

2 de Junio de 2015

Sistema Sanitario: Trabajar en Red

Una aproximación a la
atención integral y continuada
en procesos asistenciales

BORRADOR



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

CONSEJO ASESOR DE SANIDAD

INDICE

	<u>Página</u>
I Nota previa	1
II Consideraciones generales	2
III Procesos cardiovasculares	16
IV Procesos neurológicos	30
V Procesos oncológicos	54
VII Aportaciones desde la perspectiva enfermera	69
VIII Aportaciones desde la perspectiva farmacéutica	73
IX Aportaciones desde la perspectiva socio-sanitaria ante patologías prevalentes	83
X Conclusiones	87

I. NOTA PREVIA

Por mandato del Pleno del Consejo Asesor de Sanidad, se constituyó, el 20 de febrero de 2014, un Grupo para elaborar un Informe sobre “Sistema sanitario: Trabajar en Red”: “Atención integral y continuada en procesos asistenciales”

El objetivo fundamental del Informe es potenciar el trabajo en red en el sistema sanitario a fin de mejorar la coordinación y la eficiencia en la atención que se presta a los pacientes, además de contribuir a la calidad asistencial y a su sostenibilidad.

El Grupo de Trabajo, estuvo presidido por el Presidente del Consejo Asesor de Sanidad, Dr. D. Joan Rodés Teixidor, y coordinado por el Dr. D. Alfonso Castro Beiras, actuando como Secretaria la Secretaria General del Consejo Asesor, D^a. Pilar Fernández Fernández.

Como Vocales participaron en el mismo los Drs. D. Juan Abarca Cidón y D. José Castillo Sánchez.

También colaboraron como expertos D. Diego Ayuso Murillo, D. Josep M^a Borrás Andrés, D^a Encarnación Fernández del Palacio, D^a Pilar Garrido López, D. Miguel Angel Gastelurrutia, D. Javier Muñiz García, D. Joan Prades Pérez, D^a Elvira Velasco y D. Albert Vergés Millet.

Las reuniones del Grupo de Trabajo del Consejo Asesor de Sanidad tuvieron lugar los días 20 de febrero, 24 de marzo, 9 de junio, de 2014 y 14 de enero, 18 de mayo de 2015.

La Comisión Permanente del Consejo Asesor examinó el documento, elaborado en su reunión del día 26 de mayo de 2015.

En base a todo ello, se presenta el Informe que se adjunta a continuación.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

La sanidad constituye un pilar clave del Estado de Bienestar y las prestaciones y servicios sanitarios son muy valoradas por los ciudadanos, además de ser un potente factor de cohesión social y territorial.

La asistencia sanitaria, por su impacto económico, tiene un peso muy importante en los presupuestos del Estado y, especialmente, en los de las comunidades autónomas.

Tradicionalmente, ha estado sometida a muchas tensiones que se han acentuado en los últimos años por el aumento continuo en la complejidad y cantidad de la oferta, cambios en la estructura de la población y en la forma de enfermar.

La crisis económica de los últimos años ha traído a primer plano estas tensiones presupuestarias, situadas en segundo plano en épocas de bonanza.

Los cambios sobrevenidos se han presentado en varios frentes: demográfico por el incremento de la longevidad, epidemiológico por el incremento de la cronicidad y tecnológico, muy importante por su elevado coste.

Pero no todos los cambios han traído tensiones que pueden comprometer a medio o largo plazo la sostenibilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS).

También ha habido cambios con efectos positivos. Así, la incorporación al sistema sanitario de las tecnologías de la información y la comunicación, que permiten mejoras en la gestión y en la organización, impensables hasta hace poco.

Estos cambios, con frecuencia, pueden ser de carácter rupturista, en el sentido de alterar sustancialmente –para mejor- los procesos, permitiendo eliminar pasos que antes se consideraban imprescindibles.

Al mismo tiempo, también ha cambiado el perfil del paciente, aumentando su nivel de información y formación sobre su enfermedad y con ello han mejorado las posibilidades de participar de manera más activa y eficaz en el propio mantenimiento de su salud y la prevención de complicaciones de la enfermedad.

Al igual que sucede en otros sistemas sanitarios de países de nuestro entorno, en España el SNS se está teniendo que enfrentar a todos estos retos para dar respuesta apropiada a las nuevas necesidades organizativas y asistenciales.

En este sentido, es preciso destacar que el crecimiento y la evolución de nuestro sistema sanitario han ido acompañados de una fragmentación en los servicios.

Una vez que se desarrollaron los hospitales se inició la reforma de la atención primaria, consolidándose dos grandes compartimentos en los que se presta la atención sanitaria: uno, el de la atención primaria/centros de salud, otro la atención especializada/hospitales.

La insuficiente coordinación entre ambos niveles asistenciales es uno de los problemas del sistema sanitario que se han identificado repetidamente como entre los principales.

No obstante, se han registrado ciertos avances en este aspecto y cada vez son más frecuentes las áreas de gestión integradas.

Esto permite, entre otras cosas, poder colocar los recursos del área allí dónde producen más beneficio para la población atendida, sorteando la compartimentación existente hasta ahora en la que intervenciones en atención primaria que descargaban al hospital tenían que ser soportadas con recursos de primaria.

Pese a estos avances, aún es un escenario frecuente el que la actuación en el hospital sea puntual, por episodios, que con frecuencia va seguido de la realización de actos de revisión médica con escasa coordinación con atención primaria.

Más aún, la fragmentación asistencial se ha ido produciendo también en el hospital, entre los propios especialistas que, aunque comparten historia clínica, tienden a focalizar su actuación en lo que parece ser de su competencia, en detrimento de una visión holística del paciente.

La asistencia hospitalaria, en lo que al paciente se refiere, está fragmentada, organizándose alrededor de especialidades integradas en un servicio. Sin embargo, los problemas de los pacientes no tienen esta compartimentación ni fronteras tan definidas; con mucha frecuencia se necesita la participación de varios profesionales de diferentes servicios.

En estos casos la atención suele ser secuencial (el paciente va pasando de un servicio a otro), generándose interconsultas entre especialistas y ocasionando, con frecuencia, la redundancia de procedimientos, exploraciones no siempre necesarias y también la polimedicación.

Este desarrollo fragmentario de los centros y de la asistencia ha podido obedecer en ocasiones a preferencias de los propios profesionales, más que a dar respuesta a las necesidades de la población atendida.

A este problema se añade que, a veces, se arrinconan los criterios técnicos en favor de otro tipo de consideraciones a la hora de establecer y estructurar los recursos asistenciales.

Esto puede resultar con frecuencia ineficiente, porque supone que determinadas técnicas y procedimientos se realizan en centros y por profesionales con reducida experiencia, dada la propia incidencia de la enfermedad o condición de interés y la población para la que se ha establecido el recurso.

En los últimos años, además de la fragmentación de los servicios del Sistema Nacional de Salud, se han generado otras dificultades para la atención integral y continuada, como consecuencia de una falta de medidas de coordinación ante una creciente participación del sector sanitario privado, tanto en provisión como en número de usuarios.

Se hace, pues, necesario establecer medidas que faciliten dicha coordinación, en especial en materia de información sanitaria sobre procesos asistenciales.

De otra parte, con el mayor peso de las enfermedades crónicas y la necesidad frecuente de cuidados de larga duración, la situación se ha complicado de manera adicional al entrar en juego nuevos elementos, complementarios de la atención sanitaria, como son los centros socio-sanitarios, cuya desvinculación del sistema sanitario es, a día de hoy, todavía mayor que entre los diferentes centros e instituciones del sistema sanitario.

Ante estos retos, sobre todo los que comporta el incremento de las enfermedades crónicas, es necesario abordar una nueva orientación en la forma de actuación de los profesionales sanitarios.

En este punto, además de potenciar el papel y los medios de los médicos de Atención Primaria, es preciso respaldar a los profesionales de enfermería (enfermeras gestoras de casos, enfermeras de práctica avanzada, enfermeras de enlace) tan importantes para hacer real la continuidad asistencial, tanto hospitalaria como extra hospitalaria, el seguimiento de procesos entre los distintos niveles asistenciales, la atención domiciliaria sociosanitaria, así como para evitar ingresos innecesarios y reducir costes. En definitiva, las funciones de las enfermeras son de indudable relevancia para un nuevo modelo de organización asistencial.

De otra parte, se considera imprescindible que en la práctica real se conciba la enfermedad, y en particular las enfermedades crónicas, como un proceso y no como una sucesión de episodios aislados, pues solo así será factible el objetivo de ofrecer al paciente en todo momento el mejor cuidado o el tratamiento en el lugar más adecuado.

En función de la fase en la que se encuentre el paciente en su proceso, los cuidados o la atención habrá que prestarlos en un lugar u otro (atención primaria, domicilio, hospital, centro socio-sanitario, etc). Esto implica una integración de la atención y, a su vez, un cambio en la organización en el sentido de estructuras físicas y equipos humanos dotados de mayor flexibilidad.

Así pues, los cambios que son necesarios para garantizar el futuro del sistema habrían de proyectarse en diferentes ámbitos:

- en los pacientes,
- en el papel y posición relativa de los diferentes profesionales de la salud,
- en la organización (a nivel macro, meso y micro y
- en la relación entre diferentes actores.

Buena parte de estas cuestiones han sido objeto de otros Informes aprobados por el Consejo Asesor de Sanidad, en especial los relativos a la sostenibilidad del Sistema Sanitario y a la Coordinación y Atención Sociosanitaria.

El presente Informe profundiza en algunos de estos aspectos, poniendo énfasis en la necesidad de una atención integral y continuada, a través de nuevos modelos de organización asistencial (trabajo en red), para conseguir una mejor identificación de los procesos y garantizar la calidad y la equidad en la atención a los pacientes.

Las reflexiones y propuestas que se recogen en este Informe se han centrado en tres patologías prevalentes, como son las cardiológicas, las oncológicas y las neurológicas, aunque podrían extenderse a otras en un futuro.

Las aportaciones al Grupo de Trabajo se han hecho desde la perspectiva de las correspondientes especialidades. Adicionalmente, se han incorporado al Informe, desde las respectivas visiones, determinadas aportaciones que se han formulado en los ámbitos de enfermería, farmacia y socio-sanitario).

Así pues, como se ha dicho antes, el Informe así planteado, quiere ir más allá del necesario trabajo en equipo (enfaticado por la LOPS) y pone el acento en el **trabajo en red**.

La consecución de este objetivo se enfrenta a dos barreras importantes:

- a) Por una parte, el concepto físico de centro. Esto es más evidente a nivel hospitalario, en que se identifica con claridad dónde se presta la atención sanitaria. Sería necesario que las paredes de los hospitales se difuminasen para hacerse más permeables a la atención extrahospitalaria y posibilitar así seguir avanzando en el logro del continuo asistencial. Además, ciertos recursos necesarios para atender a la población que acude a un determinado hospital pueden estar localizados en otro centro, con un funcionamiento compartido.

- b) Otra barrera importante, que es necesario superar, es el propio sentimiento de los profesionales de " pertenencia " a un centro. Esto, que, en general, es un elemento motivador y que favorece la competencia saludable entre centros, puede entorpecer el trabajo en red si no se asume de manera integradora el concepto de pertenencia a una red.

La justificación de esta manera de trabajar es múltiple. Por una parte, permite hacer un uso más eficiente de los recursos disponibles y por otra, más importante aún, en determinados procedimientos, incluso en enfermedades frecuentes, es necesario concentrar actividad para garantizar la calidad de la atención.

Esta se relaciona positivamente con el volumen de actividad y dispersar la atención en demasiados centros por un mal entendido concepto de accesibilidad puede poner en peligro la calidad de la atención prestada a los pacientes.

Así, el trabajo en red puede realizarse de diferentes formas, cada una con sus particularidades e implicaciones.

De manera no exhaustiva, hay al menos tres formas en las que es posible poner en marcha experiencias de trabajo en red:

1.- Concentración de actividad

Es preciso propiciar la concentración de la actividad alrededor de infraestructuras complejas y caras y en procedimientos que necesitan un volumen de actividad determinado para mantener la capacitación de los profesionales. En este caso, se moverían los pacientes al centro en cuestión, algo que es posible hacerlo hoy en día con todas garantías, en tiempos óptimos y prácticamente para cualquier perfil de paciente gracias a los servicios de transporte sanitario existentes.

Las unidades centralizadas lo serían de todos los hospitales a los que prestaran servicio, no exclusivamente del hospital en el que están situadas.

Los profesionales disfrutarían de igualdad de condiciones en el acceso a estas unidades para sus pacientes, independientemente del hospital de origen. Como es lógico, esta concentración de actividad en unidades que den servicio a varios centros deberían realizarse dónde haya medios materiales y humanos para crearlas o potenciarlas, no al revés, lo que mejoraría la eficiencia de las estructuras existentes.

