



2

Organizaciones sanitarias integradas. Modelos de atención al paciente crónico y pluripatológico

Antonio López Andrés



Antonio López Andrés

Subdirector de Atención Primaria Navarra Norte.
Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
Farmacéutico de Atención Primaria.
Especialista en Farmacia Hospitalaria.

Índice

1. Introducción
2. Tipos de organizaciones integradas
3. El hospitalocentrismo como peligro para las organizaciones sanitarias integradas
4. El reto de la cronicidad
5. El farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria y atención primaria en las organizaciones sanitarias integradas
6. Bibliografía

1. Introducción

La cada vez mayor complejidad de la atención sanitaria, debida a la alta especialización, y la intervención de numerosos servicios, junto al incremento de los **pacientes crónicos** y pluripatológicos, hacen más necesaria si cabe la siempre deseada coordinación asistencial¹. Una de las respuestas de ámbito organizativo a esta necesidad han sido las denominadas **organizaciones sanitarias integradas** (OSI) como modelos de gestión de las áreas de salud.

España posee un Sistema Nacional de Salud financiado por impuestos, de cobertura universal y descentralizado a las 17 comunidades autónomas. La atención se organiza básicamente en dos niveles: atención primaria como puerta de entrada al sistema y coordinadora de la atención, y atención especializada para la resolución de problemas graves. La descentralización de la gestión de los servicios a las comunidades autónomas ha dado lugar a una cierta diversidad en la organización de la provisión y a distintas respuestas en la búsqueda de la mejora de la coordinación asistencial¹. No hemos sido capaces de

acometer con éxito el proceso de transformación del modelo asistencial, todavía muy anclado en un modelo de atención fragmentado, orientado a la atención de pacientes con patología aguda. Mientras cambiaba el entorno del sector, la sanidad no lo hacía. La mayoría de la ciudadanía piensa que en nuestros sistemas sanitarios trabajamos coordinados e integrados, pero cuando hacen uso de ellos constatan que esto no es así².

Por definición, una OSI es una red de servicios de salud que ofrece una **atención coordinada** a través de un continuo de prestaciones de servicios de salud a una población determinada, y que se responsabiliza de los costes y de los resultados en salud de la población³. Otra de las definiciones clásicas de estas organizaciones es la que hacen Kodner y Spreeuwenberg, en la que definen la integración como un conjunto coherente de métodos y modelos en el cual la financiación y la prestación de servicios administrativos y clínicos están diseñadas para crear conexión, alineación y colaboración dentro y entre los sectores de la atención sanitaria y de los cuidados. El ob-

jetivo de estos modelos es mejorar la calidad de la atención y la calidad de vida, la satisfacción de los consumidores y la eficiencia del sistema para los pacientes con problemas complejos, a largo plazo, mediante servicios múltiples, de los proveedores y su entorno. El resultado de estos esfuerzos múltiples para promover la integración en beneficio de estos grupos especiales de pacientes se llama "atención integrada"⁴.

Se define como proceso asistencial integrado aquel en el que la gestión y la provisión de servicios sanitarios se realiza de tal forma que los clientes reciben un *continuum* de servicios curativos y preventivos de acuerdo con sus necesidades en el tiempo, y a través de diferentes niveles del sistema sanitario⁵.

El **continuo asistencial** abarca la atención primaria, la atención especializada y la atención sociosanitaria, o lo que es lo mismo, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, los tratamientos de pacientes agudos y crónicos, y los tratamientos de rehabilitación.

Los objetivos finales de este tipo de organizaciones son la mejora de la eficiencia global en la provisión y de la continuidad de la atención mediante un objetivo intermedio: la mejora en la coordinación de la atención o integración clínica. Gillies *et al.* definen la integración clínica como la coordinación de los servicios necesarios para atender al paciente a lo largo de las diferentes actividades y unidades operativas del sistema en el lugar más coste-efectivo⁶.

Recientemente, en España, y muchas veces aprovechando la estrategia de atención a la cronicidad y la pluripatología, que prácticamente todas las comunidades autónomas

han planificado, se han desarrollado varios modelos incipientes de OSI que pretenden dar una respuesta más coordinada a la necesidad de atención que supone el reto de la cronicidad (Tabla 1). En estas OSI básicamente se dan una integración de estructuras bajo una misma gerencia (recursos humanos, presupuesto, etc.) y procesos asistenciales integrados (desarrollo conjunto de rutas asistenciales entre niveles para subgrupos de pacientes o patologías crónicas concretas).

Esta integración hace necesario desarrollar e introducir herramientas y sistemas de información que faciliten el trabajo conjunto entre diferentes profesionales. En este sentido, la historia clínica electrónica unificada y la receta electrónica, entre otros, se consideran pilares necesarios y fundamentales.

