

La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida

J.C. Contel Segura

▶▶ LECTURA RÁPIDA



Muchas de estas nuevas unidades o equipos han nacido para satisfacer mejor y más específicamente unas necesidades que la oferta actual de servicios no atiende adecuadamente, pero no pocas veces contribuyen a crear un escenario fragmentado y confuso donde cada vez es más difícil discernir quién hace qué exista una oferta de servicios sociales con una cobertura, calidad e intensidad muy dispares, además de una muy escasa cooperación entre éstos y los servicios de salud.



Los programas de coordinación sociosanitarios son diversificados y confusos. La incorporación de elementos de mercado ha impulsado el desarrollo de contratos programa unilaterales del sistema sanitario con cada proveedor. Esto aumenta la eficiencia de cada organización, pero tiene como efecto colateral la transferencia de cargas de trabajo y costes a otra parte del sistema.



Difícilmente hace años alguien hubiera pronosticado el crecimiento y la diversificación de unidades y equipos en el sector de la atención a domicilio. Muchas de estas nuevas unidades o equipos han nacido para satisfacer mejor y más específicamente unas necesidades que la oferta actual de servicios no atiende adecuadamente, pero no pocas veces contribuyen a crear un escenario fragmentado y confuso donde cada vez es más difícil discernir quién hace qué¹. Algunos de estos equipos consiguen facilitar un alta más temprana en hospitales que necesitan disminuir sus estancias medias, otros asumen la atención de pacientes con un perfil y un requerimiento de intensidad de servicio que difícilmente la estructura actual puede garantizar. Además, muchos de ellos se organizan y financian de manera singular y unilateral en el sistema de salud o con la entidad aseguradora. En definitiva, sumamos pero no siempre integramos.

Si observamos la provisión de servicios de ayuda a domicilio, el escenario todavía es más complejo. En primer lugar, en nuestro país, mientras que el derecho a recibir una atención sanitaria constituye un derecho fundamental, en el caso de los servicios sociales no ocurre lo mismo. Todo ello lleva a que exista una oferta de servicios sociales con una cobertura, calidad e intensidad muy dispares, además de una muy escasa cooperación entre éstos y los servicios de salud, muy a merced de los responsables de las unidades existentes en cada territorio. El resultado es el aumento espectacular, es-

pecialmente en las ciudades, de empresas de servicios personales que ofertan servicios de ayuda a domicilio, muchas de ellas con ánimo de lucro, observándose cada vez más una situación de falta de equidad y accesibilidad a estos servicios en situaciones de necesidad. Con frecuencia muchos de los pacientes que no reciben un mínimo de cuidados o ayuda en las actividades de la vida diaria acaban requiriendo la intervención de los equipos de atención primaria para la atención de problemas de salud. Ejemplos de ello los tenemos en pacientes inmovilizados con dependencia en muchas actividades de la vida diaria que nuestros equipos acaban atendiendo por úlceras por presión.

De la misma manera que asistimos a un escenario tan diversificado y en ocasiones confuso, los programas de coordinación sociosanitarios son también diversificados y confusos. Todo esto no es algo particular de nuestro país. Muchos otros, también los más avanzados en la provisión de servicios domiciliarios, han sufrido esta dolencia tan propia de nuestros sistemas sanitarios y sociales, como es la fragmentación (fig. 1).

La incorporación de elementos de mercado ha impulsado el desarrollo de contratos programa unilaterales del sistema sanitario con cada proveedor. Esto aumenta la eficiencia de cada organización, pero tiene como efecto colateral la transferencia de cargas de trabajo y costes a otra parte del sistema. La mayoría de las organizaciones que operan en este sector difícilmente quieren asumir el coste derivado de una atención si piensan o creen que no les corresponde competencialmente. Sería aquello de que «si no me pagan por ello ni tengo la obligación de hacerlo, ¿por qué lo tengo que hacer?».