2.- Cambios en la política de recursos humanos

Cuando la instalación de infraestructuras en diferentes centros es asumible pero se pone en riesgo un volumen mínimo de actividad que garantice el mantenimiento de la capacitación de los profesionales, existe la alternativa de poder trabajar en red moviendo a los profesionales.

Siendo la movilidad de los profesionales clave, serían necesarios cambios en la política de recursos humanos que permitiesen mayor flexibilidad y mejor aprovechamiento en todo el sistema, no sólo en su centro original de trabajo, así como los mecanismos de incentivos adecuados.

Además, para que sea aceptable debe contar con el compromiso explícito de los profesionales. Si estos no son verdaderos protagonistas de su actividad es difícil que estas políticas puedan llevarse a cabo.

3.- Optimizar el uso de las nuevas tecnologías

Las nuevas tecnologías, en especial las TIC, facilitan el trabajo en red, comunicando a los profesionales y permitiendo la concentración de recursos (fundamentalmente diagnósticos y de consultoría entre profesionales). En este caso, lo que se mueve no es el paciente o el profesional sanitario sino la información (imágenes, pruebas, dudas, etc).

En muchas de estas iniciativas de trabajo en red puede haber la sensación por los profesionales que están perdiendo algo. Por ejemplo, en el primer caso, los profesionales de los centros en los que no está instalada la infraestructura pueden pensar que se quedan atrás o que pierden acceso a pruebas necesarias para sus pacientes.

Como se ha comentado, los profesionales de todos los centros a los que sirven estas infraestructuras tienen que tener garantizado el mismo nivel de acceso a esas infraestructuras independientemente de su centro de trabajo, así como igualdad en la participación en la toma de decisiones de los pacientes.

Los profesionales de los centros en los que se instalan los servicios centralizados pueden tener sensación de pérdida de autonomía, pues ahora tienen que compartir las decisiones y espacios con profesionales de otros centros.

En uno y otro caso sería necesario poner en un primer plano lo que se gana y que las reglas estén muy claras, en especial el carácter "multihospitalario" de la red en cuestión y de sus recursos.

Es previsible que en el momento que se desee poner en marcha estos ejercicios de trabajo en red haya tensiones entre los centros e incluso en la población. Por eso, sería fundamental que la argumentación para asignar determinados recursos a determinada área o centro tenga un soporte argumental muy sólido.

Para ello, sería imprescindible que la información de los resultados de ese centro esté a disposición de todos los interesados. La población, seguramente, aceptaría ceder cercanía por calidad de la atención.

En el seguimiento se debería garantizar el mantenimiento de la calidad de la atención (incluyendo estimadores de demoras en la atención y resultados de los procedimientos) independientemente del origen de los pacientes.

Para ello, sería necesario desarrollar indicadores específicos que evalúen estos aspectos y ponerlos a disposición de manera transparente, así como participar en programas de benchmarking que garanticen la calidad de la atención en comparación con otros centros españoles o europeos.

Sería necesario identificar enfermedades, grupos de patologías o prestaciones que pudieran beneficiarse de este modo de trabajo en red.

A modo de consideración final, convendría también tener en cuenta la importancia del medicamento y de la prestación farmacéutica en la gestión de los procesos asistenciales, dentro de la visión integral y continuada a la que responden los planteamientos del presente Informe.

A estos efectos, resulta de especial interés la colaboración de los farmacéuticos en los distintos niveles asistenciales, en particular para hacer frente a riesgos de interacciones, efectos adversos u otros.

Documentos utilizados:

Muñiz García J y Castellón Leal E. Proyecto de mejora de la eficiencia en sanidad (PROMESA) (documento de trabajo). Diciembre, 2011

Grupo de trabajo al hoc de la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia. Informe sobre el mantenimiento de la salud y la seguridad y calidad de la asistencia sanitaria en el sistema público. 2013.

Muñiz García J y Castellón Leal E. Proyecto de mejora de la eficiencia en sanidad (PROMESA) (documento de trabajo). Diciembre, 2011

Grupo de trabajo al hoc de la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia. Informe sobre el mantenimiento de la salud y la seguridad y calidad de la asistencia sanitaria en el sistema público. 2013.

III. PROCESOS CARDIOVASCULARES

Patología cardiaca: Organización en Red

En el apartado de enfermedades cardiovasculares, la organización en red viene motivada por criterios de calidad y de eficiencia, preservando la equidad entendida como igualdad de tratamiento en el momento adecuado y en sitio idóneo. La organización en red debe tener como elemento vertebrador el paciente integrado según su padecimiento, ya sea por necesidad de diagnóstico o terapéutico, dentro de un proceso.

La red tiene tres vectores fundamentales:

- 1.- Concentración de actividad alrededor de infraestructuras complejas y caras y en procedimientos que necesitan un volumen de actividad determinado para mantener la capacitación de los profesionales: Implica mover a los pacientes al centro en cuestión con todas las garantías de seguridad y en tiempos óptimos
- 2.- Cuando la instalación de infraestructuras en diferentes centros es asumible pero se pone en riesgo un volumen mínimo de actividad que garantice el mantenimiento de la capacitación de los profesionales, existe la alternativa de poder trabajar en red moviendo a los profesionales.

3.- Las nuevas tecnologías, en especial las TIC, facilitan el trabajo en red, comunicando a los profesionales y permitiendo la concentración de recursos (fundamentalmente diagnósticos y de consultoría entre profesionales). Esto implica mover la información.

Red asistencial: Procesos. Unidades Asistenciales.

La atención especializada de cardiología se realiza en los hospitales a través de los Servicios de Cardiología y Cirugía Cardíaca correspondientes.

Se identifican tres niveles asistenciales en los Servicios de Cardiología que se corresponden con el hospital que están ubicados: hospital comarcal, hospital general y hospital general de tercer nivel

Los Servicios organizan su actividad en torno a Unidades Asistenciales:

- 1- Unidades asistenciales básicas, que están presentes en todos los Servicios: Unidades de hospitalización, de consulta, de imagen cardíaca y pruebas funcionales.
- 2- Unidades “intervencionistas” localizadas solo en determinados hospitales:
 - a) Unidades de hemodinámica e intervencionismo cardíaco (en hospitales, posibilidad de unidad, compartidas, satélites)
 - b) Unidades de electrofisiología
 - c) Unidades de estimulación cardíaca
 - d) Servicio de Cirugía Cardíaca

En las Unidades Asistenciales intervencionistas: hemodinámica, electrofisiología y cirugía cardíaca es determinante el volumen de pacientes para la adecuada calidad y seguridad diagnóstica y terapéutica. Para pacientes agudos la continuidad asistencial requiere la atención 24/7/365.

Atención integrada. Calidad y seguridad

Red asistencial. Procesos. Unidades Asistenciales Compartidas

El objetivo es que la organización sanitaria se diseñe centrada en el paciente para proporcionarle la atención adecuada, es decir la mejor opción diagnóstica o terapéutica con la máxima calidad y seguridad en el momento que la precise. Ese debe ser el criterio que presida el derecho de accesibilidad y de equidad.

Para alcanzar este objetivo se requiere la gestión compartida de los pacientes con patología cardíaca agrupados por “procesos”.

El modelo basado en atención por episodios en los hospitales, la conexión entre la atención primaria y la especializada actual y la atención secuencial habitual en el momento actual, de traslado a otro hospital según la necesidad en atención especializada, deber ser superado por un modelo de atención integrada basada en la atención por procesos.

La gestión integral del proceso asistencial, obliga a la creación de redes asistenciales para garantizar la calidad, seguridad y eficiencia en la atención al paciente cardiológico.

Se justifican por la patología especial que atienden o por procedimientos que tengan un grado de complejidad que requiera un alto grado de especialización y de práctica continuada para garantizar la calidad.

Para contribuir a esto es necesario una organización en red que permita compartir recursos centralizados en Unidades (Unidades Asistenciales Compartidas) y poder dar respuesta con el mejor tratamiento a los pacientes agrupados en torno a determinados procesos asistenciales que comparten una patología común y características determinadas.

Estos serían:

- Cardiopatía isquémica: tratamiento del infarto agudo de miocardio. Cardiología intervencionista. Cirugía cardíaca
- Arritmias: que requieren estudio y tratamiento electrofisiológico
- Insuficiencia cardíaca avanzada: tratamiento con desfibriladores implantables y sincronización cardíaca, asistencia circulatoria, trasplante cardíaco.

Estas Unidades asistenciales deben regionalizarse. Este modelo tiene como punto fuerte el compartir las unidades asistenciales intervencionistas.

El trabajar en red permitirá este tipo de asistencia. Se trata de que el paciente pueda ser transferido, si el hospital al que corresponde no dispone de esa unidad, a otro hospital que disponga de esa capacidad.

Otra opción es el no transferir a otro hospital sino desplazar a la Unidad especializada compartida para realizar el estudio o acción terapéutica. Esta, sin embargo, tiene la desventaja de duplicar infraestructuras y desplazar todo un equipo de facultativos, así como el riesgo de no contar con un Servicio de Cirugía cardíaca de rescate en caso de complicaciones, por lo que es menos recomendable. Y que solo por otros criterios puede ser conveniente.

En el concepto de Unidades asistenciales, en especial las unidades asistenciales intervencionistas, se entiende que han de cumplir con unos requisitos para que la asistencia prestada sea de calidad, segura y eficiente. Estos requisitos, se refieren de manera especial a recursos humanos en número de profesionales de acreditada competencia real basada en su currículum, así como la dotación tecnológica correspondiente con la atención a prestar. Debe tener un volumen mínimo de procedimientos por Unidad y por profesional y sus resultados deben de ser públicos.

La gestión del proceso asistencial, depende del servicio de cardiología correspondiente y debe ser eje coordinador de la indicación de intervención de las distintas Unidades que actúan sobre cada paciente. Los procesos tienen una continuidad a lo largo del tiempo, mientras que las unidades intervienen en el transcurso de los procesos, pudiendo hacerlo algunas de ellas en más de una ocasión e incluso de forma continuada.

La IC se ha convertido, en los últimos años, en uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país y en otros países del entorno. Su incidencia y prevalencia se han incrementado debido al envejecimiento de la población, una mayor supervivencia de los pacientes que sufren eventos coronarios y otras patologías cardíacas, ya que supone el sendero final para muchas enfermedades del corazón que derivan finalmente en el síndrome de la insuficiencia cardíaca.

En estos pacientes con IC clínica, la causa más frecuente de hospitalizaciones son las descompensaciones y estas, en muchos casos, son consecuencia de una pobre atención hacia los factores que inciden en los reingresos, los cuales podrían ser evitables con una planificación adecuada de los cuidados en el marco de un sistema de atención continuada y no puntual y la participación del propio paciente y/o de sus cuidadores. Se estima que es posible reducir un 60% de las hospitalizaciones y un 30% la mortalidad por IC en España, basándose en un mejor control de los factores de riesgo y el control de las medidas terapéuticas.

Por tanto, la información y la educación del paciente y sus familiares sobre el cuidado y manejo de la IC son esenciales para conseguir su correcto control terapéutico y minimizar recaídas. También se busca el autocuidado y la colaboración del paciente y del entorno, una adecuada utilización de los fármacos, adhesión a los consejos dietéticos y de actividad física para avanzar en la mejora del estado de salud y de calidad de vida.

Y es aquí donde es fundamental el trabajo de enfermería, integrada en el equipo multidisciplinar junto con cardiólogos, internistas, atención primaria por lo que la Asociación de la Sociedad Europea de Cardiología apoya la creación de las Unidades de Insuficiencia Cardiaca, como estamento coordinador de los distintos profesionales involucrados en el tratamiento de esta patología.

Regionalización no es centralización

La regionalización de servicios obedece a criterios de aseguramiento de la calidad asistencial pues existe suficiente evidencia científica de la relación entre mortalidad y/o morbilidad y volumen de actividad de hospitales y profesionales para determinados procedimientos médicos y quirúrgicos, como se ha comentado anteriormente.

Decisiones sobre la regionalización se pueden justificar también desde el punto de vista de eficiencia, como por ejemplo, número de profesionales que requiere un sistema atención continuada (24 horas, 365 días al año); o el número de estudios que permiten obtener el óptimo rendimiento de un equipo. En servicios agudos cardíacos se requiere un volumen de población de 500.000 y para la atención de intervencionismo coronario agudo, angioplastia primaria, 1.000.000 de habitantes. Estas referencias obligan a cambiar las hasta ahora referencias geopolíticas-administrativas al no coincidir con el óptimo poblacional o los cronogramas aconsejados para la provisión de un servicios de alta calidad.

La calidad, seguridad y eficiencia en el uso de los recursos requiere la concentración de tecnología y experiencia, que es también necesaria para garantizar la equidad (acceso a la misma calidad de las prestaciones para la misma necesidad). Es de máxima importancia deshacer el erróneo concepto de asimilar accesibilidad con proximidad.