Otro elemento de conexión, que va a ayudar en el proceso, es el desarrollo de nuevos roles profesionales que sean nexo de unión entre niveles asistenciales (primaria y especializada), como pueden ser los roles de enfermería, y entre el sector salud y otros sectores como, por ejemplo, el sector social (trabajador social). Un elemento clave es la definición de procesos que estimulen y permitan el trabajo conjunto entre profesionales sanitarios (la participación y la colaboración)². En este sentido, la identificación de poblaciones diana, la definición de rutas de atención compartidas por todos los prestadores de servicios, los planes de cuidados y el desarrollo de la propia prestación se consideran espacios de trabajo donde promover el trabajo conjunto de los profesionales clínicos que los realizan².

Puede darse una integración organizativa sin que haya una integración clínica, y sin embargo, experiencias de integración clínica han llevado a una integración organizativa pos-

T01

Tabla 1.

Exploración de posibles modelos de integración sanitaria en España.

Características	OSI en Cataluña (Ssibe)	Concesiones Administrativas (Manises)	Modelos de integración en Euskadi (Bidasoa)	Gerencias integradas
Modelo organizativo	Organizaciones autónomas que integran un hospital, un conjunto de EAP y centros socio-sanitarios.	Concesión administrativa gestionada por una UTE y financiada capitativamente.	Integración de recursos de gestión directa de hospital y atención primaria.	Modelo de integración del sistema sanitario público de gestión directa.
Cobertura poblacional	Variable en función de la proporción de EAP integrados.	Responsabilidad sobre el coste de la población de su área de referencia.	Área de referencia del hospital.	Territorio de referencia directa del hospital.
Práctica de integración organizativa	Órganos de gobierno compartidos y gestión autónoma de todo el personal.	Gestión funcional de personal estatutario de atención primaria y gestión directa de su propia persona.	Integración del personal del hospital y de atención primaria en la misma organización.	Integración del equipo directivo del hospital y atención primaria en una sola organización.
Elementos de organización asistencial	Estrategia compartida y direcciones transversales (niño, mujer, etc.).	Elementos de dirección de área asistencial conjunta primaria-especializada. Adscripción a primaria de elementos de enlace (UHD, programas, internistas de enlace, etc.	Estrategia conjunta de cambio cultural. Comités clínicos compartidos.	Reproducción habitualmente del esquema de direcciones separadas a un nivel inferior.
Elementos de integración asistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones compartidas de primaria, especializada y sociosanitario. • Equipo de coordinación en geriatría. 	<ul style="list-style-type: none"> • Internistas de enlace UHD. • Enfermería de enlace. • Vías clínicas / Derivación. • Comités de programas de crónicos. • Plan de formación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de enlace (internista y enfermera de enlace). • Progreso hacia la historia clínica única. • Segmentación de pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comisiones clínicas. • Criterios de derivación. • Guías clínicas / protocolos. • Formación. • Rotación de profesionales.

Fuente: Organizaciones sanitarias integradas: modelos organizativos y alianzas estratégicas con el entorno. Barcelona: Antares Consulting; 2013. (Consultado el 2 de enero de 2015.) Disponible en: <http://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/73b5cd2b6bc5148c117f68db4d7eff2a4f03f68f.pdf>

terior. La coordinación de cuidados depende menos de la integración organizativa que de la integración clínica. La experiencia de los usuarios se ve más influenciada por la naturaleza del trabajo en equipo y el uso de guías y políticas compartidas que por la naturaleza de los acuerdos organizativos. Por tanto, una integración organizativa no garantiza por sí misma mejores resultados y los esfuerzos han de centrarse en la integración clínica⁷.

En los proyectos de integración debe tenerse en cuenta el papel nuclear de la atención primaria y la promoción de la salud. El dueño del proceso asistencial debe ser el médico de atención primaria.

Los elementos operativos más relevantes de la atención integrada son⁵:

- Población definida.
- Técnicas de la información y de la comunicación (TIC) que soportan la atención integrada.
- Guías de práctica clínica.
- Rendición de cuentas conjunta.
- Alianza de la clínica y la gestión.
- Liderazgo efectivo.
- Cultura colaborativa.
- Grupos multiespecialidad.
- Implicación del paciente.

2. Tipos de organizaciones integradas

Los criterios y las formas de clasificación son variados y, en función del criterio elegido, lo son también las clasificaciones que se han realizado. Por tanto, existen varios modelos y clasificaciones de gestión integrada, dependiendo de si las integraciones son horizontales o verticales, o bien reales o virtuales:

- **Integración horizontal:** se produce cuando dos o más organizaciones prestan servicios conjuntamente en un nivel de atención similar.
- **Integración vertical:** ocurre cuando dos o más organizaciones prestan servicios conjuntamente entre niveles de atención distintos.

Tanto las integraciones verticales como las horizontales pueden ser *integraciones reales* (cuando hay fusión de las organizaciones) o *integraciones virtuales* (mediante procesos contractuales)⁸.