Lo mismo ocurre con la familia que ejerce como cuidador, teniendo que asumir una participación y también un coste (económico, físico, psicológico, etc.) en ocasiones

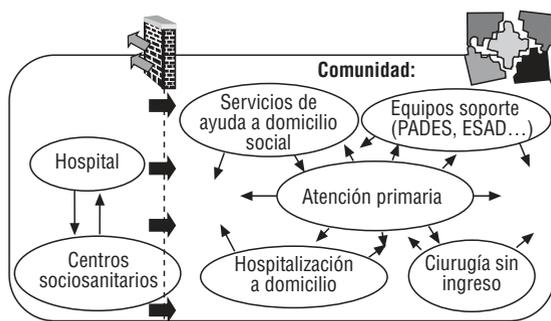
Adjunto de Enfermería. ABS Castelldefels (Barcelona).

Profesor asociado. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona.

Correspondencia: Joan Carles Contel Segura.
ABS Castelldefels.
C/ Marañón, esquina Marconi, s/n. 08860
Castelldefels (Barcelona).

FIGURA 1

¿Nos dirigimos hacia una excesiva «fragmentación» en la provisión de atención a domicilio?



excesivo. Estudios recientes en nuestro país pronostican un aumento de personas dependientes y una menor disponibilidad de cuidadores familiares. Mientras que actualmente sólo un 40% de las mujeres de entre 40 y 64 años están incorporadas al mercado laboral, se prevé que dentro de 25 años esta cifra se situará por encima del 70%. ¿No estaremos, pues, ante una nueva situación en la que la familia, el Estado y el mercado deberían redefinir su papel²?

Propuestas para la situación actual

Ante la situación de fragmentación creciente que se está configurando en el sistema sanitario y social (tabla 1), vemos cómo determinadas líneas de servicio, entre ellas la atención a domicilio, requieren la adopción de una nueva filosofía asistencial. Es lo que en el mundo anglosajón se conoce

en la bibliografía como *shared care* o en los Países Bajos como *transmural care*³⁻⁶. En nuestro país una traducción que se aproxime a este concepto sería probablemente «atención compartida». Este nuevo modelo asistencial pretende diseñar servicios sanitarios, también con componente social, a medida de las necesidades del paciente y la familia, en el caso de la atención domiciliaria, sobre la base de una responsabilidad compartida entre las organizaciones existentes en el sistema sanitario y social. Para ello podríamos aportar algunas propuestas en esta discusión.

Cooperación/integración de los servicios sanitarios y los servicios sociales

Esta provisión dicotómica de servicios debería ser superada en personas que tienen necesidades sanitarias y sociales, difícil-

TABLA 1 Problemas en la coordinación sociosanitaria

Falta de priorización de esta actividad asistencial dentro de los equipos de atención primaria frente a otras actividades dentro del centro de salud
Falta de definición de una cartera de servicios de atención a domicilio por parte de los distintos proveedores en el sector
No utilización regular de los equipos PADES como «soporte»
Poca integración de los servicios sanitarios de atención domiciliaria sanitaria y los servicios de ayuda a domicilio social
Planificación insuficiente e inapropiada de las altas hospitalarias que facilite un continuum asistencial
Utilización de protocolos distintos en relación con la atención de determinados procesos, especialmente de aquellos que requerirán continuidad asistencial postalta
Implementación de nuevos servicios como la cirugía sin ingreso y la hospitalización a domicilio sin una fase de planificación previa conjunta con otras organizaciones del sector (equipos de atención primaria, ayuda a domicilio social)
Escasa planificación en el acceso a servicios sociosanitarios
Poca capacidad de adaptación del hogar y de provisión de ayudas técnicas
Ausencia de <i>case-mix</i> definidos y sistemas claros de financiación atención domiciliaria
Déficit de provisión de servicios de soporte complementarios como la rehabilitación domiciliaria y la terapia ocupacional

LECTURA RÁPIDA

Estudios recientes en nuestro país pronostican un aumento de personas dependientes y una menor disponibilidad de cuidadores familiares. Mientras que actualmente sólo un 40% de las mujeres de entre 40 y 64 años están incorporadas al mercado laboral, se prevé que dentro de 25 años esta cifra se situará por encima del 70%.

Propuestas para la situación actual

Ante la situación de fragmentación creciente que se está configurando en el sistema sanitario y social determinadas líneas de servicio, entre ellas la atención a domicilio, requieren la adopción de una nueva filosofía asistencial. Este nuevo modelo asistencial pretende diseñar servicios sanitarios, también con componente social, a medida de las necesidades del paciente y la familia, en el caso de la atención domiciliaria, sobre la base de una responsabilidad compartida entre las organizaciones existentes en el sistema sanitario y social.