Algunos servicios deben estar regionalizados y otros deben ser provistos en los hospitales generales, e incluso en ámbitos más próximos al entorno del paciente. La relación entre regionalización de la asistencia especializada y el desarrollo de recursos hospitalarios a nivel local no son alternativas contradictorias. La creación de redes integrales de asistencia debe permitir el apoyo de cardiología en hospitales locales o áreas de salud de pequeño tamaño poblacional desde Unidades Asistenciales Compartidas que tengan un ámbito poblacional suficiente para garantizar su calidad, seguridad y eficiencia.

Varias instituciones y organizaciones científicas han establecido requisitos de volumen de actividad de algunos procedimientos o actividades de las Unidades Asistenciales Compartidas, para poder garantizar con la calidad, seguridad y mantener la eficiencia de las mismas.

La unidad de hemodinámica que forme parte de una red de Intervencionismo Coronario Percutáneo Primario (ICP-p), debe disponer de un servicio de guardia de 7x24x365 . El equipo de guardia debe estar dotado por hemodinamistas (al menos 4 son necesarios para poder organizar la guardia) y personal de enfermería en número y cualificación adecuada y realizar un volumen general y específico mínimos por hemodinamista y centro. Debe disponer de cobertura quirúrgica en el mismo centro (para el intervencionismo no agudo se exige que de no existir en el mismo centro debe estar a una distancia que no supere los 60 minutos de traslado).

En cuanto al intervencionismo coronario en la atención a la cardiopatía isquémica crónica, coexisten dos modelos diferentes, uno en red, el aquí descrito y otro con la existencia de unidades satélite o compartida. Deben ser valorados los modelos organizativos con los criterios de calidad, seguridad y eficiencia.

Presentaremos dos ejemplos que están funcionando en relación con dos de las modalidades: una atención de un proceso agudo que requiere atención urgente 24h/365 y otro de diagnóstico y diferente nivel de tratamiento que utiliza unidades compartidas

Desplazar a los pacientes

PROGALIAM.- Objetivo: Tratamiento óptimo del síndrome coronario agudo (SCA) en Galicia.

Claves:

- a) Llevar la unidad coronaria al paciente: posibilidad precoz de monitorización, diagnóstico y desfibrilación mediante UVI móvil.
- b) Creación de una red de centros que ofrecen angioplastia primaria las 24 horas los siete días de la semana. Varias instituciones y organizaciones científicas han establecido requisitos de volumen de actividad de algunos procedimientos o actividades de estas Unidades Asistenciales Compartidas, para poder garantizar con la calidad, seguridad y mantener la eficiencia de las mismas. La unidad de hemodinámica que forme parte de una red de Intervencionismo Coronario Percutáneo Primario (ICP-p), debe disponer de un servicio de guardia de 7x24x365.

El equipo de guardia debe estar dotado por hemodinamistas (al menos 4 son necesarios para poder organizar la guardia) y personal de enfermería en número y cualificación adecuada y realizar un volumen general y específico mínimos por hemodinamista y centro. Debe disponer de cobertura quirúrgica en el mismo centro (para el intervencionismo no agudo se exige que de no existir en el mismo centro debe estar a una distancia que no supere los 60 minutos de traslado).

En Galicia, solamente existen tres centros que cumplan estos criterios y, además, tienen capacidad suficiente para atender a toda la población de forma adecuada; son los que forman la citada red PROGALIAM.

- c) Existencia de un acuerdo protocolizado para trasladar directamente a estos centros a los pacientes diagnosticados por el servicio de emergencias (061), evitando pasos intermedios que ocasionan demoras (otros centros, urgencias).
- d) Activación del sistema desde la UVI móvil y devolución precoz de los pacientes al centro al que está asignado. Los pacientes continúan su tratamiento en su centro habitual.
- e) Las salas de hemodinámica no son de los hospitales sino de la red (esto es lo crítico). El acceso es indistinto independientemente de la procedencia.

Resultado: Extensión del tratamiento óptimo (angioplastia primaria) administrado por centros y profesionales con enorme experiencia al conjunto de la población gallega sin un aumento excesivo de activaciones innecesarias del sistema y sin problemas de seguridad en el traslado temprano a los centros de origen. En el caso concreto del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), centro en el que se ha evaluado esta intervención, en el período inmediato a la instauración del programa más del 80% de las angioplastias realizadas en el CHUAC lo eran a pacientes de la población asignada a este centro.

En los años inmediatamente posteriores a la instauración del programa (2005-2007) hubo un aumento del 124% de la realización de angioplastias primarias, en gran parte debido a hacer accesible este tratamiento eficaz a una población más amplia: el 42,6% de las angioplastias primarias se realizaron a pacientes procedentes de poblaciones no asignadas al CHUAC en este período.

Desplazar a los profesionales

PLAN ASISTENCIAL DE ÁREA DE SERVICIO COMPARTIDO DE HEMODINÁMICA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA DEL NORTE DE GALICIA

En este programa se integran, con un único coordinador, los recursos asistenciales (tanto materiales como humanos) existentes en centros diferentes. Presta servicio con idéntico nivel de acceso a tres áreas de gestión integrada: La Coruña, Ferrol y Lugo-Cervo-Monforte. Las tres áreas firman el plan, en el que se acuerdan los objetivos asistenciales, docentes, de investigación e institucionales, se describe la dotación tecnológica y profesional adscrita a este servicio compartido y se detalla la cartera de servicios y modo de funcionamiento, incluidos los circuitos asistenciales y la gestión de suministros (fungible y farmacia).

Así, los profesionales proceden de los dos centros y, en especial los más especializados (hemodinamistas), se desplazan para atender las necesidades y la cobertura asistencial en las dotaciones existentes en centros diferentes (en este caso, hospitales de La Coruña y Lugo).

Esto permite un uso más eficiente de los recursos humanos y, al mismo tiempo, mantener la capacitación asociada al volumen de procedimientos necesaria en esos profesionales.

Este programa se complementa con el PROGALIAM, que es el que se encarga de ofrecer en un único centro la cobertura las 24 horas del día los siete días de la semana y todas las semanas del año.

Mover la información

En esta modalidad de trabajo en red no sería necesario desplazar a los pacientes ni a los profesionales. Determinados servicios, en especial de carácter diagnóstico, que requieran un alto grado de experiencia pueden concentrarse en un centro. En este ejemplo, la captura de información podría ser periférica (en múltiples centros que dispongan de la infraestructura necesaria) y la lectura centralizada.

Existen iniciativas en este sentido que buscan optimizar el aprovechamiento del personal, en especial en las guardias, evitando duplicidades (por ejemplo, anillo radiológico en Madrid).

En el caso de las enfermedades cardiovasculares, a las posibles ventajas de carácter económico se une la necesidad de un nivel de especialización muy alto por parte de las personas que informan las pruebas en cuestión que podría concentrarse en un centro que garantizase la cantidad y variedad de patologías necesarias para mantener la capacitación de los profesionales implicados.

Este modelo podría ser de aplicación en RNM cardíaca o, eventualmente, en TAC multicorte en función del coste de los equipos.

Sanitaria dos mil

IV. PROCESOS NEUROLÓGICOS

Es necesario aprovechar mejor los servicios existentes y sobre todo coordinar su funcionamiento para mejorar la eficiencia. Evitar redundancias de los actos médicos, eliminar exploraciones e intervenciones innecesarias y aumentar sobre todo la seguridad del enfermo, ya sea en consultas puntuales, intervenciones programadas, seguimiento del enfermo crónico o atención del paciente agudo y grave. Además es fundamental fomentar la relación entre niveles asistenciales.

Se ha estimado ¹ que alrededor de millón y medio de españoles presentan una enfermedad neurológica grave (enfermedades neurodegenerativas, enfermedad cerebrovascular, epilepsias fármaco-resistentes, esclerosis múltiple, tumores y malformaciones del sistema nervioso, enfermedades neuromusculares, enfermedades metabólicas y del desarrollo, etc.), lo que supone una repercusión indirecta sobre 5 ó 6 millones de familiares.

También se estima que una cifra similar de 5 ó 6 millones de personas padecen enfermedades neurológicas menos graves, que no ponen en peligro su vida pero que deterioran la calidad de la misma, su rendimiento profesional, sus relaciones familiares o su integración social.

¹Plan estratégico nacional para el tratamiento integral de las enfermedades neurológicas. Sociedad Española de Neurología, 2002.

Los problemas sanitarios dejan de pertenecer a esa categoría para convertirse en problemas sociales cuando afectan a una gran cantidad de población y tienen importantes repercusiones sociales.

El problema de las enfermedades neurológicas no es un problema de los pacientes ni de sus médicos, ni siquiera de sus familiares, ni de las asociaciones que defienden sus intereses. Es un problema de todos y entre todos tenemos que resolverlo.

Los médicos hemos perdido el control de los recursos sanitarios y no podemos resolver los problemas de los pacientes si no disponemos de los medios, materiales y personales, necesarios para ello. Los pacientes, sus familias y las asociaciones que los acogen realizan una magnífica tarea pero no pueden suplir con su voluntarismo los importantes recursos necesarios para resolver los problemas y las importantes reformas estructurales imprescindibles en nuestro sistema sanitario.

Para resolver el problema es necesario que pacientes y familiares, profesionales, administración y sociedad civil se unan en un esfuerzo coordinado y sin precedentes, es decir, de la misma categoría que el desafío al que hacemos frente.

Además, los avances que han tenido lugar en el terreno de otras enfermedades han permitido una disminución de la mortalidad para las enfermedades más tradicionales y un alargamiento de la esperanza media de vida de la población y la sustitución de las enfermedades tradicionales como causas más importantes de invalidez y muerte, por las enfermedades neurológicas.

No corren los mejores tiempos para planificar de forma óptima el futuro, en primer lugar porque nuestras sociedades occidentales se encuentran en un período de crisis económica y en segundo término porque la actual estructura sanitaria está cuestionándose su propia validez.

Es evidente que ante este panorama muchos problemas no podrán resolverse, pero siempre será mejor mirarlos de frente que esconder la cabeza debajo de la tierra y pretender que no existen.

A continuación exponemos aquellas **líneas generales que postulamos como elementos clave que permitan una mejor planificación de nuestra actividad.**

1. **Supresión de barreras.** La excesiva compartimentalización de los servicios y de los hospitales y la falta de integración entre los distintos niveles asistenciales origina desajustes que motivan por un lado evidentes ineficiencias en la gestión de

recursos (como la pérdida de información, incremento de las esperas por parte de los pacientes, innecesarias duplicidades en pruebas diagnósticas y consultas médicas, etc.), provoca recelos, tensiones y malestar en los profesionales sanitarios y descontento para parte de la población que ve como sus problemas de salud tardan en ser correctamente gestionados, con la gran tensión, intranquilidad y desasosiego que esto genera.

La falta de coordinación se verá reflejada en problemas de accesibilidad y de seguimiento de los procesos entre los diversos niveles asistenciales, así como demoras excesivas en la atención y problemas en la resolución y continuidad asistencial de las patologías que presentan.²

El crecimiento de nuestro sistema sanitario ha ido acompañado de una fragmentación en los servicios. Una vez que se desarrollaron los hospitales se inició la reforma de la atención primaria, ello condujo a la consolidación de dos grandes compartimentos en los que se presta la atención sanitaria: uno, el de la atención primaria/centros de salud, otro la atención especializada/hospitales. En este sentido, la escasa coordinación entre ambos niveles asistenciales es uno de los principales problemas del servicio sanitario.

² Verdes L. **Organización de servicios asistenciales**. E+D. Santiago de Compostela, 2012.

Pero la fragmentación asistencial se ha ido produciendo también en el hospital, entre los propios especialistas que, aunque comparten historia clínica, tienden a focalizar su actuación únicamente en lo que parece ser de su competencia, en detrimento de una visión holística del paciente. Esto genera interconsultas entre especialistas de procesos, añadidos al motivo de consulta, que deberían ser valorados por el propio médico de atención primaria, y tiene como consecuencia, la redundancia de procedimientos, exploraciones no siempre necesarias y también la polimedicación.³

Para evitar lo anterior las enfermeras/os deben cobrar un protagonismo en la atención ambulatoria y el control de los pacientes neurológicos con patologías crónicas complejas como la esclerosis múltiple, ELA, etc. Siendo la enfermera la profesional que puede realizar un mejor seguimiento del paciente, facilitando un control ágil de las diferentes patologías de acuerdo a protocolos consensuados con los diferentes especialistas, realizando una labor de educación sanitaria, resolución de dudas y problemas, evitando duplicidades de pruebas, coordinando el proceso asistencial y velando por la correcta adhesión al tratamiento farmacológico.

³Arias I, Bugarín R, Bustamante M, Castillo J, Castro Beiras A, Diz-Lois F, López Ramón y Cajal C, Salgado M, Sánchez Lastres JM. **Informe sobre el mantenimiento de la salud y la seguridad y calidad de la asistencia sanitaria en el sistema público.** Consellería de Sanidade, 2012.