Asimismo, existe otra clasificación, de Curry y Ham, en tres niveles de gestión que en general son integraciones virtuales⁹:

- **Macronivel:** en el nivel macro los proveedores, ya sea juntos o con otros concertados, tratan de ofrecer una atención integral a las poblaciones a las que sirven. El ejemplo más representativo es la aseguradora Kaiser Permanente (Tabla 2). Esta organización de los Estados Unidos, sin ánimo de lucro, tiene asalariados en exclusiva a los médicos de familia y una implantación de más de seis millones de usuarios, principalmente en California. Está muy enfocado a la asistencia de las enfermedades crónicas. Su filosofía puede traducirse en que las admisiones al hospital no planificadas son un signo de que el sistema falla. Así, el uso de camas en los hospitales de Kaiser Permanente en comparación con el *National Health Service* (NHS) es mucho más bajo. De las 11 causas de hospitalización más frecuentes, que van de ictus a fractura de cadera, estandarizadas sus tasas, estas son tres veces y media más bajas. Y ello lo consiguen mediante la gestión activa de los pacientes, con procedimientos clínicos que no los retienen ni los derivan inadecuadamente¹⁰.



T02

Tabla 2.

Algunos modelos típicos de organizaciones sanitarias integradas.

Organización	Kaiser Permanente	Social Hmo	Prisma (Modelos Sipa, Pace, etc.)
Modelos organizativos	Alianza entre una organización aseguradora sin ánimo de lucro Kaiser Foundation, y un grupo profesional (<i>Permanente Medical Group</i>).	Modelo financiado a principios de los 90 en Estados Unidos. Organizaciones no lucrativas regidas por un sistema de pago capitativo incluyendo los servicios sanitarios y sociosanitarios de media estancia.	Programa de integración de la atención al anciano frágil promovido desde el gobierno de Quebec. Organización no lucrativa que se financia capitativamente.
Cobertura poblacional	Población asegurada voluntariamente por el programa de Kaiser Foundation.	Mayores de 65 años.	Población que se adscribe al programa voluntariamente a través de sus profesionales.
Prácticas de integración organizativa	Exclusividad en la relación entre Kaiser y Permanente mediante acuerdos.	Tendencia a la exclusividad en la relación entre los profesionales y la organización.	Profesionales y organizaciones independientes coordinados.
Elementos de integración de niveles	Centros de salud dotados de métodos diagnósticos, especialistas y tecnología. Gestión de casos extensiva.	Gestión de casos por el médico de familia.	Coordinación institucional a nivel macro.
Elementos de integración clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Guías clínicas, procesos normalizados. • Gestión de casos intensiva en función de la enfermedad. • Sistema de información (<i>Health Connect</i>) de gran ambición. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de casos • Historia clínica compartida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interdisciplinariedad. • Gestión de casos. • Vías clínicas. Historia clínica compartida. • Plan de cuidados.

Fuente: Organizaciones sanitarias integradas: modelos organizativos y alianzas estratégicas con el entorno. Barcelona: Antares Consulting; 2013. (Consultado el 2 de enero de 2015). Disponible en: <http://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/73b5cd2b6bc5148c117f68db4d7eff2a4f03f68f.pdf>

- **Mesonivel:** en el nivel meso los proveedores, ya sea juntos o con los concertados, tratarán de ofrecer atención integral a un grupo de atención especial o poblaciones con la misma enfermedad o condiciones, a través del rediseño de las vías de atención clínica. Los ejemplos más característicos de este nivel de integración son el *Programme for All inclusive Care for the Elderly (the US PACE)*, el *System of Integrated Services for Aged Persons (SIPA)* en los Estados Unidos, el *PRISMA Programmes* en Quebec (Tabla 2) y, ya en Europa, el *Rovereto* y el *Vittorio Veneto* en Italia y el *Torbay Care Trust*¹¹ para pacientes geriátricos frágiles en Inglaterra.
- **Micronivel:** coordinación de la atención individualizada de pacientes y cuidadores, por ejemplo la gestión de casos (*case management*)¹².

3. El hospitalocentrismo como peligro para las organizaciones sanitarias integradas

Se define como **hospitalocentrismo** aquel sistema sanitario desarrollado en torno a los hospitales y los especialistas. Hoy en día, la focalización desproporcionada en los hospitales y la superespecialización son una causa importante de ineficiencia y desigualdad, y esa situación ha demostrado ser muy difícil de cambiar. Evidentemente, el buen funcionamiento de la atención terciaria responde a una demanda real, pero la experiencia en los países industrializados ha demostrado que la focalización desproporcionada en la atención terciaria no resulta rentable. El hospitalocentrismo entraña un costo elevado en cuanto a medicalización innecesaria e iatrogenia, y compromete las dimensiones humana y social de la salud. La presión ejercida por la demanda de los consumidores, los profesionales médicos y el complejo médico-industrial es tan grande que los recursos sanitarios privados y públicos se encauzan de manera desproporcionada hacia la atención

hospitalaria especializada, en detrimento de las inversiones en atención primaria. Sirvan como ejemplo sistemas sanitarios como el de los Estados Unidos o Japón, que tienen de cinco a ocho veces más unidades de resonancia magnética por millón de habitantes que Canadá o los Países Bajos sin que ello mejore un ápice la salud de sus respectivas poblaciones¹³.