La comunidad y el domicilio constituyen un «territorio natural común» sobre el que desplegar y articular servicios de atención personal integrados.

▶▶ LECTURA RÁPIDA



Deben elaborarse estrategias que no sólo incorporen estructuras formales de coordinación o comisiones intersectoriales, sino también incentivar e impulsar proyectos de cooperación y atención compartida de manera operativa en el territorio, como serían la ubicación física conjunta, de los servicios sanitarios y sociales de atención a domicilio, la formación conjunta de profesionales sanitarios y sociales, la utilización de sistemas de información compartidos.



La atención domiciliaria debería ser priorizada dentro de la atención primaria como una actividad clave, adoptando nuevos modelos de organización interna más flexibles que fomenten un modelo de atención compartida y una mayor disponibilidad del tiempo asistencial fuera de la consulta.



Para una utilización «correcta» de los equipos de soporte en la atención a domicilio se debe potenciar que los equipos de AP se responsabilicen de la atención domiciliaria de sus pacientes ancianos, incapacitados y terminales, y evitar que los equipos de soporte caigan en la simple «sustitución» de funciones de los primeros.



mente separables. La comunidad y el domicilio constituyen un «territorio natural común» sobre el que desplegar y articular servicios de atención personal integrados. Los ministerios y departamentos deberían marcar políticas de atención integral que impulsen espacios de responsabilidad organizativa, financiera y legal compartida desde la macrogestión hasta la microgestión. En caso contrario se está a merced de la buena voluntad de los responsables territoriales de cada sector. Por ello deben elaborarse estrategias que no sólo incorporen estructuras formales de coordinación o comisiones intersectoriales, sino también incentivar e impulsar proyectos de cooperación y atención compartida de manera operativa en el territorio⁷, como serían algunas experiencias que contemplan la ubicación física conjunta, bajo un mismo techo, de los servicios sanitarios y sociales de atención a domicilio, la formación conjunta de profesionales sanitarios y sociales, la utilización de sistemas de información compartidos, etc.⁸.

Diseños organizativos más flexibles en los equipos de atención primaria

La atención domiciliaria debería ser priorizada dentro de la atención primaria (AP) como una actividad clave, adoptando nuevos modelos de organización interna más flexibles que fomenten un modelo de atención compartida y una mayor disponibilidad del tiempo asistencial fuera de la consulta, para llevar a cabo esta actividad asistencial, especialmente en enfermería. Esta reorientación en el diseño organizativo interno reduciría probablemente la derivación inapropiada y excluyente de algunos pacientes a los equipos de soporte externos, asumiendo una cartera de servicios que permita ofrecer una línea de servicios domiciliarios más completa en cuanto a calidad, cobertura e intensidad¹. La existencia de una oferta consolidada de atención domiciliaria desde los equipos de AP es un paso previo, necesario y fundamental en el desarrollo de una estrategia de cooperación con otras organizaciones.

Utilización «correcta» de los equipos de soporte en la atención a domicilio

Se debe potenciar que los equipos de AP se responsabilicen de la atención domici-

liaria de sus pacientes ancianos, incapacitados y terminales, y evitar que los equipos de soporte caigan en la simple «sustitución» de funciones de los primeros, creando una red asistencial paralela¹. No obstante, existen áreas en las que los equipos de soporte pueden aportar un valor añadido a los equipos como unidades especializadas, especialmente en pacientes de mayor complejidad. Por ello se debe operativizar en cada territorio el desarrollo de actividades asistenciales y de formación conjuntas que fomenten una nueva cultura de la atención compartida.