Para mejorar la atención es necesaria una mejor coordinación entre atención primaria y atención especializada. Para ello la organización debe contar con la participación de profesionales de ambos niveles asistenciales, debe identificar los procesos médicos, elaborar programas con protocolos compartidos o circuitos asistenciales, en los que se deben definir las actuaciones en cada situación y la creación de indicadores para valorar la calidad del proceso y que sirvan para ir mejorando la eficiencia.

Los procesos deben iniciarse, de manera habitual, en atención primaria y retornar a la atención primaria. La medicina especializada debe prestar de manera eficaz el servicio que el paciente necesita, cuando es enviado por su médico para confirmar o buscar un diagnóstico, y ha de volver a su médico de atención primaria que es el que tiene que hacer el seguimiento del paciente.

En el hospital los cambios deberán ocurrir, además de la ya mencionada relación con la atención primaria, en dos frentes: en la organización interna y en la relación con otros hospitales. Internamente se debe caminar hacia la interdisciplinariedad y con respecto a otros hospitales hacia el trabajo en red para compartir recursos.

La atención hospitalaria se organiza actualmente en torno a especialidades que prestan su asistencia a través de un Servicio. La asistencia queda fragmentada, al constituirse un sistema de “cajas” donde cada servicio atiende a “sus” pacientes.

Sin embargo, el paciente y sus padecimientos muy frecuentemente precisan ser abordados por la confluencia de distintos profesionales que pertenecen a distintos servicios.

En este caso la atención tiende a ser realizada de manera secuencial; el paciente va pasando de un servicio a otro. Aunque muchos padecimientos precisan de la actuación simultánea de profesionales provenientes de diferentes disciplinas, la solución es “ajustar” la organización al paciente.

En resumen, es importante crear modelos de atención integrados que eliminen barreras entre servicios, buscando sinergias que aporten valor y eviten redundancias al compartir los recursos de los servicios o áreas de conocimiento que convergen en la atención.

En lo que se refiere a las relaciones entre hospitales se debe caminar hacia servicios y unidades que superen los límites estrictos del hospital, para integrarse en una red asistencial. Se trata de que se compartan unidades de diagnóstico y tratamiento que al concentrar acciones y conocimiento optimicen los recursos y mejoren la calidad y resultados de la asistencia.

Los médicos del hospital deberán pertenecer contractualmente al área sanitaria correspondiente, pero las **Redes Terciarias** deben abarcar a toda la Comunidad. Incluyen centros de referencia para patologías especiales que requieren personal experto en su realización y que para mantener ese grado de habilidad o suficiencia necesita realizar un número mínimo de actuaciones anuales.

El principio de la universalidad de la atención médica no debe implicar la fragmentación de las estructuras sanitarias. La accesibilidad al sistema sanitario no es sinónimo de proximidad, especialmente si se cuenta con un adecuado sistema público de transporte sanitario asistido. Las nuevas tecnologías permiten acceder a las pruebas diagnósticas (centralizadas) a través de medios informáticos que han demostrado su validez y utilidad.

Por lo tanto, la racionalización en la atención sanitaria de procesos asistenciales agudos y crónicos que requieran personal capacitado y debidamente entrenado y tecnología compleja y costosa, debería regirse por cuatro principios:⁴

- a) Estratificación de la atención sanitaria. El paciente tiene que vehiculizarse al centro en el que le puedan facilitar la mejor atención, según la complejidad del proceso. Asimismo, los centros de mayor capacitación deben facilitar el apoyo necesario que permita evitar desplazamientos innecesarios y costosos. El apoyo de las unidades de referencia permitiría suprimir guardias de algunos especialistas y facilitar la promoción profesional de grupos más pequeños.
- b) Universalización de las unidades de referencia. Las unidades deben ser del sistema sanitario, no de un determinado centro. La gestión de esas unidades debe ser compartida por todos los centros que de forma regular la utilicen.
- c) Adaptabilidad a los medios. Las unidades se desarrollarán en dónde haya medios, humanos y materiales, para crearlas o potenciarlas, pero no al revés. De esta forma se incrementaría la eficiencia de las actuales y se evitaría el gasto de crear nuevas unidades de eficacia cuestionable.

⁴ Goodwin N, Peck E, Freeman T, Posaner R. *Managing across diverse networks of care: lessons from other sectors. Policy report to the NHS.* Programme, Health Services Management Centre. University of Birmingham, 2004.

- d) Flexibilidad de las estructuras sanitarias. Todo esto sólo será posible con estructuras sanitarias flexibles que permitan la plasticidad de su funcionamiento de acuerdo con necesidades siempre en constante evolución.

También desde el ámbito de la gestión se deben buscar fórmulas que traten de preservar el sistema y sus valores de calidad, equidad y gratuidad, asegurando una financiación adecuada que garantice su sostenibilidad.⁵

Los objetivos de la gestión integrada y por procesos son principalmente: situar al paciente como centro de la asistencia, proporcionándole continuidad asistencial; integrar los actuales servicios de atención primaria y del hospital, integrando la actividad asistencial de los profesionales clínicos y unidades operativas e integrando también los distintos componentes del sistema, estructuras de gestión, gestión financiera, calidad y sistemas de información; potenciar la eficiencia; mejorar la accesibilidad e incrementar la calidad de la asistencia.

2. **Modificación de los objetivos asistenciales.** El sistema sanitario está fundamentalmente centrado en la asistencia, en el diagnóstico clínico, en el tratamiento y en la gestión de las enfermedades crónicas. Este enfoque es excesivamente costoso y dudosamente eficaz. Es preciso modificar

⁵Verdes L. Cfr. Op. Cit. Pág. 38.

progresivamente los objetivos y potenciar no sólo la prevención de la enfermedad, sino la promoción de la salud.

La promoción de la salud consiste en proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.⁶ Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales y biológicos pueden intervenir bien a favor o en detrimento de la salud.

El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud. La política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos si bien complementarios, entre los que figuren la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos.

⁶*Carta de Ottawa para la promoción de la salud.* Organización Mundial de la Salud, 2000.

Nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos. El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud.

La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos, los grupos comunitarios, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos. El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la nueva responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible y respete las necesidades culturales de los individuos.

La reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria, así como a los cambios en la educación y la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo.

3. **Adecuación del especialista a un nuevo entorno.**

Una comisión de la Organización Médica Colegial (OMC) ⁷ ha elaborado un informe en el que se afirma que *“el modelo actual de hiperespecialización y fragmentación de la atención en múltiples consultas es económicamente inviable y se propone la promoción de una medicina generalista.”*

Aunque es cierto que existe una especialización muy fragmentada y poco coordinada, la pérdida de los beneficios del conocimiento especializado en la investigación clínica, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y su conversión en una pura medicina generalista multiusos sería un error irreparable que nos retornaría a la medicina de la primera mitad del siglo XIX.

La medicina especializada ha contribuido en su mayor parte al desarrollo de la calidad de la asistencia médica. Los estándares de la calidad asistencial que disfrutamos en la actualidad difícilmente se podrían haber conseguido sin el desarrollo de las especialidades médicas y quirúrgicas. Y tampoco puede aceptarse fácilmente que esta medicina es más costosa que una atención de un nivel de especialización inferior.

⁷ OMC. Informe de una Comisión ad hoc. Santiago de Compostela 2013.

Sin embargo es necesario redimensionar el modelo actual hiperespecializado a un entorno más integrado en un continuo entre la atención primaria y la especializada.

La regulación de la demanda es una necesidad si deseamos optimizar los recursos destinados a la asistencia neurológica. Existe entre un 10 y un 25% de casos con patología no neurológica que son remitidos a la consulta de Neurología.⁸ Un plan de regulación de la demanda debería ir emparejado a un método de evaluación de los resultados, de modo que se garantizara que dicha regulación no consistiera realmente en poner más obstáculos al ciudadano para alcanzar una buena asistencia para su problema. En este proceso de regulación la educación neurológica de los no neurólogos juega un papel fundamental.⁹ Para regular la demanda deben abordarse varias cuestiones:

- ✓ Qué pacientes deben ser remitidos a Neurología:
 - El neurólogo debe atender los casos con patología neurológica que el médico de Atención Primaria (u otro agente remitidor) no pueda resolver o necesita instrucciones o ayuda neurológica para atender adecuadamente.

⁸ *Plan estratégico nacional para el tratamiento integral de las enfermedades neurológicas*. Cfr. Op. Cit. Pág. 35.

⁹ De Toledo M et al. *Guías de actuación en cefaleas y mareos para médicos de familia: análisis de su repercusión en la frecuentación de una consulta extrahospitalaria de Neurología*. Neurología 1999; 14:102-106.

- Sería conveniente que para las patologías más prevalentes se elaboraran conjuntamente (Atención Primaria y Neurología) unos criterios explícitos de derivación. La utilización de la e-consulta puede ser resolutive.
- ✓ Qué pacientes deben ser controlados por el neurólogo:
 - El neurólogo debe controlar los pacientes con patología neurológica que, por su complejidad, requieran una especial capacitación profesional u organización de la asistencia.
- ✓ Cuándo debe ser dado de alta del servicio de Neurología un paciente:
 - Deberían diseñarse criterios explícitos de alta de la consulta de Neurología, de modo que pudiera medirse la eficiencia de la gestión.
 - Al darle de alta, un informe detallado con los consejos para su seguimiento por Atención Primaria y con las alarmas que deben motivar su reenvío es imprescindible.

Se propone las siguientes indicaciones para estratificar la atención neurológica en los distintos niveles asistenciales:

- ✓ Procesos que deberían estar centralizados en centros terciarios (basados en el número de pacientes, necesidad de personal altamente cualificado y necesidad de tecnología de coste elevado):
 - Trastornos complejos del movimiento.
 - Epilepsia refractaria.
 - Patología cerebrovascular compleja aguda y crónica.
- ✓ Procesos que deberían estar localizados en un número limitado de hospitales con ayuda de una unidad de referencia central:
 - Ictus isquémico agudo (< 4,5 h desde el inicio de los síntomas; descartar pacientes que presenten síntomas al despertar).
 - Hemorragia subaracnoidea.
 - Hemorragia intracerebral inestable.
- ✓ Procesos que deben ser atendidos por neurólogos en cualquier nivel del sistema sanitario:
 - El neurólogo debe atender los casos con patología neurológica que el médico de Atención Primaria (u otro agente remitir) no pueda resolver o necesita instrucciones o ayuda neurológica para atender adecuadamente.
- ✓ Procesos que deberían estar centralizados en Atención Primaria (con e-consulta opcional o previa consulta

especializada); para estos pacientes el neurólogo debería estar a disposición del médico de Atención Primaria a las horas y días previamente acordadas.

- Epilepsia no refractaria, cefaleas primarias no complicadas, deterioro cognitivo leve, dolor de espalda, radiculalgias.
- Procesos neurológicos menores (inestabilidad, mareos).
- Algas, parestesias, disfagias, debilidad general o focal, dislalias, acúfenos, diplopías, trastornos visuales, hipoacusias.

4. *Integración en procesos multidisciplinares.*

Uno de los objetivos de la Estrategia del SERGAS 2014¹⁰ define la necesidad de establecer la asistencia sanitaria centrada en el paciente, para lograr la continuidad asistencial, la integración de niveles asistenciales y una gestión eficiente, contando con la participación de todos los profesionales implicados.

En pacientes con procesos crónicos o complejos, el modelo asistencial clásico obliga al paciente a una peregrinación entre diversos especialistas –incluso pertenecientes al mismo servicio- y facultativos a diferentes niveles del sistema sanitario.

¹⁰ *Estrategia SERGAS 2014*. Cfr. Op. Cit. Pág. 37.

A estas alturas parece existir un acuerdo unánime en que la forma de trabajo más creativa y de mayor rendimiento es la basada en equipos multidisciplinares y el trabajo en equipo.

El trabajo en equipo en un medio sanitario consiste en un grupo compuesto por profesionales cuyo fin es el paciente, en donde la mayoría de las personas trabajan en interacción con otras, y en la que, en la gran parte de los casos, los resultados dependen de lo bien que las personas que trabajan juntas sean capaces de conjugar sus esfuerzos.

La relación de profesionales eficaces individualmente no es suficiente para asegurar la eficacia del equipo. El individualismo de sus miembros, los objetivos contrapuestos, las normas deficientes de realización y las metas y objetivos poco claros constituyen, a veces, grandes obstáculos.¹¹

El trabajo en equipo sólo puede ser productivo si hay un espíritu de equipo sólido y positivo. Los miembros del equipo deben ser capaces de integrar sus esfuerzos para conseguir el objetivo. La clave de un buen trabajo en equipo es la participación efectiva.

¹¹Maddax R. *Cómo formar un equipo de trabajo: Liderazgo en acción*. Madrid, 2000.