Una integración capitaneada por los hospitales puede retardar la innovación y la reasignación de recursos entre niveles asistenciales (que los cambios demográficos y tecnológicos y en morbilidad reclaman), por lo que debería prestarse atención a orientar el sistema sanitario hacia la atención primaria de salud. La integración de niveles mitiga la actual falta de continuidad entre la atención primaria y la atención especializada. Lo importante es no retener casos ni derivarlos innecesariamente¹⁴.

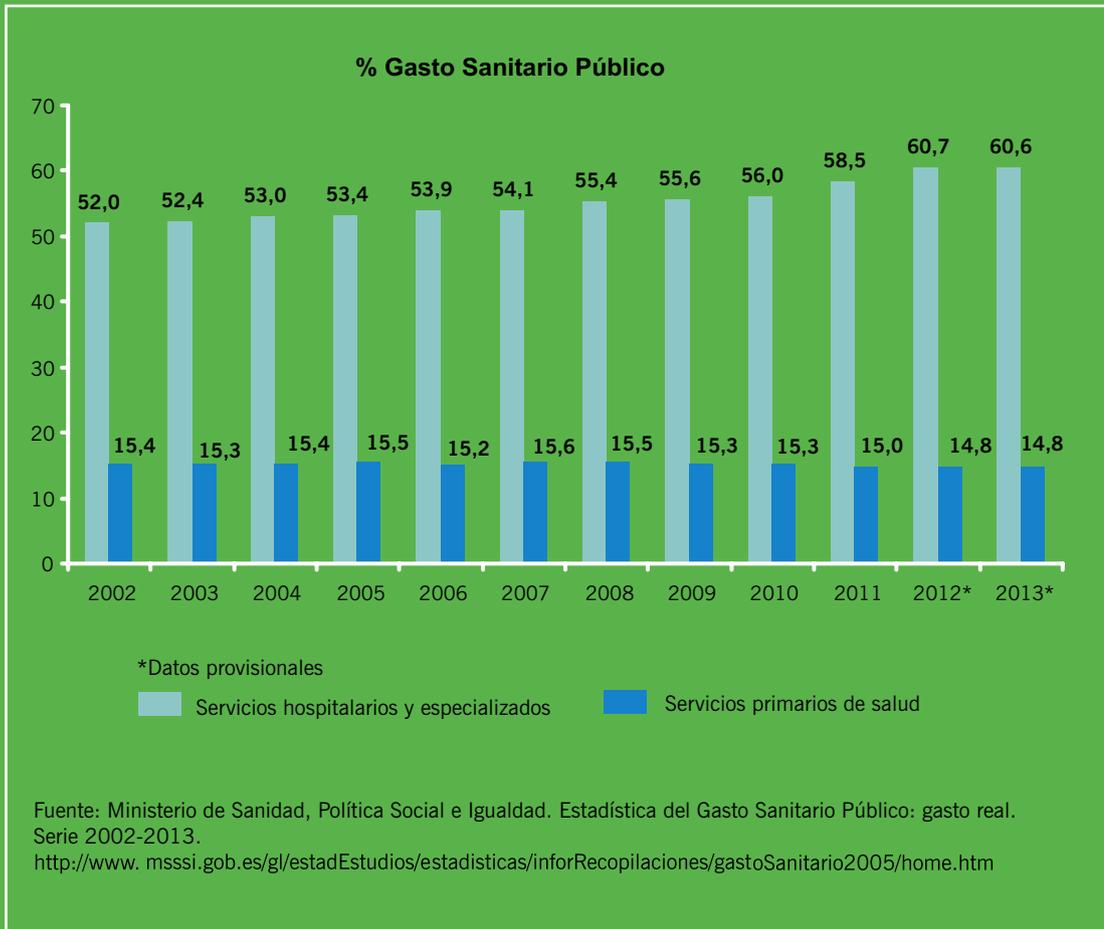
La tecnología sanitaria y la superespecialización fascinan a la población, a los medios de comunicación y sobre todo a los políticos. Y el discurso profesional de nuestros sanitarios no escapa con cierta frecuencia a esta tendencia. Esta forma de percepción de la atención primaria exclusivamente como puerta de entrada del sistema sanitario ha calado en gran parte de la población y de muchos de nuestros profesionales. La creación de OSI sin un cambio de rumbo en la dirección y la gestión de los recursos (Figura 1), llevará indefectiblemente al empobrecimiento científico y de gestión del primer nivel.

En el nuevo contexto de la estrategia de cronicidad, la atención primaria es, sin duda, el nivel de atención que está en mejores condiciones de comprender y acometer la atención de la comorbilidad y las enfermedades crónicas, los cuidados ambulatorios en entornos heterogéneos, el trabajo en equipos multidisciplinarios con responsabilidades compartidas, la promoción de la salud, el trabajo en la familia y la comunidad, y la coordinación intersectorial¹⁵.

