Continuidad asistencial y coordinación entre niveles. ¿Algo más que lugares comunes?

S. Minué Lorenzo

Médico de familia. Profesor. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

Hablaba Witgensttein sobre la conveniencia en ocasiones de retirar de la circulación alguna que otra expresión del lenguaje para mandarla limpiar antes de usarla de nuevo... Palabras gastadas y lugares comunes. Aquellas que, de tanto usadas, apenas significan nada.

Desde hace ya unos cuantos años, no existe reforma sanitaria o documento de innovación organizativa en España que no aluda a la coordinación asistencial como uno de los objetivos ineludibles del sistema sanitario. Sin embargo, 20 años después del inicio de la reforma de la Atención Primaria (AP) en España, la coordinación asistencial sigue presentando deficiencias importantes. Hasta la fecha, las iniciativas realizadas para la mejora de la coordinación se han centrado en el diseño de protocolos, el establecimiento de criterios de derivación más o menos consensuados, o las reuniones de direcciones o profesionales de ambos niveles; pese al tiempo transcurrido siguen publicándose trabajos donde se pone de manifiesto la falta habitual de cumplimentación (por parte de especialistas y generalistas) del documento que cada servicio sanitario tiene establecido para el intercambio de información. Aun reconociendo que el problema no es exclusivo de España[1], sí parece evidente que no se ha avanzado en esta dirección tanto como en otros retos a los que se enfrenta el Sistema Nacional de Salud.

¿De qué hablamos cuando aludimos a la coordinación, la continuidad y demás tópicos? Obviamente no nos referimos a lo mismo; sirva de ejemplo la revisión que Haggarty et al realizaban en el BMJ[2] en relación con el concepto de la *continuidad* de cuidados y su definición: no siempre se entiende lo mismo desde ámbitos diferentes, tales como la AP, Enfermería o Salud Mental. Ni tampoco nos referimos en los mismos términos dentro de nuestro sistema o mejor *sistemas sanitarios españoles*.

En este empeño terminológico nos podemos aproximar a la cuestión desde dos puntos de vista: la perspectiva de cada protagonista (paciente, generalista, especialista), y la dimensión en que lo situemos (tiempo y espacio).

Desde el primer enfoque, el paciente aspira a resolver sus problemas de la forma más definitiva posible, en el menor tiempo, con el menor coste personal (efectos adversos, tiempo empleado, dinero...), y con las interrupciones o disrupciones mínimas en todo el proceso de la atención sanitaria. Y además de ello, disponiendo de toda la información que él decida conocer, en especial si prefiere participar activamente en la toma de decisiones sobre su salud. En definitiva, espera recibir *continuidad en su atención:* en la revisión citada se identifica como elemento clave de la continuidad su *carácter individual*: no sería por tanto un atributo de proveedores u organizaciones sino de individuos: *cómo el paciente experimenta la coordinación o la integración de los servicios que recibe.*

Para conseguir este objetivo de continuidad, el sistema sanitario está obligado a coordinar sus intervenciones. Habitualmente intercambiamos los conceptos de continuidad y longitudinalidad. Aunque el término sea lo de menos, conviene diferenciar lo que señalaría el término *longitudinalidad*, esto es la presencia y uso regular de una fuente de asistencia, la coordinación a lo largo del tiempo (procurar mantener un médico y/o enfermera estable a lo largo de la vida del paciente, en definitiva), de lo que abarcaría el concepto de *coordinación* asistencial, es decir la disponibilidad de información sobre las intervenciones realizadas a un paciente independientemente del lugar donde se hayan producido, lo que de alguna forma sería la coordinación en los diferentes *espacios* en que un paciente recibe atención. Las dos son atributos clave para que la Atención Primaria sea efectiva pero, además, sin coordinación el resto de dichos atributos (accesibilidad e integralidad) pierden gran parte de su potencia[3].

¿Cómo se valora la coordinación desde los distintos ámbitos? El especialista mantiene una posición a veces contradictoria respecto a la AP. Ha de reconocerse (y así lo hacen a veces especialistas o gestores hospitalarios) que la coordinación con AP no deja de ser uno más de los múltiples problemas a los que debe enfrentarse un hospital o un especialista: la mayor parte de los sistemas sanitarios siguen siendo claramente hospitalocéntricos y el nuestro, lejos de revertir esa tendencia, parece aumentarla[4]. En relación con la coordinación, su principal expectativa es la de que el médico de primaria sea un "filtro efectivo" que le proteja de la sobrecarga de pacientes, de tener que atender a pacientes no indicados, de la generación de colas; a menudo se queja (y a veces con razón) sobre la falta de formación y criterio de los generalistas. En otras ocasiones lo que demanda de la AP es la resolución de los trámites pre-

Correspondencia: S. Minué Lorenzo.
Escuela Andaluza de Salud Pública.
Cuesta del Observatorio, 4. Campus Universitario de Cartuja.
Aptdo de correos 2070.
18080 Granada.

vios a su atención (realización de pruebas diagnósticas, por ejemplo) de lo cual indudablemente podría beneficiarse el paciente. Pero otras veces, paradójicamente, cuando el médico de cabecera tiene formación, experiencia y criterio, y resuelve la mayoría de los problemas de salud en su ámbito de conocimiento, también puede verse *amenazado* en su propio papel como profesional (o en la de los residentes de su servicio): la reivindicación de la atención a ciertas patologías (diabetes, ictus...) por determinados especialistas o unidades puede ser muestra de ello.