«Planificación» del alta hospitalaria

La implantación de un «alta de calidad» por parte de los hospitales y los centros sociosanitarios incluiría un informe médico y de enfermería al alta o un documento de alta integrado y el contacto telefónico directo, en especial en los pacientes de mayor complejidad. Podría también proponerse la definición de un perfil de «paciente de alto riesgo de reingreso», bien documentado ya en la bibliografía, para que en su domicilio se beneficie de intervenciones específicas por parte de los servicios comunitarios sanitarios y sociales. Para ello podrían desarrollarse modelos asistenciales de enfermería de enlace (*liaison nurses*) que garanticen la transferencia territorial del paciente desde el hospital a la AP tanto sanitaria como social⁹. La bibliografía demuestra cómo la provisión de servicios domiciliarios de alta intensidad inmediatamente después de una hospitalización disminuye de manera significativa el número de reingresos y el coste¹⁰.

Protocolización y formación conjunta

De la misma manera que muchas de las organizaciones actuales han hecho gran hincapié en la elaboración e implementación de guías de práctica clínica propias, deberían incorporarse las aportaciones transversales de otras organizaciones y profesionales de otros ámbitos, especialmente en ámbitos tan multisectoriales como es el de la atención a domicilio.

Concretar un modelo de financiación apropiado

Será difícil llegar a un modelo real de atención compartida con hospitales que se fi-

nancian por su casuística, equipos de AP primaria atrapados por presupuestos históricos y servicios sociales que se financian de manera muy dispar o sencillamente no se financian. Sin una financiación apropiada de estos servicios no se favorecerá que nuestras organizaciones comprometan más recursos.

Deberían explorarse en la bibliografía las experiencias existentes en la definición del *case-mix* de los pacientes atendidos en atención domiciliaria. Sería deseable avanzar en un camino similar al emprendido por el sector hospitalario hace ya bastantes años que finalmente se tradujo en un modelo de financiación más ajustado a la actividad y el tipo de pacientes que atendían (GRD y PMC). Por otra parte, especialmente en lo que se refiere a la dependencia, se está desarrollando en numerosos países un gran debate sobre el modelo de financiación. Éste sería el caso de países como Alemania, que han articulado esquemas de aseguramiento obligatorio para financiar los servicios requeridos por personas dependientes. De lo contrario al ciudadano no le quedará más alternativa que la contratación privada de seguros de dependencia o la compra directa de servicios en el mercado. Sin duda esto no ayudaría a crear un escenario de equidad y accesibilidad².

Las plataformas de coordinación sociosanitaria como equipo gestor de casos

La consolidación de algunas experiencias ya existentes en el país podría constituir una oportunidad para ampliar la función principal de la gestión de listas de espera en el acceso a los recursos residenciales a otras nuevas como, por ejemplo, la intervención en programas de formación o la difusión y discusión con los equipos de AP sobre la utilización de los recursos residenciales o alternativos a la hospitalización disponibles (hospitales y centros de día) y la potenciación de otros nuevos¹¹.

La hospitalización a domicilio «compartida»

El desarrollo de ésta en nuestro país no debería llevarse a cabo de forma ajena a la AP y a la red de servicios sociales, constituyendo una red paralela de servicios, organizada y llevada a cabo exclusivamente por profesionales hospitalarios¹². La AP y los

servicios sociales deberían tener un peso específico en el desarrollo de estos programas, compartiendo responsabilidades clínicas, organizativas y financieras con el hospital. En caso contrario sólo podrán ser beneficiarios de estos servicios los pacientes que cuenten con familias competentes dispuestas a ejercer el rol de cuidador.

Incorporación de nuevos estilos de gestión y la construcción de alianzas estratégicas entre las partes del sistema sanitario y social

La atención compartida requiere la incorporación de nuevas formas de gestión. Las personas que dirigen organizaciones sanitarias y sociales y los responsables de estas nuevas unidades y equipos deben transformarse en gestores y líderes que sepan ver más allá de su propia organización. También debe operativizarse la construcción de alianzas para el desarrollo de nuevos servicios. En una primera fase los proyectos de atención compartida se basarían en la construcción de acuerdos de colaboración. Ésta sería una fórmula de alianza muy básica basada más en la unión operacional que en la unión de recursos financieros. Una vez evaluados, podrían plantearse avanzar hacia un tipo de alianzas con mayor unión de recursos económicos. Éste sería el caso de la creación de servicios de enfermeras clínicas de enlace, cuidados paliativos, heridas u ostomías que dan soporte a pacientes hospitalizados y a los equipos de AP como consultores, o el desarrollo de almacenes de ayudas técnicas o adaptaciones gestionados conjuntamente entre los servicios comunitarios sanitarios y sociales.