La reorientación de la organización hospitalaria es esencial para la atención de los procesos crónicos. La mayoría de los hospitales fueron diseñados para la atención de patología aguda, y sin embargo en la actualidad gran parte de su volumen de actividad está originado por los procesos crónicos. Puede haber resistencias a estos cambios, pero parte de estos hospitales deben reorientarse para la atención de pacientes crónicos y desarrollar alternativas al ingreso hospitalario, como hospital de día o unidades de corta estancia, y asumiendo un papel imprescindible de apoyo al primer nivel asistencial, bien mediante interconsultas en el propio centro de salud ("especialista consultor"), bien mediante interconsultas telefónicas o electrónicas. Por otra parte, en atención primaria es necesaria una mayor capacidad de resolución para evitar derivaciones injustificadas al nivel hospitalario que disminuyan la incertidumbre en el primer nivel, y potenciar la enfermería con un papel relevante en el seguimiento del proceso crónico, en la coordinación con los servicios sociales y en el apoyo al autocuidado, con el fin de que el paciente pueda ser atendido en su medio habitual⁵.



Figura 1. Porcentaje del gasto sanitario público (2002-2013) en atención primaria y atención hospitalaria.



4. El reto de la cronicidad

El aumento de la esperanza de vida (Figura 2) y los nuevos estilos de vida han condicionado un profundo cambio en el patrón epidemiológico que en la actualidad está cada día más dominado por las enfermedades crónicas. Este hecho preocupa a los expertos, pues condiciona un incremento incesante de la demanda y unas necesidades cada vez más diversificadas. Estas enfermedades ya suponen el 70% de las consultas de atención primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios, con estancias medias más prolongadas y con mayor utilización de los servicios de consulta médica, urgencias, hospitalización de día y consumo de medicamentos, lo que representa el 70% del gasto sanitario. Además, sus efectos trascienden al propio sistema¹⁶.

El impacto de las enfermedades crónicas es enorme, ya que afectan a la calidad de vida y condicionan una importante pérdida de autonomía personal. La discapacidad y la dependencia repercuten de manera notable en el ámbito familiar, afectando en particular a las personas cuidadoras, por lo general mujeres y con frecuencia también de avanzada edad.

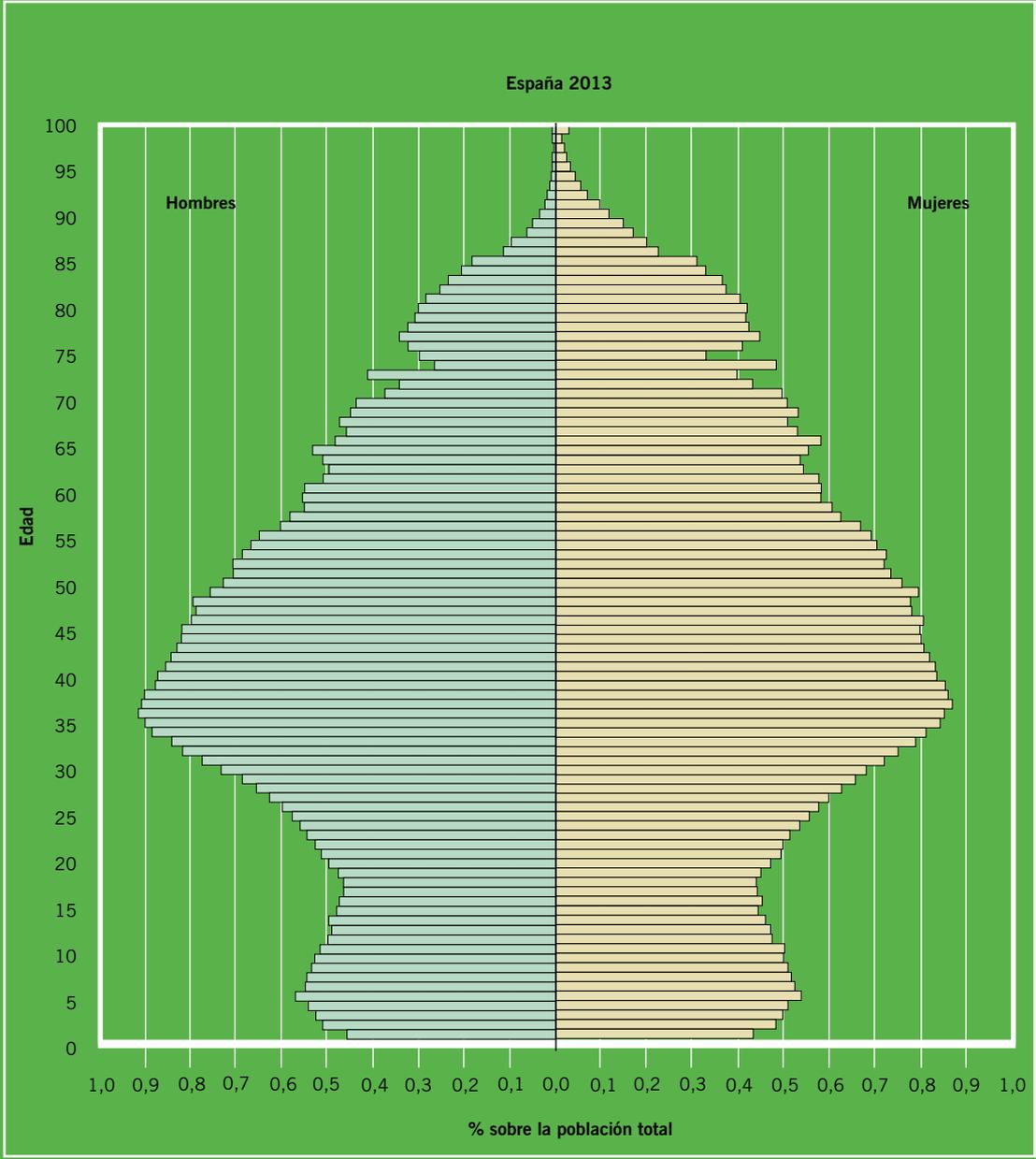
La repercusión económica es aún si cabe más notable y afecta a la propia sostenibilidad de todo el sistema público de provisión social.

