

Novos retos na xestión sanitaria na Atención Primaria

Ventosa Rial, J.*; Domínguez González, N.**

*Consultorio de Urdilde (CS de Rois). **Técnico de Saúde da Xerencia de A.P. da Coruña

CAD. ATEN. PRIMARIA 2005; 12: 197-201

INTRODUCCIÓN

O real Decreto 137/1984, do 11 de xaneiro, sobre estruturas básicas de Saúde, supuxo o comezo da reforma da Atención Primaria en España. Desto xa van 21 anos.

Baseándose nos principios de universalidade, equidade, gratuidade e calidade; o sistema sanitario en xeral a través dos servizos de Saúde nas distintas comunidades autónomas sufriron unha transformación constante da consulta de dous horas e media, pasáronse aos equipos de Atención primaria, establecéronse os programas asistenciais e mais tarde as carteiras de servizo, que, xunto coa progresiva informatización dos centros é o uso da tarxeta sanitaria individual, supoñen cambios importantes na xestión da historia clínica do paciente. Ademais, debeu adaptarse, aos novos retos, expectativas, avances e cambios sociais que se foron producindo ao longo destes anos tanto na sanidade como na sociedade en xeral.

En Galicia coa aprobación do R.D. 200/1993 do 29 de xullo créanse os servizos e as unidades de Atención Primaria. Dende o ano 1999 estableceuse o Protocolo de Actividade como ferramenta de traballo na que se fixan os obxectivos a acadar polos servizos así como os mínimos de calidade esixible na prestación dos mesmos. A posta en marcha de este novo modelo de Atención Primaria supuxo a implantación dunha asistencia integral, continuada e homoxénea no ámbito da comunidade así como a posibilidade de cuantificar e valorar a calidade da mesma, coa vantaxe de ser un modelo dinámico no que ós centros de saúde de xeito progresivo se van incorporando novas técnicas e novos servizos facéndose máis resolutivos e máis valorados pola poboación no seu conxunto.

Nembargante, no ámbito do sistema sanitario, mantivéronse dous niveis asistenciais (primaria e especializada) que salvo contadas ocasións, véñense prestando unha mutua desatención, senón ignorancia, cando a súa finalidade e obxectivos deberían converxer no paciente que, as máis das veces, o único que percibe é a existencia dunha relación meramente burocrática entre eles.

A propia evolución dos tempos, cunha poboación con maior nivel de información e esixencia, o aumento da

poboación asegurada, do seu envellecemento, a proliferación das patoloxías crónicas e a irrupción de novas tecnoloxías, en xeral caras pero eficaces, supoñen un desafío que dificilmente pode encontrar resposta nun sistema sanitario compartimentado (1), onde a demanda convértese nunha pelota de tenis dun match sanitario entre niveis.

O progreso tanto do nivel primario como do nivel especializado concibido por separado están abocados ao fracaso e ao seu propio colapso, máxime na situación social onde a saúde constitúe unha das prioridades dos usuarios e a calidade da mesma unha esixencia.

Como consecuencia de todo isto, o sistema sanitario, debe dar unha resposta, tanto a nivel da súa estrutura organizativa como na xestión asistencial.

¿DE QUE FALAMOS?

A xestión por procesos, supón cambiar o deseño da asistencia, dunha asistencia piramidal e compartimentada, a unha asistencia lonxitudinal onde o eixe de toda actividade é o paciente coa finalidade de asegurar unha atención integral, así como dar unha resposta coordinada e continuada da atención e dos coidados (2).

Mediante os procesos asistenciais se coordinan os recursos a todos os niveis da asistencia (primaria, especializada e sociosanitaria) para atender aos pacientes de xeito continuo ao longo da historia natural da enfermidade. O seu espectro de actividades se estende dende a promoción da saúde e a prevención da enfermidade, ao diagnóstico, o tratamento, a rehabilitación e os coidados crónicos (3). A súa aplicación non se limita ao suxeito enfermo senón que poden captar a suxeitos ceibes de enfermidade pero con factores de risco e a persoas en fases iniciais da enfermidade que por ser asintomáticos non acoden ao sistema sanitario.

Para acadar a coordinación necesaria é precisa a implicación dos profesionais, mediante a creación de equipos multidisciplinares.

Isto supón que, todas as etapas do mesmo teñen que sustentarse no consenso, no compromiso e no traballo en equipo.

Un proceso asistencial non é un protocolo clínico, nin unha guía terapéutica nin un procedemento diagnóstico. O proceso asistencial define que é o que se fai, no só a forma de facelo (4). Seus obxectivos teñen que ser facilmente identificables e acadables, axeitados aos recursos dos que se dispoñan e baseado na mellor evidencia científica dispoñible e na mellor práctica clínica.

Todo proceso debe xenerar un valor engadido dirixido a aumentar a satisfacción do usuario e a facilitar as tarefas dos profesionais.

Para o usuario a eliminación das trabas burocráticas e a percepción dunha continuidade na súa asistencia, tradúcese nun aumento da calidade percibida polo mesmo

Para os profesionais o desenvolvemento dos procesos asistenciais, na súa actividade clínica, deberá supoñer (5):

- 1- O desenvolvemento da innovación e dunha práctica clínica baseada na evidencia.
- 2- A xestión compartida de riscos.
- 3- A coordinación dos esforzos na consecución das mellores na calidade dos servizos sanitarios.
- 4- A diminución da probabilidade de actuacións médicas erróneas e de baixa calidade.
- 5- O fomento do traballo en equipo e a colaboración dos profesionais das distintas especialidades, disciplinas e niveis asistenciais.