A diferencia de los especialistas, para la AP la mejora de la coordinación con el resto del sistema es un elemento esencial, no accesorio. Sin acceso a procedimientos diagnósticos disminuye la capacidad del médico de cabecera de dar servicios integrales, de resolver problemas en definitiva; si no recibe información sobre la atención realizada por el especialista, disminuye su capacidad de usarla para abordar problemas de salud, además de deteriorarse su valoración como profesional de utilidad para el paciente.

En definitiva, además de un problema conceptual, la coordinación es también un problema de perspectivas: *"en medicina general los pacientes permanecen y las enfermedades vienen y van; en los hospitales las enfermedades permanecen y los pacientes vienen y van"* (Kvamme). Y si los objetivos son diferentes las dificultades para coordinarse eficazmente aumentan.

Barbara Starfield identifica dos condiciones necesarias para que la coordinación funcione. La primera es de carácter estructural: *disponer de información sobre los problemas previos del paciente y las intervenciones realizadas por el sistema* (el registro en la historia clínica, en un informe, en un sistema de registro, en un programa informático). Pero de nada vale la información si no se cumple la segunda: *utilizar esa información para tomar decisiones sobre los problemas de los pacientes.* Tener historia clínica, aunque sea electrónica, mejores protocolos, criterios de derivación con una mayor base científica, sirven de poco si los profesionales no pueden usarla (dificultades de acceso habitual, complejidad del procedimiento) o no quieren hacerlo.

Siguiendo a Ortún, "el buen funcionamiento de un sistema sanitario necesita de profesionales que dispongan de información, pero también de incentivos para hacer bien lo que hay que hacer"[5]. Hasta ahora no han existido incentivos poderosos para el cambio cultural de registrar, compartir y utilizar información para la atención coordinada a los pacientes. El especialista no dispone de incentivos potentes para actuar de otra manera respecto al médico de familia: si acude al centro de salud para sesiones o interconsultas, rellena los informes o aplica los criterios consensuados es por una decisión personal y voluntaria. Para el médico de AP la cumplimentación de la información para el especialista es más que nada un requisito, pero no existe tiempo ni alicientes profesionales para asumir el papel que debería desempeñar, el de ser capaz de preocuparse activamente por el deambular del paciente por el sistema o incluso acompañarle en el mismo: experiencias tan interesantes como la de disponer de médicos de familia en los hospitales (de lo cual es muestra el proyecto SPICA en Tenerife) no dejan de ser proyectos aislados, por desgracia no suficientemente apoyados ni diseminados.

Los requerimientos de continuidad asistencial de los pacientes, lejos de disminuir aumentarán en el futuro: aumentará la comorbilidad[6] así como la complejidad de las necesidades de asistencia; más allá de los requerimientos de libertad de elección, disminución de esperas, simplificación de trámites, será cada vez más necesario potenciar los aspectos relacionados con la coordinación *integral* de la asistencia: alguien que coordine toda la asistencia recibida por distintos profesionales en diferentes lugares, actuando como agente y asesor del paciente, modulando sus expectativas, facilitando la interpretación de la información, en ocasiones inevitablemente contradictoria, y acompañándole (¿por qué no? personalmente) en su tránsito por el sistema; y de forma especial, protegiéndole de procedimientos perjudiciales aunque puedan ser recomendados por algún experto.

La posición de la AP ante ese reto es privilegiada. La mayor parte de las reformas en nuestro entorno avanzan en la dirección de reforzar el papel de la AP en el sistema sanitario[7]. Aumentar la capacidad electiva respecto al especialista, condicionando su trabajo como consultor en función de su cercanía, colaboración y disponibilidad podría incentivar otro tipo de comportamientos diferentes de los existentes hasta la fecha entre los especialistas. En este sentido, la integración virtual (mediante compra de servicios especilizados), o real, mediante integración de proveedores dirigidos desde la AP, podría facilitar la consecución de ello.

En el ámbito de la AP se necesitan nuevos compromisos relativos a una mayor autonomía (disponibilidad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos para una mayor resolutividad, mejor dimensionamiento de la población asignada y nuevas formas de organización del trabajo para nuevas formas de atención –domicilio, centro, a distancia, en el hospital...–, nuevas modalidades de relación laboral) pero también a una mayor responsabilidad sobre las decisiones tomadas. Sólo si los pacientes comprueban la utilidad de poder contar con profesionales que coordinen sus necesidades sanitarias, la AP podrá optar a desempeñar un papel de referencia en el sistema sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kvamme OJ, Olesen F, Samuelsson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQuiP). Qual Health Care. 2001;10:33-9.
2. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 2003; 327:1219-21.
3. Starfield S. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
4. Simó J. Gérvas J, Seguí M, de Pablo R, Domínguez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, Cenicienta Europea. Aten Primaria. 2004;34:472-81.
5. Ortún V. Claves de gestión clínica. En: Ortún V, editor.Gestión clínica y sanitaria. De la práctica clínica a la academia, ida y vuelta. Barcelona: Masson; 2003.
6. Starfield B. Primary and speciality care interfaces: the imperative of disease continuity. Br J Gen Pract. 2003;53(494):723-29.
7. Rico A, Saltman R. ¿ Un mayor protagonismo para la atención Primaria? Reformas organizativas de la atención primaria de salud en Europa. Revista de Administración Sanitaria. 2002;4:39-67.