En los últimos años, el sistema sanitario ha venido realizando un importante esfuerzo para tratar de dar respuesta a estos profundos cambios demográficos y epidemiológicos, realizando cada día más actividad sin que con ello se hayan logrado los resultados deseados. La respuesta no es cuantitativa, sino que se requieren profundos cambios cualitativos. El actual sistema fue diseñado para una sociedad con unos valores y unas necesidades sanitarias bien distintas. Se diseñó para atender problemas agudos y salvar vidas. Su éxito en este campo es incuestionable¹⁶.

Sin embargo, ese modelo de atención individual centrado en los procesos agudos de enfermedad es prestado de manera reactiva y fragmentada, desde un enfoque casi exclusivamente biomédico y superespecializado que no es adecuado para las necesidades de los pacientes crónicos. No resulta sanitaria-

F02

Figura 2.
Pirámide de edad española (2013).



Fuente: Padrón Municipal de Habitantes. Elaborado por J. Delgado. Disponible en: <http://familia.alzfae.org/wp-content/uploads/2014/01/piramide-de-espana-2013.jpg>

mente idóneo ni socialmente eficiente, y menos aún para los pacientes pluripatológicos.

Necesitamos un modelo adicional de atención que permita garantizar la continuidad y la integralidad requeridas en la atención a los enfermos crónicos. Y así lo ha entendido la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ha instado a los sistemas sanitarios de todo el mundo a adaptar sus modelos de atención a los principios del modelo de crónicos¹³.

Los objetivos generales de una estrategia de crónicos deben ser:

- Mejorar los resultados en salud y la calidad técnica de la atención.
- Mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida de pacientes y cuidadores.
- Promover la autonomía y la capacitación de pacientes y cuidadores.
- Mejorar la satisfacción de los pacientes por la atención recibida.
- Contribuir a la sostenibilidad del sistema asistencial.
- Promover una cultura de mejora continua de los procesos orientados al paciente.

Para obtener estos objetivos deberá incidirse en unas líneas estratégicas de actuación que pasarán por:

- **Estratificación o segmentación del paciente:** la segmentación es una técnica que ayuda a identificar colectivos homogéneos de pacientes y los patrones característicos de necesidad y comportamiento de cada grupo (Tabla 3).

- **Modelo de atención:** el nuevo modelo de atención a crónicos pretende redefinir la actual práctica asistencial rompiendo con la visión exclusivamente clínica y la fragmentación del sistema para construir un nuevo escenario sanitario que suponga un abordaje multidimensional del paciente, y que garantice una atención continuada e integrada (Figura 3).

1. Atención a crónicos leves: la función principal del sistema es dar soporte al autocuidado; el rol principal de los cuidados recae sobre el propio paciente. El paciente asume un papel responsable del cuidado de su salud, adquiriendo hábitos de vida saludable o aprendiendo habilidades, motivación y confianza para manejar los síntomas de la enfermedad, de tal manera que consiga una mejor calidad de vida, en colaboración con el profesional sanitario, y motivación. El objetivo es conseguir que el paciente sea una parte activa de su proceso asistencial (paciente experto, escuela de pacientes)⁸.

2. Atención a crónicos moderados: adquiere más relevancia la atención por el profesional y se habla de gestión del proceso. Se caracteriza por una corresponsabilidad equilibrada entre el sistema sanitario y el propio paciente.

3. Atención a crónicos graves: aquí hablamos de gestión de casos proactiva. El sistema asistencial asume la responsabilidad principal de los cuidados y presta un modelo de intervención proactiva que implica una intervención intensiva y programada orientada a prevenir de manera activa las descompensaciones y la pérdida de capacidad funcional.