El trabajo en equipo en un hospital es un proceso plural. No lo puede realizar una sola persona. Cada miembro aporta un conjunto personal de conocimientos, destrezas, valores y motivaciones.

Para que un equipo en un hospital alcance un estado de sinergia es necesaria la participación, ya que esta es el aspecto esencial de la productividad, la creatividad y la satisfacción. Si se bloquea, parte de los recursos del equipo permanecen inutilizados.

El desarrollo de estas agrupaciones de profesionales, ricas en creatividad, es posible porque se forma en torno a una “tarea”. La organización pasa de un trabajo individualizado a un trabajo en equipo multidisciplinar, con el objetivo de hacer una apertura hacia la comunidad y un acercamiento al entorno de los pacientes.¹²

Muchos de los “supuestos” equipos multidisciplinarios no son más que agrupaciones de profesionales de distintas disciplinas que comparten un espacio durante su jornada laboral; en estas circunstancias su utilidad es mínima.

¹²Chicarro F. *El equipo multidisciplinar: ¿realidad o expresión de un deseo?* Norte de Salud Mental 2007; 27:95-100.

El equipo multidisciplinar ha de demostrar que es más que la suma de sus componentes, que está adecuadamente liderado, con objetivos bien definidos, con las vías determinadas y con procedimientos validados para medir sus resultados.

5. *Integración en Áreas de Gestión.*

Uno de los objetivos de la Estrategia SERGAS 2014¹³ consiste en impulsar la creación de estructuras organizativas de gestión clínica multidisciplinarias que, implicando a los profesionales en la gestión y en la toma de decisiones, centren el foco de su atención en el paciente, en los procesos asistenciales integrados y en la gestión de los recursos.

La creciente complejidad de la atención sanitaria ha llevado a un aumento de costes tan importante que, debido a la limitación de los recursos disponibles, se ha convertido en una de las preocupaciones básicas de los políticos y de los administradores y ha conducido a lo que se ha dado en llamar la reforma sanitaria.¹⁴

¹³ *Estrategia SERGAS 2014*. Cfr. Op. Cit. Pág. 35.

¹⁴ De Orbe Rueda A et al. *Guía de gestión de los servicios de radiología*. SERAM.Madrid, 2011.

Esta reforma parte del concepto de considerar la asistencia sanitaria como un producto empresarial más, viéndose la sanidad como un mercado no muy diferente de otros mercados más tradicionales, sobre todo por ciertos administradores. Ser o no entendida como un mercado, es cierto que la actividad sanitaria se ha caracterizado por estar muy desorganizada.

Por ello los sistemas sanitarios de los países occidentales están inmersos en un proceso de modernización y cambio de estructuras, con una implicación cada vez mayor de los profesionales en la gestión eficaz de los recursos.

La necesidad de una gestión eficaz ha producido cambios muy importantes en todos los aspectos de la medicina y ha creado, lógicamente, cierta conmoción entre los profesionales.

Durante demasiado tiempo los profesionales y los mismos administradores han hecho pocos esfuerzos por aprender gestión sanitaria, habiendo dirigido todos ellos a adquirir y mantener sus conocimientos científicos. El impacto de esta necesidad ha producido cambios muy importantes en todos los aspectos de la medicina y ha promovido la aparición de conceptos y términos específicos desconocidos para muchos profesionales.

La gestión clínica constituye un proceso de rediseño organizativo que incorpora al profesional sanitario en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica organizando toda la actividad alrededor de procesos asistenciales basados en las mejores evidencias científicas. Persigue facilitar la atención integral al paciente, mejorar la seguridad y la calidad de las intervenciones, favorecer la accesibilidad y la continuidad de la atención reduciendo su fragmentación y los tiempos de transferencia entre unidades asistenciales.

La gestión clínica permite descentralizar progresivamente las decisiones sobre la gestión de los recursos utilizados en la práctica clínica y dotar a las unidades asistenciales de la capacidad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades en beneficio del paciente dentro de un marco de recursos limitado y por lo tanto promocionar su autonomía y responsabilidad en línea.

Los objetivos de mejora de la coordinación asistencial y organización centrada en el paciente a través de vías y guías clínicas exigen la promoción de unidades de gestión clínica tanto en atención primaria como en atención especializada.

La gestión establece sus funciones en el entendimiento entre culturas contrapuestas, por un lado se encuentra el clínico cuyo enfoque y motivación está centrado en la atención al paciente y por otro las organizaciones sanitarias cuya razón de ser es asegurar que se den las condiciones necesarias para alcanzar la efectividad clínica, que dé como resultado la mejora en la calidad de la atención sanitaria respaldada en la mejor evidencia posible.¹⁵

Las funciones de la gestión clínica se ven limitadas por la toma de decisiones de todos los involucrados, los recursos sanitarios dependen en un 70% de las decisiones clínicas,¹⁶ lo que se convierte en sustento suficiente para que la gestión clínica centre sus funciones en facilitar la toma de decisiones generando alternativas válidas en las distintas dimensiones que se estructura la organización sanitaria.

Para extender este modelo organizativo resultan capitales:¹⁷

- Un nuevo liderazgo directivo basado en el liderazgo profesional y de gestión que sea capaz de impulsar a los miembros del equipo hacia la búsqueda de la mejora continua, incorporando las mejores

¹⁵ Foot C et al. *Service-line management. Can it improve quality and efficiency?* TheKing'sFund, 2012.

¹⁶ Ortún V. *Claves de gestión clínica*. En, *Gestión clínica y sanitaria: de la práctica a la academia, ida y vuelta*. Masson. Barcelona, 2003.

¹⁷ Decreto 66/2009 de 14 de julio, *por el que se regula la estructura y funcionamiento de las áreas y unidades de gestión clínica del Servicio de Salud del Principado de Asturias*. Boletín Oficial del Principado de Asturias, nº 170, 2009.

evidencias científicas en cuanto a eficacia y eficiencia de las intervenciones y que promueva cambios en la organización del trabajo en beneficio del paciente dentro de un marco definido de recursos.

- Una definición clara y precisa de objetivos de resultados clínicos y económicos, recogidos en un acuerdo de gestión clínica, que identifique la producción clínica y los costes a ella asociados, el grado de autonomía de gestión, así como los incentivos asociados al cumplimiento del acuerdo de gestión clínica y de los mecanismos para asignarlos.
- Un sistema de información corporativo que de soporte y que permita una clara evaluación del grado de cumplimiento del acuerdo de gestión clínica suscrito entre las partes y de los elementos de la práctica clínica susceptibles de mejora.

La clave del éxito de la gestión de determinadas áreas precisa un cambio de paradigma de forma armónica que incluye la responsabilidad **compartida** en la toma de decisiones, aunque los objetivos de cada grupo van a ser diferentes:¹⁸

¹⁸ De Llano J, Pinto S. **Gestión clínica, ¿qué es? Y ¿para que sirve?** En, Raigada MF (ed), Gestión clínica. Fundación Gaspar Casal. Madrid, 2011.

V.- PROCESOS ONCOLÓGICOS

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en España. En España es la segunda causa de muerte (en 2008 se atribuyeron a este grupo de enfermedad un total de 104.054 muertes, que supone el 27% sobre el total), la primera causa (40% sobre el total) de años potenciales de vida perdidos así como uno de los principales motivos de frecuentación hospitalaria, causando el 9% de los ingresos y el 12% de las estancias en los hospitales españoles con estancias medias prolongadas (9 días de promedio).

El proceso diagnóstico y la combinación de las diferentes terapias en cáncer requiere de la intervención de varios servicios e incluso varios hospitales por lo que es cada día más complejo. Además necesita de la implicación de un creciente número de especialistas y profesionales de la salud incluyendo un gestor de casos que vele por el cumplimiento del plan diagnóstico y terapéutico además de cuidar de las necesidades específicas de cada paciente.

Sin embargo, es muy frecuente asistir a una fragmentación de la trayectoria asistencial debido en gran medida a problemas de comunicación y falta de coordinación que incluso en ocasiones se traducen en duplicidades asistenciales.

Por ello es necesario mejorar la planificación y organización de los servicios sanitarios. Existen oportunidades de mejora en aspectos relacionados con la organización y gestión asistencial de la atención a los pacientes con cáncer en España, en relación con la continuidad asistencial, el diagnóstico y estadificación, la decisión terapéutica, la variabilidad en la práctica y resultados y el volumen asistencial..

La perspectiva de una atención integral y continua (AIC) debe destacar por su capacidad de lograr que la atención no sea tanto una secuencia lineal como un proceso global liderado por un equipo, a veces, operando a través de diferentes niveles de complejidad.

En un contexto de gestión de patologías oncológicas frecuentes, costosas y clínicamente complejas, es prioritario profundizar en la especialización de los profesionales y equipos por ámbito tumoral para ofrecer un abordaje integral que cubra las diferentes necesidades de los pacientes.

La organización y la gestión de muchos hospitales, sin embargo, no suele reflejar esta dimensión por basar los procesos de atención en servicios hospitalarios con una organización a veces rígida y poco permeable a la comunicación transversal.

Cuatro son los ámbitos sobre los que vale la pena hacer recomendaciones con el objetivo de mejorar la coordinación y lograr una atención con menos costuras:

1) Equipos de Atención Multidisciplinar (EAM)

2) Especialización y concentración

3) Coordinación con Atención Primaria

4) Centros de Referencia y Redes asistenciales

1) Equipos de Atención Multidisciplinar (EAM)

La toma de decisiones óptima en el diagnóstico, tratamiento y apoyo de los pacientes con cáncer se asocia cada vez más con los equipos de atención multidisciplinar (EAM).

De hecho, la Estrategia en Cáncer del SNS establece como objetivos que cada centro se integre en una red asistencial oncológica, así como promover que los centros de referencia establezcan mecanismos de participación de los profesionales de los centros de su red asistencial en la elaboración de los protocolos y guías de práctica clínica.

Entre las recomendaciones básicas para el funcionamiento de los EAM se incluyen las siguientes:

- Establecer comités de tumores en cada centro y patología para evaluar todos los casos diagnosticados y/o tratados por los especialistas implicados en el proceso de diagnóstico y tratamiento. El acceso de los pacientes a comité debe tener lugar en la fase diagnóstica.

- El acceso temprano de los pacientes a los EAM debe permitir que se seleccione el tratamiento más adecuado en función de la valoración preoperatoria de imágenes y resultados de anatomía patología.

Tras la estadificación, el consenso del equipo y el consentimiento del paciente son necesarios en la elaboración de un plan de tratamiento basado en la evidencia. La fragmentación de las puertas de entrada (servicios o unidad diagnóstica que recibe las derivaciones) debe evitarse si ello entraña que una fuente “propia” de pacientes constituya un elemento de control en el proceso por parte de algunos profesionales o servicios, produciéndose en ese caso variabilidad en la práctica médica para un mismo perfil de pacientes.

- Debido a los mecanismos de consenso que los EAM efectivo implican, incluyendo la verificación de que las decisiones son consistentes con la evidencia disponible, el fomento de EAM es imprescindible para garantizar la toma de decisiones clínicas apropiadas. Los acuerdos entre especialistas deben tomar la forma de decisiones consensuadas y vinculantes.

- Las funciones de cada profesional se deben definir, en especial la de coordinador del comité de tumores. Aunque hay diferentes enfoques para mejorar la coordinación del proceso de atención, la implementación de un modelo de gestión de casos centrado en enfermería también debe considerarse en el marco de los EAM.

- En el camino hacia la efectividad de los servicios sanitarios y una rendición de cuentas más sistemática caben algunas acciones directivas en la línea de favorecer los sistemas y procesos que apoyan la toma de decisiones clínicas. Las diferencias observables (organizativas, de alcance asistencial) entre equipos, dentro de un mismo hospital, invitan a las direcciones a homogeneizar los avances producidos en aras de la equidad.

Dada la “libre” organización de los equipos multidisciplinarios, se presenta la necesidad de desarrollar mecanismos que aseguren la transferencia de las mejores prácticas (nuevos roles, bases de datos y sistemas de evaluación, apoyo de secretaría, uso de componentes informáticos, etc.). La Comisión central de tumores, presente en todos los hospitales, parece el organismo adecuado para armonizar los cambios y hacer de correa de transmisión entre equipos/patologías.

En estos equipos de atención multidisciplinar las enfermeras gestoras de casos del paciente oncológico, son claves para la coordinación de todos los procesos asistenciales que el paciente requiere, siendo su referente y consultor, además de su gestora para planificar las diferentes pruebas que precisa, la citación con los diferentes especialistas, la educación sanitaria y la resolución de dudas, evitando ingresos innecesarios, facilitando el proceso a los pacientes oncológicos y siendo el nexo de unión con el resto del equipo asistencial.

