad de larga duración (más de 6 meses), cuyo fin o duración no puede preverse o no ocurrirá nunca. La complejidad de la atención a este tipo de pacientes reside en que, a diferencia del paciente agudo, el crónico requiere de continuos cuidados asistenciales a lo largo de todo el periodo que dure la patología, en el que se producen situaciones cambiantes que requieren la utilización ordenada de los recursos asistenciales, combinados en muchos casos con los del ámbito sociosanitario.

Se ha priorizado una serie de procesos crónicos a partir de los cuales se está construyendo el nuevo modelo, y que

debe ser el futuro de la sanidad: la gestión por procesos. En nuestra Gerencia se han puesto ya los pilares de la atención para procesos como:

- Atención integrada de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Atención integrada en diabetes: detección precoz de complicaciones y retinografía digital en atención primaria.
- Atención integrada en insuficiencia cardiaca crónica y procesos cardiacos (proyecto ACORD).
- Atención integrada en la enfermedad renal crónica.
- Proceso de salud mental de atención al trastorno mental grave.
- Proceso de salud mental de intervención precoz en primeros episodios psicóticos.
- Proceso de salud mental de trastornos comunes.
- Procesos oftalmológicos comunes.
- Proyecto de derivaciones en digestivo, aparato locomotor...

Integración del sistema sociosanitario público y coordinación con el privado

Proceso a implementar según el esquema de lo realizado en la unificación primaria-hospitalaria:

- Integración estratégica, táctica, operativa...
- La transferencia de la gestión de las residencias públicas a la subdirección de atención primaria de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete es el punto de partida del proceso.
- La coordinación de los mandos intermedios, la elaboración de protocolos, de petitorios, de guías farmacoterapéuticas y de pactos de prescripción es la estrategia a desarrollar con las residencias privadas¹⁰⁻¹².

Integración sociosanitaria: a propósito de un caso

Se habilita una hemiplanta en la residencia para aislar individualmente a pacientes diagnosticados de gripe A.

Desde la Gerencia se establece un circuito de suministros para medicación (antivíricos, antitérmicos, sueros...) y material necesarios.

Se establece un circuito de suministro de pruebas diagnósticas de gripe A, de forma que se realizan en la residencia; se traslada el test al laboratorio, y en 2 h como máximo hay diagnóstico de certeza.

Durante las tardes, sábados y domingos, la asistencia médica en la residencia fue cubierta por un médico del Servicio Público de Salud (SESCAM).

Acuden a Urgencias del hospital únicamente 5 pacientes con patologías muy complejas, y quedan ingresados 3 (uno de los cuales fallece).

En la residencia se tratan y controlan satisfactoriamente 35 internos. Los 6 trabajadores se diagnosticaron en la residencia y se les dio la baja laboral durante 5 días para evitar contagios.

De no haberse producido la coordinación entre los 3 niveles (hospital, atención primaria y residencia geriátrica) hubieran acudido al Servicio de Urgencias del hospital los 38 casos,

además de los trabajadores, y probablemente se hubieran quedado ingresados más de la mitad, dada la complejidad de patologías de los residentes. Estos datos se contrastan comparando actuaciones similares para epidemias similares en otras residencias geriátricas («Activado el protocolo de gripe A en la residencia de Fuentes Blancas-Burgos», «Epidemia de gripe en residencia de ancianos de Zaragoza, enero 2015»)¹³.

Comentario

El punto de partida de todo proceso de innovación de la gestión sanitaria debe ser la mejora de la salud de los ciudadanos a los que atiende, tanto desde los servicios asistenciales, como desde los sociales. Aunque la salud no tiene precio, sí tiene un coste, que debe gestionarse de manera eficaz, eficiente y equitativamente.

Podemos afirmar que en estos momentos la calidad es el componente clave de las estrategias sanitarias y, por tanto, la coordinación de niveles consigue una mejora en la asistencia sanitaria y social; por otra parte, se produce la racionalización de recursos públicos¹⁴⁻¹⁷.

El gasto público y el gasto social español (como porcentaje del PIB) han ido disminuyendo en los últimos 6 años. Este descenso se justifica como necesario para competir en la economía globalizada e integradora en la Unión Europea¹⁸⁻²⁰.

Por ello es necesario compensar adecuadamente las consideraciones de equidad y de eficiencia. La vertiente sanitaria del estado del bienestar debe otorgar prioridad a las intervenciones sanitarias efectivas y prestar atención al impacto de las mismas, tanto en la salud de la población, como en el crecimiento económico²¹.

Con nuestro estudio valoramos que mediante la integración de los niveles de atención primaria y atención hospitalaria se ha conseguido una sensible mejora en la transversalidad y continuidad del abordaje del enfermo. La información sobre la patología, pruebas diagnósticas o tratamientos se comparte, y permite su seguimiento sin duplicidades ni esperas innecesarias. Hay una mejora de la calidad con la historia clínica electrónica compartida, los protocolos consensuados y la óptima distribución de funciones. Disponer de un departamento de calidad, entre otras cosas, lleva consigo garantizar la seguridad del paciente, pues se disminuyen los riesgos derivados de duplicidades de técnicas, pruebas y tratamientos.