T03

	Leve	Moderado	Severo	Total	
Asma	22.836	7.197	1.801	31.834	
Insuficiencia renal	5.014	1.507	588	7.109	
Ictus Ac. cerebrovascular	4.722	1.717	845	7.284	
Cardiopatía isquémica	6.083	1.780	673	8.536	
Insuficiencia cardíaca	1.532	607	486	2.625	
Diabetes	18.235	4.652	1.515	24.402	
EPOC con o sin Asma	5.229	1.433	896	7.558	
Dos enferm. crónicas	2 cardiocerebrovasc.	2.435	1.207	959	4.601
	1 respir + diabetes	1.794	671	375	2.840
	1 cardiocerebrvasc + diabetes	5.434	2.115	1.289	8.838
	1 cardiocerebrvasc + 1 respir	2.422	1.060	685	4.187
Tres o más de las enfermedades crónicas seleccionadas	1.552	881	1.064	3.497	
Demencia sola o acompañada de otras enfermedades crónicas	4.748	1.672	1.073	7.493	
Total	82.036	26.499	12.249	120.784	

Tabla 3.

Distribución del número de pacientes crónicos según su gravedad. Navarra, 2012.

Tomada de: Estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Disponible en: https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/

F03

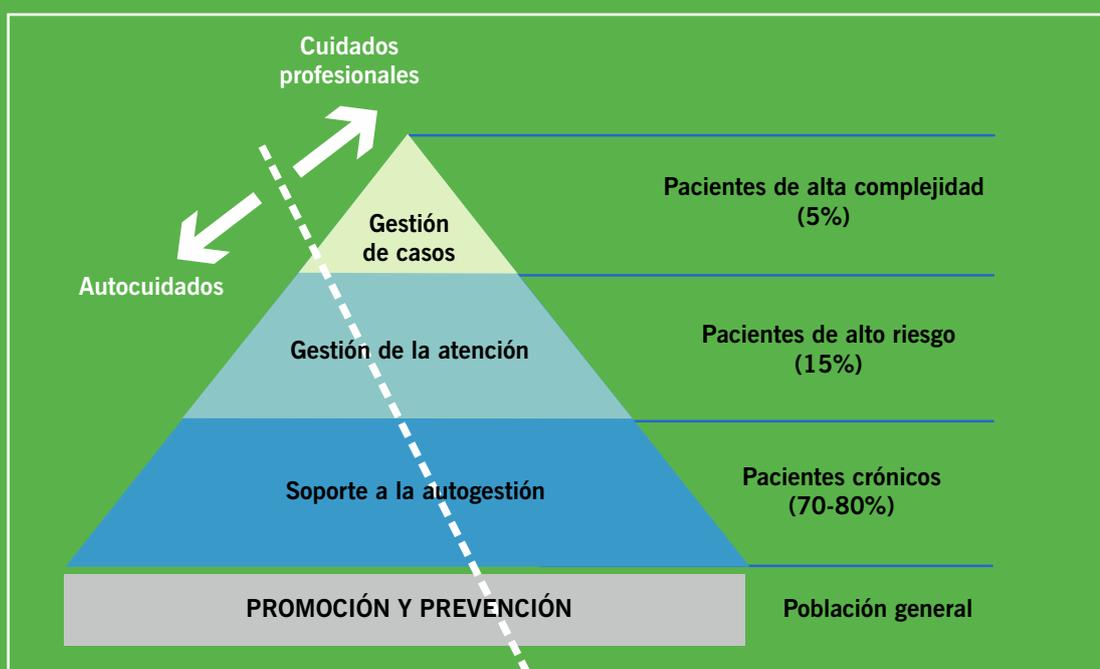


Figura 3.

Modalidades de atención de los cuidados según la pirámide de Kaiser.

Fuente: Estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Disponible en: https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/

4.1. Nuevos perfiles profesionales y responsabilidades

Corresponde al médico de familia estratificar la gravedad y realizar la asignación al paciente del plan integral de atención y su personalización, así como determinar el nivel de intervención de los especialistas hospitalarios en función de la complejidad del paciente y de su situación evolutiva.

La enfermera de atención primaria desempeña una función clave y asume el papel central en el diseño, la adecuación, el seguimiento y la actualización de los planes de cuidados personalizados. Aparece un nuevo perfil, que es el de la enfermera gestora de casos, que garantiza la continuidad de la atención por todo el sistema sanitario. La enfermera de enlace hospitalaria puede aparecer en aquellas áreas clínicas o servicios con competencias avanzadas, y su labor será gestionar los casos de alta complejidad mientras permanezcan en el ámbito hospitalario y garantizar la continuidad de la atención en la transición entre niveles, en coordinación con la enfermera de atención primaria o el resto del sistema sociosanitario.

El médico especialista aparece fundamentalmente en dos niveles de atención: el especialista consultor que actúa puntualmente en una interconsulta (presencial o no) y el especialista de referencia que será un profesional con nombre y apellidos que garantizará una atención personalizada en el ámbito ambulatorio y supervisará los episodios de hospitalización (generalmente será un especialista en medicina interna o geriatría).

El trabajador social es uno de los elementos más importantes para que la atención del paciente pueda realizarse en su entorno familiar y pueda darse respuesta a sus necesidades sociosanitarias. Es la garantía de una adecuada coordinación con los servicios sociales. Experiencias como la de Torbay¹¹ han demostrado que esta coordinación ha sido relevante para los buenos resultados en la reducción de las urgencias hospitalarias y la disminución de los días de estancia hospitalaria, lo que ha conllevado una reducción del gasto sanitario.