2) Especialización y concentración

Una de las principales propuestas de los expertos europeos es la de considerar la concentración de procedimientos de complejidad elevada y baja frecuencia en centros de referencia debidamente evaluados. El fundamento es que el mayor volumen de casos realizado por un mismo centro sanitario se puede asociar con mejores resultados clínicos como consecuencia de la experiencia obtenida por el conjunto de profesionales implicados.

Los criterios para establecer centros de referencia son de doble naturaleza: disponer de una 'n' mínima de casos con anterioridad a la instrucción, que es variable según cada procedimiento y tumor, y el cumplimiento de unos criterios organizativos y asistenciales como centro de referencia, entre los que destacamos:

- Disponer de un volumen de casos suficiente y establecer una red asistencial con los centros del territorio que obligue a compartir el proceso del paciente y su seguimiento según sus necesidades clínicas.
- Tener los recursos diagnósticos, terapéuticos y de soporte adecuados para el proceso asistencial en el ámbito específico.
- Contar con profesionales de las especialidades implicadas en el cáncer que se atiende con experiencia en un ámbito específico oncológico.
- Configurar el trabajo de los profesionales en equipos de atención multidisciplinaria, siguiendo un modelo de trabajo en comités de tumores y unidades multidisciplinarias.
- Disponer de protocolos asistenciales basados en las guías de práctica clínica, cuando éstas estén disponibles.
- Incluir la investigación clínica como un elemento integral del proceso.
- Evaluar los resultados clínicos con auditores externos.
- Identificar un responsable del proceso único.

Los procedimientos quirúrgicos que se incluirían en esta medida son: la cirugía con intención radical de cáncer de esófago, páncreas, pulmón, estómago y recto, así como la de metástasis hepáticas.

Los tumores de baja frecuencia que se concentrarían son: los sarcomas, tumores neuroendocrinos, germinales de alto riesgo, primarios de hígado y vías biliares, neurooncológicos y pediátricos, así como los trasplantes de progenitores hemopoyéticos.

Es importante destacar sin embargo que con la organización territorial actual y el modelo autonómico la movilización de pacientes de unos centros a otros o de unas CCAA a otras con frecuencia es difícil; sin embargo, creemos que por encima de la zona geográfica donde viva un determinado paciente, debe primar la calidad asistencial de su proceso oncológico.

3) Coordinación con Atención Primaria

Con frecuencia existe una falta de coordinación entre los niveles de Atención Especializada y la Atención Primaria, que redundaría en dificultades para los pacientes.

Para ello la organización debe contar con la participación de profesionales de ambos niveles asistenciales, debe identificar los procesos médicos, elaborar programas con protocolos compartidos o circuitos asistenciales,

en los que se deben definir las actuaciones en cada situación y la creación de indicadores para valorar la calidad del proceso y que sirvan para ir mejorando la eficiencia.

Los procesos deben iniciarse, de manera habitual, en atención primaria y retornar a la atención primaria, teniendo una comunicación directa con el Equipo Multidisciplinar que trate a un determinado paciente.

4) Redes asistenciales oncológicas: el caso de los tumores raros

Las necesidades de coordinación entre los diferentes niveles de complejidad (en el marco de la atención especializada) ha estimulado la proliferación de enfoques organizativos que suponen implementar canales formales de cooperación entre los diferentes proveedores de una determinada área geográfica.

Las redes asistenciales oncológicas basadas en profesionales, reforzados a su vez por acuerdos hospitalarios y políticas regionales, han constituido un enfoque organizativo en algunas regiones europeas, y en España en alguna CCAA como Cataluña.

La naturaleza multidisciplinar de la atención al cáncer exige que cualquier modelo asistencial basado en una red hospitalaria que deba desarrollarse cuente con nodos operativos capaces de cooperar más allá del propio servicio y hospital.

En este caso, por nodos operativos entendemos los equipos de atención multidisciplinar (especializados por patología en centros terciarios), ya están consolidados en muchos centros. Así, la cohesión interna y la colaboración rutinaria en equipo multidisciplinar facilitarían su traslado a nivel de red. En Europa, los procesos que han derivado en la creación de redes asistenciales han implicado repensar (y en algunos casos, reconfigurar) los servicios oncológicos desde una perspectiva de red, si bien manteniéndose autónomas las organizaciones que conforman la misma.

La red conlleva en su desarrollo establecer niveles de intervención clínica en función de procesos asistenciales definidos y evaluados centralizadamente por la misma red, lo que permite planificar regionalmente los servicios sanitarios sobre la base de la necesidad clínica efectiva y no en relación con la actual oferta de servicios.

Este aspecto es especialmente crítico por implicar potenciales cambios en la oferta de servicios de los hospitales y en la capacidad de tratamiento de los profesionales. Sin embargo, la dinámica de elevada complejidad y necesidad de especialización que caracteriza la atención oncológica no permite mantener el actual modelo basado en la homogeneidad en la oferta y, por extensión en muchos casos, la desigualdad en términos de resultados de salud y eficiencia en la gestión de recursos.

La existencia de una red permite una gestión coordinada de un mismo proceso clínico, lo que en algunos casos, debido a la evolución del conocimiento y a la constatación de determinados resultados u objetivos de gestión, puede conllevar centralizar patologías (o segmentos de tratamiento en algunos centros, por ejemplo, una técnica quirúrgica) y en otros casos una “devolución” de competencias (por ejemplo, con el seguimiento de pacientes).

De este modo, es posible gestionar los recursos sanitarios (incluyendo las competencias clínicas de los profesionales) por una lógica de red más allá de la lógica de servicio o centro. Un escenario de este tipo permite acumular mayores masas críticas de pacientes y sentar las bases para mejorar la práctica clínica y, en el medio plazo, conectar profesionales más especializados con los ámbitos de la investigación y la docencia con mayor facilidad.

En la estructuración de estas redes hospitalarias puede ser necesario clarificar explícitamente el posicionamiento de las organizaciones que las conforman en términos de su papel en la provisión de servicios oncológicos:

- Elevado coste, o elevada complejidad; centros altamente centralizados/pocos centros, por ejemplo, en el trasplante de células madre

- Servicios de alta complejidad; centralizados a nivel regional, por ejemplo, cáncer de cabeza y cuello, oncología ginecológica o tumores raros
- Servicios de alto volumen proveídos a partir de un modelo no concentrado pero que requiere coordinación para hacer frente a las diferentes necesidades de los pacientes, por ejemplo, en la atención a la mayor parte del cáncer de mama, colorrectal y próstata
- El potencial de colaboración inter-organizativo (a través de redes, partenariados o convenios) puede tenerse en cuenta también al considerar que los procedimientos complejos puedan ser llevados a cabo por especialistas que trabajan en diferentes sitios de una misma red hospitalaria (más o menos formal).
- Un modelo de red podría ser identificado para la cooperación regional (red de cáncer, centros de cáncer y satélites locales, etc.), respetuoso de la distribución de la *expertise* profesional y garantizando la igualdad de acceso a la alta calidad de la atención.

La Directiva Europea de Asistencia Sanitaria Transfronteriza (Directive 2011/24/EU), recientemente adaptada a la legislación nacional, establece la creación de los denominados *European Reference Networks*, que actuarán como centros de referencia (CdR) europeos para enfermedades raras, entre las cuales se encuentra un número significativo de tumores.

Este hecho obliga a países como el nuestro a plantearnos si tenemos centros que puedan competir en experiencia clínica, investigación y capacidad de formación en un entorno multidisciplinario, como solicita la directiva. Indudablemente, esta dimensión europea de la concentración de terapias es un aspecto que ha de considerarse cuando se habla de esta decisión de política sanitaria y orienta claramente hacia la necesidad de disponer de centros de referencia con capacidad para competir en un entorno europeo.

Varios países están considerando los problemas que plantean los tumores poco frecuentes en términos de complejidad del proceso diagnóstico y terapéutico de una manera específica con el fin de hacer frente a los desafíos planteados por la singularidad de la mayoría de estos tumores de baja frecuencia. Los tumores poco frecuentes podrían ser definidos como aquellos con una incidencia $\leq 6/100,000$.

Los principales puntos críticos en esta materia son los siguientes:

- Representando aproximadamente una quinta parte de todos los tumores, los cánceres raros son a la vez una preocupación sumamente pertinente que las pacientes con cáncer de Europa y uno que no puede ser fácilmente abordados sin la unión de fuerzas. La cifra de 20% de los cánceres raros incluye cánceres sólidos adultos (16%), enfermedad hematológica maligna (4%) y los tumores pediátricos malignos (menos del 1%).

- Cada uno de estos grupos se distingue por las características específicas y las necesidades de los pacientes, lo que requiere la participación de las diversas especialidades médicas.
- Los modelos desarrollados para los cánceres raros también son interesantes en el estudio de los cánceres frecuentes, especialmente cuando las características moleculares definen subgrupos de pacientes que pueden responder a terapias dirigidas. Por lo tanto, subconjuntos de cánceres raros pueden ser determinados dentro de la categoría más amplia de tumores frecuentes de acuerdo con la expresión de biomarcadores específicos.

La iniciativa de los tumores raros en Europa impulsadas por la ESMO y ECPC ha propuesto una lista de criterios para hacer frente a este grupo de tumores que podrían ser revisados con el fin de establecer las prioridades en esta área (<http://www.rarecancerseurope.org>).

La baja incidencia es un obstáculo importante para la realización de ensayos clínicos y el desarrollo de tratamientos efectivos. Una forma de superar este obstáculo sería el establecimiento de CdR para cánceres raros y grupos internacionales de colaboración con centros de la red en toda la UE para lograr con ello la estructura organizativa necesaria, masa crítica y pacientes para la realización de ensayos clínicos, el desarrollo de diseños de estudio alternativos y enfoques metodológicos para la experimentación clínica y mejorar la precisión y la estandarización de los procedimientos de estadificación para los cánceres raros.

Se deben evaluar los resultados clínicos de los centros asistenciales como un indicador de calidad clave para los pacientes atendidos y para que se pueda evaluar el impacto de su propia acción asistencial.

Por otro lado, la información sobre las alternativas asistenciales y sus resultados son elementos clave para que el paciente ejercite su derecho a decidir la opción más compatible con sus valores y forma elegida de vida y esto debe ser tenido siempre en cuenta. Esta información se refiere, al menos, a tres ámbitos: información pública sobre los resultados de los procedimientos que se ofertan, normalización del proceso de decisión de los procedimientos y derecho a información precisa y completa de los procedimientos, incluyendo riesgos y beneficios, tanto precoces como tardíos.

VII. APORTACIONES DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA¹⁹

Desde el punto de vista de la profesión enfermera se considera necesario destacar su papel fundamental de colaboración en el desarrollo de los procesos asistenciales, contribuyendo así a una atención integral y continuada a los pacientes. Hay que tener en cuenta que las enfermeras ejercen de eslabón con los pacientes que requieran cuidados constantes y/o necesiten asistencia domiciliaria.

En especial se señalan las siguientes consideraciones en los ámbitos de atención primaria, especializada, socio sanitaria, y domiciliaria.

- **Colaboración en el ámbito de la Atención Primaria.**

Destacaríamos la figura de la enfermera de enlace o gestora de casos que contempla un entorno centrado en la persona y no en la enfermedad, promueve la autonomía como pilar para la recuperación funcional y reincorporación a la comunidad, garantiza el máximo bienestar, minimiza el sufrimiento de pacientes y familiares, fomenta la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes, y asegura la continuidad de cuidados. Gestiona también las necesidades de los cuidadores de estos pacientes dependientes. Sus funciones son las de tutelar la asistencia sanitaria prestada a estos usuarios, detectar sus necesidades y articular los servicios que presta la Administración Sanitaria y adecuarlos a las demandas de estos pacientes.

La enfermera de enlace o gestora de casos, tiene que estar presente en cualquiera de los niveles asistenciales que el paciente crónico pueda necesitar a lo largo de su proceso.

En el caso de pacientes polimedicados habrá que tener en cuenta la colaboración de las enfermeras con los distintos profesionales, dentro del ámbito de sus respectivas competencias.

¹⁹ OMC expresa su desacuerdo con el contenido de este apartado

- **Colaboración en la Atención Especializada.**

En Atención Especializada es clave que las unidades de hospitalización sean reconocidas como unidades de cuidados, y sean organizadas en base al cuidado y no como especialidades médicas. Tener unidades de enfermería por necesidades de cuidados, esto nos permitiría adaptar los recursos humanos a las verdaderas necesidades asistenciales de los pacientes y optimizar la gestión de recursos humanos, es decir pasaríamos a tener unidades de cuidados con niveles de cuidados máximos, intermedios, medios y mínimos y ajustaríamos las necesidades de cuidados a los ratios de profesionales de pacientes enfermeros más óptimos mejorando el sistema.

Por otro lado estaría la necesidad de incorporar y flexibilizar unidades de enfermería diferentes a las convencionales abiertas las 24 horas todos los días del año, y potenciar unidades de hospitalización de semana, de corta estancia y de alta resolución, esto permite ajustar también los recursos humanos a las verdaderas necesidades asistenciales y hacer una gestión eficiente de costes.