Esto crea la necesidad de integrar los servicios sociales en la estructura del sistema sanitario, pues la población envejece y cada vez necesita en mayor proporción ser alojada en centros residenciales para su cuidado.

Al depender del centro de salud en cuya Zona Básica están ubicadas, con esta nueva estructura las residencias geriátricas, tanto privadas como públicas, se acomodan a una racionalización de los recursos humanos y materiales en pro de una mejora de la asistencia. El médico que atiende al paciente es el que prescribe el tratamiento suministrado por los servicios de la Gerencia de Atención Integrada. Actualmente, el médico del servicio público que emite la receta o la derivación al hospital en muchos casos ni ha visto al paciente que ha sido atendido por el médico contratado por la empresa que dirige la residencia²².

También con esta nueva estructura se produce una mejora de la atención a enfermos crónicos, ya que los internos de la residencia se benefician de guías y protocolos de los servicios públicos a los que actualmente no tienen acceso. Al ser pacientes polimedicados, también se benefician de la actividad de los farmacéuticos de la Gerencia en cuanto al manejo de los productos de farmacia.

Por tanto, a propósito de este caso y con la realización de la consecuente revisión, queremos poner de manifiesto la necesidad de coordinar los 3 niveles de asistencia primaria, hospitalaria y social en pro de una asistencia eficaz, eficiente y equitativa.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albi E, González-Páramo JM, López-Casasnovas G. *Gestión pública. Fundamentos, técnicas y casos*. Barcelona: Editorial Ariel; 1997.
2. Arruñada B. Bases para la profesionalización de la sanidad pública. En: López Casasnovas G, Rodríguez Palenzuela D, editores. *La regulación de los servicios sanitarios en España*. Madrid: Editorial Civitas; 1997. p. 157-212.
3. Barea J, Gómez Cina A. El problema de la eficiencia en el sector público en España. *Especial consideración de la sanidad*. Madrid: Instituto de Estudios Económicos; 1994.
4. Borrajo Iniesta I. El intento de huir del derecho administrativo. *Civ Rev Esp Derecho Adm*. 1993;78:82-103.
5. Cabasés Hita JM, Martín Martín JJ. Diseño y evaluación de estrategias de desregulación en el sector sanitario público en España. En: López Casasnovas G, Rodríguez Palenzuela D, editores. *La regulación de los servicios sanitarios en España*. Madrid: Civitas; 1997.
6. Costas Lombardía E. Las posibilidades de la reforma del Sistema Nacional. En: *Análisis del sistema sanitario español*. Aranjuez (Madrid): Fundación Ciencias de la Salud; 1995.
7. Decreto 131/1997, de 13 de mayo, por el que se constituye la empresa pública Hospital de Poniente de Almería.
8. Decreto 88/1994, de 19 de abril. Empresa pública de emergencias sanitarias.
9. European Observatory on Health Care Systems [consultado 12 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.observatory.dk>
10. Ferrándiz Manjavacas FA. Las fundaciones como nuevas formas de gestión eficiente. *Ventajas e inconvenientes*

- respecto al modelo tradicional de gestión». *Rev Adm San.* 1999;9:33-57.
11. Freire JM. Fundaciones sanitarias públicas, comentario y propuestas alternativas. *Rev Adm San.* 1999;9:69-92.
 12. Gómez de Hita JL. Formas jurídicas de la organización sanitaria. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2000.
 13. La epidemia de gripe llega con fuerza y afecta principalmente a los niños. *Heraldo de Aragón.* 23 de enero de 2015 [consultado 12 Nov 2015]. Disponible en: http://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/heraldo_23_enero.pdf
 14. Le Grand J, Mays N, Mulligan JA. Learning from the NHS international market: A review of the evidence. Londres: King's Fund Institute Publications; 1998.
 15. Ley 11/1999, de 21 de abril, de modificación de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local.
 16. Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación sanitaria.
 17. Ley 30/1994, de 24 de noviembre, de Fundaciones y de incentivos fiscales a la participación privada en actividades de interés general.
 18. Clar Gimeno S, Marqués Espí JA. Integración de niveles asistenciales. Un nuevo modelo organizativo en la Comunidad Valenciana. *Sedisa s.XXI.* 2010:16.
 19. Tamborero Cao G. Integración entre atención primaria y atención hospitalaria, ¿la panacea de la coordinación entre niveles asistenciales? *Economía y salud: boletín informativo.* 2012:8-10.
 20. Agustí E, Casas C, Brosa F, Argimón JM. Aplicación de un sistema de pago basado en la población en Cataluña. En: Ibern P, editor. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: Masson; 2006.
 21. Belenes R. Innovaciones en la gestión. Nueva cultura empresarial en los servicios sanitarios. En: Cuervo JI, Varela J, Belenes R, editores. Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias. Barcelona: Vicens Vives; 1994.
 22. Cabasés JM. Asistencia sanitaria pública y privada concertada en España. En: López Casasnovas G, editor. El interfaz público-privado en sanidad. Barcelona: Masson; 2003.