Dun xeito práctico, para os profesionais da Atención Primaria, a súa implicación no traballo dun equipo multidisciplinar terá como consecuencias unha mellora na accesibilidade aos servizos, a diminución das barreiras e trámites burocráticos. Mentres que para o profesional da Atención Especializada aportarlle a capacidade de perfilar as características dos seus fluxos de demanda, evitar a duplicidade das probas e así como o manter unha continuidade no seguimento ambulatorio do paciente a través do traballo compartido cos profesionais da Atención Primaria.

Para o conxunto do sistema sanitario a normalización dos procesos asistenciais permitirá reducir a variabilidade da práctica clínica, dando consistencia e validez científica na prestación do servizo e aportando imparcialidade nos cuidados dos distintos pacientes, así como aumentando a eficiencia nos resultados.

Como todo o novo, a implantación deste modelo de traballo, non vai estar exento de problemas e retencias. Pero é o primeiro paso para o desenvolvemento dun sistema sanitario onde as relacións entre os profesionais se establezan polas súas implicacións de cara ao paciente e non pola súa ubicación dentro ou fora dun edificio determinado.

Estamos convencidos que, a igual que noutras ocasións, o propio desenvolvemento dos mesmos serán a proba máis convincente do seu valor e da súa continuidade.

A Xestión por procesos, nembargante, non só se limita ao ámbito clínico. Afecta tamén a procedementos de loxística e mantemento. Isto leva consigo a necesidade de replantear a propia organización sanitaria en sí mesma, debendo afrontar, dende a súa propia estruturación, o reto que este novo modelo de traballo conleva. Neste senso, non temos moitas experiencias que avalen as vantaxes dunha organización con órganos directivos comúns a ámbolos dous niveis, con respecto ao sistema actual de equipos directivos diferenciados. En boa lóxica, se a finalidade é solventar a separación actual dos dous niveis asistenciais, co fin de acadar unha asistencia integral e coordinada, máis preto que lonxe, debería abocar a creación de órganos de dirección comúns.

Neste senso as Xerencias de Área (mal chamadas xerencias únicas) teñen esta finalidade, tal e como ven recollida no decreto 15/2005 de 3 de febreiro polo que establece a estrutura da Área sanitaria de Ferrol "a atención integral dos problemas de saúde dos cidadáns require a actuación interdisciplinar e coordinada de profesionais dos diferentes ámbitos para garantir os dereitos dos cidadáns e a continuidade asistencial, mediante unha organización centrada no paciente e baseada na calidade asistencial, integrando todas as modalidades asistenciais, que tamén abrangue a atención sociosanitaria, cun modelo integral e un plan de cuidados individualizado, buscando ao mesmo tempo unha sinerxía sanitaria e social Para levar a efecto o dito cambio, cómpre que as áreas sanitarias que se establezan sexan estruturas de xestión únicas que se adapten á atención integral das necesidades de saúde dos cidadáns".

Non se pode negar que existen riscos. Por mor do publicado, o principal medo ou retencia é que o sistema de Xerencia de Área poida tomar a deriva nun hospitalcentrismo, con merma dos recursos da atención primaria e primando o aspecto baseado na enfermidade en contra da prevención e promoción da saúde (6).

De igual xeito os servizos dos hospitais, recelan dun sistema, onde podan perder o seu protagonismo e control sobre a actividade.

Debe primar a visión de conxunto da actividade sanitaria. Tanto os profesionais como os xestores, con independencia do ámbito onde desenvolvan a súa labor, non deben esquecer seu obxectivo derradeiro que non é outro que acadar, coa máxima calidade e garantía, a satisfacción do paciente. E só cunha boa planificación e coordinación

farán que os esforzos, os recursos e os coñecementos non sexan un traballo baldío que se perda no tempo.

A implantación dos procesos, xa sexan claves, estratéxicos ou funcionais, teñen como premisas indispensables a implicación dos profesionais e o apoio decidido dos órganos directivos, sen elas o fracaso é seguro.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Alfaro Latorre, M. "El papel de la atención primaria en el sistema sanitario" Rev Adm Sanit 2005;3(1):15-27
- 2- Guía de diseño y Mejora Continuada de Procesos Asistenciales :Descripción y diseño de procesos asistenciales en el Sistema Sanitario Público de Andalucía: Url disponible en www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/
- 3- Bénézet J., Cerdán A. Lodeiro J.C., Orío M., Ruiz de Zárate B. " PROGRAMAS DE GESTIÓN DE ENFERMEDADES(PGE) " www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV-5.html
- 4- Puime Montero P. Ventosa Rial J. ,Domínguez González N. " GUIA PARA A ELABORACIÓN DOS PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS <http://intranet/Intranet/EnPortada/GuiaElaboracion-ProcesosAsistenciaisIntegrados.pdf>
- 5- J. del Llano, J.F. Martínez-Cantarero, J. Gol, F. Raigada Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españoles Gac Sanit vol.16 no.5 Barcelona Oct. 2002
- 6- Martín García, M. " PAPEL DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD Y EL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DENTRO DEL MISMO EN LA PROXIMA DECADA". Cad .Aten.Primaria 2005;12:74-81