- **Colaboración en patologías prevalentes (Cardiología, Oncología, Neurología)**

En la atención especializada es fundamental contar con las figuras de enfermera gestora de casos y competencia avanzada, son enfermeras referentes de alta especialización que coordinan equipos multidisciplinares y son la cabeza visible cara al paciente para dar la máxima agilidad y resolución a los problemas de salud de alta complejidad, como ejemplos pueden ser la gestora de casos en heridas crónicas, gestora de casos en cáncer de mama, gestora de casos en esclerosis múltiple, esto relanzaría la figura de los profesionales de enfermería posicionando a la enfermera en un papel central de referencia en el cuidado a pacientes complejos

- **Colaboración en el ámbito socio-sanitario**

Desde la Perspectiva Sociosanitaria la enfermería tiene un papel protagonista ya que los pacientes socio-sanitarios y familiares lo que precisan fundamentalmente es cuidados y permanente soporte enfermero.

La promoción de la salud, el autocuidado, el papel de las familias y el de los profesionales son factores determinantes para la sostenibilidad de la atención socio- sanitaria.

La gestión de casos jugaría un papel clave en este modelo como aparece en el informe de coordinación y atención sociosanitaria.

En atención primaria médicos y enfermeras deben identificar a los paciente crónicos, con pluripatologías, demencias avanzadas, etc. susceptibles de atención sociosanitaria para que tengan una atención precoz y evitar complicaciones.

- **Colaboración en la atención domiciliaria**

El ámbito de la Atención Domiciliaria debe adquirir más protagonismo ya que desde el punto de vista de la calidad asistencial percibida por el paciente tiene máxima importancia, y también se pueden conseguir ventajas relacionadas en cuanto a los costes de la atención disminuyendo las estancias en los hospitales de agudos.

El modo en el que se organiza la visita domiciliaria está recogido en los programas y protocolos de cada área de salud, y el instrumento para la realización por parte de los EAP de una atención domiciliaria correcta y organizada es el Programa de Atención Domiciliaria (PATDOM). La actuación de estos equipos y sus respectivos profesionales, entre ellos la

enfermería en un papel destacado, se muestra indispensable para una correcta valoración de la eficacia de dichas intervenciones.

Este servicio se puede ofertar de dos formas diferentes:

- Lo que conocemos como VD a demanda y que se produce cuando existe una situación de asistencia sanitaria indeminable en el ámbito domiciliario; en general está relacionada con la aplicación de cuidados de tipo técnico, y que suelen ser situaciones transitorias de pérdida o disminución del estado de salud.
- La VD programada, entendida ésta como un conjunto de actividades dirigidas a la prevención, promoción y atención de las necesidades de cuidados que requieren el paciente o la familia.

VIII APORTACIONES DESDE LA PERSPECTIVA FARMACEUTICA

Para contribuir a una atención integral y continuada en los procesos asistenciales, se recogen a continuación algunas aportaciones desde la visión de los farmacéuticos.

1. Colaboración en el ámbito de la Atención Primaria

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la *Declaración de Alma Ata*, apostó en 1978 por un modelo sanitario accesible y equitativo, basado en la **Atención Primaria de la Salud** y donde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad constituían los componentes fundamentales para mejorar la salud de la población. A pesar de ello, tradicionalmente los sistemas sanitarios han estado orientados hacia la atención a corto plazo y a la resolución de problemas de carácter agudo, prestándose poca atención a estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La Atención Primaria es el primer nivel del Sistema Sanitario donde los pacientes presentan sus problemas y donde la mayoría de la población recibe respuesta a sus necesidades en lo referente a curación, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En el Informe sobre Salud Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2008 se recogía la necesidad de brindar servicios sanitarios cercanos a la población y ofrecer una asistencia centrada en la población y equitativa. La Atención Primaria debe ser universalmente accesible, estar centrada en las personas y ofrecer servicios sanitarios y comunitarios integrales, proporcionados por un equipo de profesionales responsable de dirigir la gran mayoría de las necesidades sanitarias personales.

La Farmacia Comunitaria en la Atención Primaria de Salud

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) llevan años elaborando documentos en los que se describe la función del farmacéutico y de la farmacia dentro de los sistemas de salud:

- 1988 - (Delhi): 1ª Reunión OMS sobre el papel del farmacéutico. Se empieza a hablar sobre la función del profesional farmacéutico en el sistema sanitario.
- 1993 - (Tokio): 2ª Reunión OMS sobre el papel del farmacéutico: “Informe sobre el papel del farmacéutico en el Sistema de Atención a la Salud”. FIP adopta la guía “Buenas Prácticas en Farmacia: Normas de calidad de servicios farmacéuticos” conocida como la “Declaración de Tokio”
- 1997- (Vancouver): 3ª Reunión OMS sobre el papel del farmacéutico. FIP aprueba el “Documento Conjunto FIP/OMS sobre Buenas Prácticas en Farmacia”
- 1998 – La Haya (Holanda): 4ª Reunión de la OMS sobre el papel del farmacéutico.
- 2006: FIP en colaboración con OMS publica el manual práctico “Desarrollo de la práctica de Farmacia centrada en la atención al paciente”
- 2010 - (Lisboa): FIP/OMS adoptan “Directrices conjuntas FIP/OMS sobre Buenas Prácticas en Farmacia” y “Declaración política sobre práctica colaborativa”.
- 2013 - (Dublín): “Declaración Política FIP sobre el uso efectivo del farmacéutico en la mejora de la salud materno-infantil”

La Farmacia y el farmacéutico comunitario son pieza indispensable dentro del equipo de Atención Primaria de la Salud. Por su accesibilidad y cercanía a los pacientes y a la sociedad, es, en muchas ocasiones, puerta de acceso al sistema de salud.

La farmacia comunitaria ofrece servicios profesionales farmacéuticos centrados en el paciente, además de la dispensación de medicamentos, de forma continuada.

La promoción de la salud y prevención de la enfermedad son otras de las funciones que desarrolla la Farmacia Comunitaria, siendo estratégica su implicación en las políticas de salud pública. Además, el farmacéutico comunitario trabaja en colaboración, en atención especializada, con los farmacéuticos hospitalarios, desarrollando conjuntamente un papel importante en la conciliación de los tratamientos.

La red asistencial de farmacias en España se caracteriza por:

- Su proximidad y accesibilidad a los pacientes, sin cita previa, ni listas de espera 24 horas al día, 365 días al año.
- Su integración en el Sistema Sanitario.
- La confianza del paciente en el farmacéutico.
- El conocimiento del farmacéutico: profesional sanitario que aporta soluciones en relación con los medicamentos, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, etc.

2. Colaboración en el ámbito de la Atención Especializada

En el ámbito de la Atención Especializada para promover la atención integral y continua, el farmacéutico de hospital tiene un papel imprescindible participando de forma coordinada con los médicos especialistas de hospitales en los protocolos de tratamiento (Guías de Práctica Clínica) de los procesos hospitalarios que requieran medicamentos y productos sanitarios. Estos protocolos deben incluir criterios de eficiencia en el tratamiento farmacológico.

El médico es el profesional sobre el que recae la responsabilidad de la prescripción de los medicamentos. Una vez realizada esta, el farmacéutico de hospital, siempre de manera coordinada con el prescriptor, se ocupa del tratamiento del paciente de forma continuada, sistematizada y documentada (elaboración del informe farmacoterapéutico): intervención en el ajuste posológico de la dosis mediante la monitorización farmacocinética, control de interacciones, reacciones adversas, medicación concomitante, elaboración y adecuación del tratamiento a las características propias de cada paciente, e información al paciente. Además es fundamental su labor en la conciliación de la medicación e información al alta de los pacientes.

Otra de sus funciones es estudiar junto con el médico responsable las propuestas de utilización de medicamentos fuera de indicación antes de su prescripción e información al paciente, y solicitar, en su caso la autorización como medicamento en condiciones especiales. Es muy importante también el papel del farmacéutico de hospital en el seno de las comisiones de farmacia y terapéutica de los hospitales, participando en el establecimiento de políticas de utilización de medicamentos, y haciendo una evaluación y posicionamiento de los medicamentos y productos sanitarios.

Además, el servicio de farmacia hospitalaria, para garantizar la administración adecuada de medicamentos se coordinará con el personal de enfermería, asesorando también sobre la adecuada conservación y almacenamiento, preparación, tolerancia, adaptación, administración, etc.

3. Otros aspectos de la colaboración farmacéutica en la Atención Integral y Continuada

En general, la Farmacia Comunitaria se encuentra en una situación de transversalidad que le permiten implicarse en aquellas situaciones en que tiene lugar una utilización de medicamentos y productos sanitarios y en las que se ven implicados aspectos relacionados con la salud pública, sobre todo cuando éstos tienen que ver con la promoción de la salud, incluyendo en este campo, la prevención de la enfermedad y la educación sanitaria.

Asimismo, las funciones que la normativa reserva a los farmacéuticos se encuentran descritas en disposiciones de rango estatal y autonómico. (Ley 16/1997, 44/2003, 29/2006, y leyes autonómicas de ordenación farmacéutica).

Además, la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud²⁰ recoge la necesaria colaboración de las farmacias con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica, recordando la actuación coordinada con el resto de profesionales sanitarios.

Las farmacias, definidas por la legislación como establecimientos sanitarios privados de interés público, prestan servicios básicos a la población, entre otros:

- La adquisición, custodia, conservación y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios.
- La información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes, velando por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción, y cooperando en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica.

²⁰ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE-A-2003-10715. Págs. 20567 – 20588.

- La colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos, a fin de detectar las reacciones adversas que puedan producirse y notificarlas a los organismos responsables de la farmacovigilancia.
- La colaboración en los programas que promuevan las Administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria.
- La colaboración con la Administración sanitaria en la formación e información dirigidas al resto de profesionales sanitarios y usuarios sobre el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- La actuación coordinada con las estructuras asistenciales de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

Nuevas competencias del farmacéutico comunitario

Los últimos cambios en el escenario competencial tanto español como europeo están reconociendo unas competencias profesionales que se encuentran ligadas más directamente con:

- la promoción de un **uso responsable de los medicamentos**
- una mayor implicación en labores de **Salud Pública**

La Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de noviembre de 2013 por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) n° 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior («Reglamento IMI»), amplía con nuevas actividades, las funciones del farmacéutico como profesional sanitario. Con la nueva Directiva se amplían las competencias con las actuaciones de vigilancia de la Salud Pública, y con el desarrollo de actividades dirigidas a mejorar el uso responsable de los medicamentos.

- **Uso responsable de los medicamentos**

Los medicamentos, a pesar de ser seguros, eficaces y de calidad no están exentos de poder producir reacciones adversas, interacciones, contraindicaciones en ciertas patologías, etc. El farmacéutico proporciona información y consejo para que el paciente haga un uso responsable del medicamento y así conseguir maximizar resultados en salud y minimizar la aparición de riesgos asociados, con servicios como el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico.

Además, en el contexto de envejecimiento y cronicidad, el farmacéutico tiene papel muy importante en su relación con el paciente para favorecer la adherencia a los tratamientos prescritos, en cooperación con el resto de profesionales sanitarios.

Como ejemplos concretos de coordinación entre centros de salud y farmacias se señalan:

- Realización del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes susceptibles de alcanzar los mayores beneficios de este servicio, seleccionados por médicos de AP, enfermeras o farmacéuticos, según protocolos establecidos con este objetivo.
- Acciones concretas de las que existen ejemplos, tanto en España como en otros países:
 - Potenciar el autocuidado de los pacientes mediante la profundización en el servicio de Indicación Farmacéutica, lo que se traduce en una disminución de las visitas a los Centros de salud originadas por patologías banales (signos y síntomas autolimitados).
 - Protocolos consensuados con AP, para contribuir a la descarga de la sobrecarga de trabajo en las consultas, en diferentes situaciones como, a modo de ejemplo:
 - Infecciones de tracto urinario (ITU) de repetición, como los que realizan farmacias acreditadas en países como el Reino Unido.

- Consultas de dolor de garganta, mediante el despistaje de enfermedad bacteriana causada por estreptococo del grupo A, utilizando el Streptotest®.
 - Cálculo del riesgo cardiovascular (RCV) en pacientes susceptibles de tenerlo elevado bajo demanda del Centro de Salud, o según protocolos consensuados.
 - Detección de Clamidia y posterior tratamiento con Azitromicina, como se viene realizando en farmacias acreditadas en países como el Reino Unido.
- Abordaje de sistemas de medida y mejora de la adherencia a los tratamientos, así como de mejora del proceso de uso de los medicamentos con el objetivo de alcanzar mejores resultados en salud consecuencia de una utilización más correcta de los medicamentos.