Algunos problemas

Algunos autores han descrito algunas de las dificultades que han surgido en algunos países que han introducido esta nueva filosofía asistencial: déficit de experiencia en la gestión de organizaciones en red y dirección de proyectos por parte de los responsables de instituciones sanitarias o sociales; necesidad de una gran inversión de tiempo para desarrollar esta nueva cultura y establecer una red integrada de servicios efectiva; dificultades para financiar estos nuevos proyectos y fragmentación en la provisión de servicios, con la falta de una autoridad superior que estimule e incenti-

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼
Protocolización y formación conjunta. Deberían incorporarse las aportaciones transversales de otras organizaciones y profesionales de otros ámbitos, especialmente en ámbitos tan multisectoriales como es el de la atención a domicilio.

▼
Sería deseable avanzar en un camino similar al emprendido por el sector hospitalario hace ya bastantes años que finalmente se tradujo en un modelo de financiación más ajustado a la actividad y el tipo de pacientes que atendían.

▼
El desarrollo de la hospitalización a domicilio «compartida» en nuestro país no debería llevarse a cabo de forma ajena a la AP y a la red de servicios sociales, constituyendo una red paralela de servicios, organizada y llevada a cabo exclusivamente por profesionales hospitalarios.

▼
La atención compartida requiere la incorporación de nuevas formas de gestión. En una primera fase los proyectos de atención compartida se basarían en la construcción de acuerdos de colaboración. Una vez evaluados, podrían plantearse avanzar hacia un tipo de alianzas con mayor unión de recursos económicos.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

Conclusiones

▼
Difícilmente podremos mantener al paciente en el domicilio en buenas condiciones si los responsables de la gestión de las instituciones implicadas no desarrollan modelos de organización en red para ofertar una atención a domicilio integrada de calidad. ■

ve que las partes converjan hacia un modelo de atención compartida⁴.

Conclusiones

Difícilmente podremos mantener al paciente en el domicilio en buenas condiciones si los responsables de la gestión de las instituciones implicadas no desarrollan modelos de organización en red para ofertar una atención a domicilio integrada de calidad. El modelo de contratación de servicios actual debe dar paso a otro modelo de contratación integrada de éstos y al desarrollo de estilos de gestión y atención no centrados exclusivamente en la eficacia y eficiencia de cada organización.

Bibliografía

1. Contel JC, Gené J, Peya M. Atención domiciliaria: organización y práctica. Barcelona: Ediciones Springer-Verlag, 1999.
2. López-Casnovas G, Casado D. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Barcelona: Fundació La Caixa, 2001.
3. Pritchard P, Hughes J. Shared care: a future imperative? London: Nuffield Provincial Hospital Trust, 1995.
4. Van der Linden. Transmural care: facts and future. En: Schrijvers AJP, editor. Health and health care in the Netherlands. Utrecht: De Tijdstroom, 1997.
5. Hardy B, Mur-Veemanu I, Steenberger M, Wistow G. Inter-agency services in England and The Netherlands: a comparative study of integrated care development and delivery. Health Policy 1999;48:87-105.
6. Heath I. A seamless service. Br Med J 1998; 317:1723-4.
7. Plamping D, Gordon P, Pratt J. Practical partnerships for health and local authorities. Br Med J 2000;320:1723-5.
8. Glendinning C, Rummery K, Clarke R. From collaboration to commissioning: developing relationships between primary health and social services. Br Med J 1998;317:122-5.
9. Hobbs R, Murray E. Specialist liaison nurses. Br Med J 1999;318:683-4.
10. Naylor M, Brooten D, Campbell R, Jacobsen B, Mezey M, Pauly M, et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalised elders: a randomized controlled trial. JAMA 1999;281:613-20.
11. Regato P, Sancho MT. La coordinación sociosanitaria como eje de actuación en la comunidad. En: Contel JC, Gené J, Peya M, editores. Atención domiciliaria: organización y práctica. Barcelona: Ediciones Springer-Verlag, 1999.
12. Contel JC. La hospitalización a domicilio no es una alternativa plenamente razonable. Aten Primaria 1999;24:162-8.