- **Salud Pública**

La Salud Pública es una labor en la que están involucrados todos los profesionales sanitarios que participan en actuaciones relacionadas con actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

Históricamente, los farmacéuticos han trabajado en este campo desde distintos ámbitos como son la educación para la salud, la seguridad alimentaria, la sanidad ambiental, la formación e investigación, la gestión sanitaria, los laboratorios de salud pública o desarrollando funciones de inspección, todo ello contando con el respaldo legal necesario.

La participación de las farmacias en programas e iniciativas de Salud Pública, en coordinación con el resto de las estructuras sanitarias, representa también un enorme beneficio para la salud de los ciudadanos. En este sentido, la Ley 33/2011, General de Salud Pública reconoce expresamente a la red de farmacias españolas como establecimientos sanitarios colaboradores de los procedimientos que se establezcan para una coordinación efectiva de las actividades de salud pública que se desarrollen en un área sanitaria determinada con las realizadas en atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria y los servicios de prevención que realizan la vigilancia de la salud.

Como ejemplos concretos de coordinación entre centros de salud y farmacias se señalan:

- Colaboración en programas de cesación tabáquica.
- Acciones orientadas a la salud pública como la participación de los farmacéuticos comunitarios en programas de cribados, algunos ya en marcha (detección de cáncer de colon, detección temprana del virus del sida (VIH), detección de sífilis en población HSH, etc.)
- Protocolos consensuados orientados a la detección de patologías ocultas y a la evaluación de parámetros para contribuir a la monitorización de diferentes enfermedades crónicas: determinación mediante química seca de diferentes parámetros como glucosa, colesterol, etc., además de medidas de la presión arterial en la farmacia, promoción de la automedida domiciliaria de la presión arterial (AMPA) desde la farmacia comunitaria, la utilización de MAPA en colaboración con el médico de AP, control de peso, etc.
- Participación en campañas de información vacunal en lo relativo a la importancia sobre su aplicación para prevenir enfermedades, calendario de vacunación, uso y conservación correcta, etc.

4. Colaboración en el ámbito sociosanitario

Uno de los grandes retos que se presentan a los sistemas sanitarios es el progresivo aumento de la esperanza de vida acompañado en ocasiones de cronicidad, pluripatología y, por tanto, polimedicación. En consecuencia, las administraciones sanitarias están poniendo en marcha estrategias para favorecer el envejecimiento activo y saludable – mediante la prevención y promoción de la salud –, estrategias dirigidas a los pacientes crónicos y polimedificados, y estrategias encaminadas a favorecer una atención socio-sanitaria integral y continua.

A los efectos del presente informe, a modo de ejemplos concretos en este ámbito, cabe señalar los siguientes:

- Coordinación en relación a pacientes crónicos, frágiles o dependientes. Ejemplos:
 - Programa de ayuda a la Mejora del Uso de los Medicamentos en usuarios de los servicios de ayuda domiciliaria de los servicios sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV).
 - Atención a las necesidades de medicamentos en los centros socio-sanitarios en los que el farmacéutico comunitario, además de facilitar la administración de la farmacoterapia a los pacientes, por ejemplo, mediante la preparación de Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD), o contribuir a la mejora de la adherencia a los tratamientos de los pacientes institucionalizados, puede colaborar con el médico de familia en la realización de revisiones de la medicación y en la identificación de medicamentos inapropiados utilizando diferentes metodologías como la utilización de la clasificación de Beers o la de Stopp-Start, como ya sucede en muchos casos.
 - Colaboración en la elaboración de Guías farmacoterapéuticas geriátricas para la racionalización de la prescripción y utilización de medicamentos.

5. Colaboración en la atención domiciliaria

La capilaridad de la red de farmacias en España supone una oportunidad para prestar servicios a los pacientes dependientes a través de la atención domiciliaria. En un 90% de los casos los pacientes dependientes residen en sus domicilios, y un 74% de los pacientes necesitan ayuda para tomar sus medicamentos. Asimismo, los estudios revelan que los pacientes dependientes demandan servicios socio-sanitarios de teleasistencia, servicios de ayuda domiciliaria, etc.

Por ello es necesario potenciar la atención farmacéutica domiciliaria desde la farmacia comunitaria y la teleasistencia, promoviendo acuerdos entre las administraciones sanitarias, responsables de los servicios de ayuda domiciliaria, impulsando la mejora en el uso de los medicamentos y productos sanitarios, revisión de la medicación y del botiquín, seguimiento farmacoterapéutico, nutrición enteral o dietoterápicos. Dichos acuerdos definirán los criterios para la incorporación de los pacientes a programas de atención farmacéutica domiciliaria, y los requisitos que deberán cumplir las farmacias que deseen intervenir en dichos programas.

6. Colaboración en el ámbito de la e-salud

La utilización de las TIC favorece una reducción de costes sanitarios, evita duplicidades, facilita la gestión de la información, la coordinación de los profesionales sanitarios, la continuidad asistencial y permite un mejor control de la salud y del tratamiento de las enfermedades. En la actualidad la utilización de las TIC es imprescindible para afrontar retos como el tratamiento de enfermedades crónicas, envejecimiento de la población, dependencia, multimorbilidad, prevención y promoción de la salud, sostenibilidad y eficacia de los sistemas sanitarios, etc. A este respecto, desde la perspectiva farmacéutica, se considera imprescindible:

- Potenciar canales de comunicación entre los profesionales sanitarios y el acceso compartido entre los profesionales sanitarios, (médicos, enfermeros, farmacéuticos, etc.) al historial farmacoterapéutico del paciente, dentro de la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud, en el que se incluyan todos los medicamentos que está utilizando (con y sin receta, ámbito público y privado).
- Interoperabilidad del sistema de receta electrónica en todo el Estado, incluyendo a la totalidad del sector público (SNS, mutualidades, etc.) y ámbito privado, tanto a nivel nacional como europeo, con el objetivo de facilitar a los pacientes el acceso a una asistencia sanitaria transfronteriza.
- La e-Salud y el desarrollo de herramientas de teleasistencia y telemonitorización favorecerán también una actuación profesional del farmacéutico en el ámbito de sus competencias.

IX. APORTACIONES DESDE LA PERSPECTIVA SOCIO-SANITARIA ANTE PATOLOGÍAS PREVALENTES

La atención sociosanitaria integrada y continuada como respuesta a patologías prevalentes: cardiología, neurología y oncología.

Un proceso asistencial es un conjunto de actuaciones dirigidas a dar una respuesta integral a las necesidades de un paciente como sujeto activo desde una perspectiva multidisciplinar y coordinada, para garantizar la continuidad en su asistencia.

La dinámica de trabajo por procesos asistenciales nació, entre otros motivos además, como una política activa de calidad asistencial, por la necesidad de disminuir la variabilidad en la práctica clínica cada vez más compleja y especializada, de garantizar la continuidad de la asistencia y, sobre todo, de lograr que los pacientes recibieran un servicio personalizado y de calidad que responda a sus necesidades y expectativas.

El trabajo por procesos no es ajeno a la organización de los servicios. Y ésta ha cambiado significativamente en los últimos años en el sector sanitario: por ejemplo, con el modelo de gestión clínica, gestión de competencias, el modelo de áreas de gestión integrada (atención primaria y atención hospitalaria o, el referido en este documento, el modelo de trabajo en red.

Los cambios no solo han sido internos, sino que el sector sanitario también se enfrenta a un reto no resuelto aún, el de avanzar decididamente en la atención integral y continuada de forma externa, con el sector de la atención social.

Si bien el ámbito del presente documento se ha ceñido a tres tipos de patologías prevalentes como son la cardiología, la neurología y la oncología, existen otras patologías relevantes (por ejemplo, las cerebrovasculares, entre otras).

Asimismo, es importante en este contexto adoptar un enfoque global, no solo centrado en un punto de vista sanitario y dentro de éste, exclusivamente hospitalario. Si bien esta perspectiva es de una destacada relevancia, es imprescindible abordar esta problemática de forma integral, incluyendo otros enfoques también esenciales: la atención centrada en la persona, la atención primaria, el desarrollo de los cuidados, la prevención y la promoción de la salud, el abordaje de la cronicidad, la atención sociosanitaria, etc.

En este sentido, el enfoque para el rediseño de la estructura de servicios debería tener presente:

- El marco en el que se desenvuelve
- Cada vez será menor la proporción y cantidad de cuidados informales (familiares) y mayor la necesidad de cuidados de larga duración, sanitarios, sociales y socio-sanitarios
- Es imprescindible mejorar la eficiencia en la transferencia de servicios sanitarios y servicios de atención social, en tiempo, en forma y en recursos, propios y compartidos, específicos y conjuntos
- Es necesario establecer sistemas de información y de evaluación, con enfoques conjuntos y compartidos, orientados tanto a las políticas de calidad y acreditación, como al enfoque de orientación a resultados.

En definitiva, en el contexto actual, los rediseños de especialidades médicas o de procesos asistenciales deben considerarse en el marco de **un rediseño compartido y común entre el sector de atención sanitaria y el de atención social e involucrar a todos los actores implicados, incluyendo a los destinatarios de la atención, parte activa del proceso**. En este sentido, deberían tenerse en cuenta los aspectos psicosociales y de calidad de vida, así como los derechos y la capacidad de decisión de los pacientes y sus familiares, con el objetivo de ofrecer la atención necesaria y deseada por ellos.

De otra parte, también hay que tener en cuenta determinados planteamientos a modo de para un estilo de vida saludable en pacientes con patologías cardiológicas, neurológicas y oncológicas:

La adopción de un estilo de vida activo y saludable es crucial para prevenir la aparición de un gran número de patologías, a la vez que mejorar el pronóstico de las mismas e incrementar la calidad de vida de las personas que las padecen. El rol de los profesionales de la salud en la recomendación de hábitos de vida saludable en función de las necesidades de cada persona es por ello muy relevante.

Es esencial seguir una dieta equilibrada y con la aportación de los nutrientes necesarios en cada caso; mantener una buena hidratación; realizar ejercicio de forma constante y moderada, adaptada a cada situación; mantener una buena higiene personal; eliminar la ingesta de tóxicos como el tabaco o el alcohol; mantener un buen equilibrio mental, reduciendo el stress y adoptando unos adecuados hábitos de sueño; mantenerse activo socialmente y cuidar las relaciones personales.

También es importante seguir las recomendaciones de vacunación como instrumento de prevención de enfermedades que podrían complicar patologías crónicas.

Por último, igualmente es importante tener presentes determinados aspectos relacionados con los cuidados paliativos y la atención al final de la vida

En efecto, el abordaje interprofesional y el trabajo colaborativo de profesionales sanitarios y sociales, cuidadores, familiares y pacientes, en el proceso de fin de vida es un ámbito en el que es necesario poner énfasis. Procurar la satisfacción de las necesidades físicas, sociales, emocionales y espirituales del paciente, debe ser el eje de la atención integral y humana de los equipos profesionales multidisciplinares de atención. Y ello, con la colaboración y el apoyo de y para los pacientes y sus familiares, incluyendo el apoyo en el proceso de duelo.

La profesionalidad en este ámbito radica cada vez más en tener conocimiento de estas necesidades y sus límites, una habilidad de gestionarlos y una actitud abierta y comprensiva, para ofrecer un trato digno y centrado en la persona. En definitiva, en adoptar una visión más humanista e integradora, que requiere de la formación necesaria de los profesionales en este ámbito.

Sanitaria dos mil

X. CONCLUSIONES

1. Trabajar en equipo, tal como quiere la LOPS, es muy importante para el buen funcionamiento del Sistema Sanitario, pero no lo es menos trabajar en red.
2. Trabajar en red significa establecer entramados entre centros y promover relaciones que conecten profesionales y les hagan partícipes de los recursos asistenciales disponibles, independientemente del centro en el que se encuentren.
3. El trabajo en red debería comprender el Sistema Sanitario en su conjunto, esto es, abarcando tanto el sector público como el sector privado, para garantizar así la atención integral y continuada en los procesos asistenciales.
4. La atención integral y continuada dentro del Sistema Nacional de Salud es uno de los principales desafíos al que es preciso dar respuestas, ya que así se contribuirá a mejorar la calidad asistencial en favor del paciente y permitirá lograr una mayor eficiencia en la gestión, lo que, a su vez redundará en mayor fortaleza y en la sostenibilidad del Sistema Sanitario.
5. Para la consecución del objetivo de una atención integral y continuada se requiere fomentar la colaboración activa entre **TODOS LOS NIVELES ASISTENCIALES**, así como la **COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA**.
6. Es necesario promover una nueva cultura organizacional en el Sistema Sanitario.
7. Para el éxito del trabajo en red en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, es indispensable contar con el respaldo del Consejo Interterritorial y con la implicación de todos los profesionales, que habrían de participar en la elaboración de protocolos de actuación
8. Para facilitar el desarrollo del trabajo en red es fundamental contar con la colaboración activa de los pacientes.

2 de junio de 2015