4.2. Tecnologías de la información y la comunicación

En todas las experiencias de integración asistencial, los sistemas de información y comunicación han sido elementos esenciales. La implantación de la historia clínica electrónica, facilitando el acceso a todos los profesionales de ambos niveles que intervienen en el proceso asistencial para garantizar la calidad de la atención, evitar duplicidades de pruebas diagnósticas, minimizar la iatrogenia y, consecuentemente, mejorar la eficiencia, es imprescindible.

Los avances en las tecnologías de la comunicación están siendo una herramienta de gran utilidad por su agilidad de contacto para los sectores implicados en la integración asistencial: atención primaria, atención hospitalaria, servicios de emergencia y recursos sociales⁸.

5. El farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria y atención primaria en las organizaciones sanitarias integradas

5.1. Gestión integrada del medicamento

Actualmente los pacientes reciben medicamentos de sus médicos de atención primaria, de los del segundo nivel, de los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios, y en muchas ocasiones de los profesionales que trabajan en instituciones sociosanitarias. Estas prescripciones están habitualmente compartimentalizadas, de tal forma que existe un desconocimiento, o al menos no un conocimiento exacto, entre los diferentes prescriptores de los medicamentos que toma el paciente. Por tanto, una primera necesidad, desde una perspectiva clínica, es garantizar una atención farmacéutica centrada en el

paciente y capaz de integrar coherentemente las decisiones terapéuticas de los agentes que actúan en las diferentes fases asistenciales.

El medicamento es un *input* de la atención transversal a los compartimentos asistenciales. El paciente arrastra los medicamentos por todo el sistema, y aquí se plantea un aspecto fundamental de la gestión integral del medicamento en el paciente: ¿quién asume la responsabilidad transversal e integrada del medicamento y su resultado en el paciente?

Los diversos modelos de integración asistencial que empieza a haber en las diferentes comunidades autónomas han llevado en al-

gunos casos a que los farmacéuticos de atención primaria y los farmacéuticos de hospital trabajen bajo una misma gerencia u organización integrada. Independientemente de cuál sea la organización, las actividades del farmacéutico se enclavarán bien en el ámbito de la atención primaria o bien en el ámbito hospitalario, teniendo en cuenta que se necesitará una coordinación apropiada entre ambos y que deben tener como eje de trabajo la atención al paciente.

Más allá del control y la supervisión de la medicación en las transiciones asistenciales, que como hemos visto es de especial trascendencia e importancia, nos encontramos en la actualidad con una realidad cada vez más preocupante, como es la **polimedicación** crónica. El uso de más medicamentos de los clínicamente indicados, o de **fármacos inadecuados** tanto en términos cualitativos como cuantitativos, es un problema de salud pública de primer orden. Conceptos como el establecimiento de la carga farmacológica tolerada y la “**desprescripción**” deben empezar a formar parte de las tareas habituales del médico de atención primaria.

La receta electrónica es ya una realidad en gran parte de nuestro Sistema Nacional de Salud, y es de esperar que en un corto periodo de tiempo esté totalmente extendida tanto en atención primaria como en el segundo nivel asistencial. Los módulos de prescripción electrónica integrados en la historia clínica de atención primaria, especializada y hospitalaria muestran en tiempo real la información del plan de medicación del paciente (medicamento, posología y duración del tratamiento). Consiguen, además, una comunicación directa mediante mensajería o alertas entre los médicos prescriptores y la propia oficina de farmacia.

5.2. Principales tareas de la gestión integrada del paciente crónico/polimedcado en el ámbito hospitalario

5.2.1. Conciliación de la medicación al ingreso y al alta

Un importante porcentaje de los errores de medicación se producen en la transición asistencial¹⁷. La pluripatología y la polimedicación de los pacientes, la falta de un registro único de salud, la necesaria adaptación a la guía de hospital y la propia estancia hospitalaria son las principales razones de la necesaria conciliación.

El farmacéutico de hospital debe ser el profesional responsable de la valoración del listado completo y exacto de la medicación previa del paciente con la prescripción médica después de la transición asistencial. Si se encuentran discrepancias, duplicidades o interacciones en los tratamientos crónicos y hospitalarios, deben comentarse con el médico y, si procede, modificar la prescripción médica¹⁸.

En este contexto, el farmacéutico de hospital debe desarrollar las siguientes funciones relacionadas con la cronicidad¹⁶:

- Establecer y aplicar los procedimientos oportunos para garantizar la **conciliación** de la medicación en los pacientes pluripatológicos hospitalizados.
- Establecer y aplicar los procedimientos oportunos para la mejora de la **seguridad**, identificando interacciones, contraindicaciones y **efectos adversos**.
- Desarrollar actividades dirigidas a evaluar y mejorar el **cumplimiento** terapéutico del paciente.

- Colaborar en la educación al paciente crónico grave para el mejor conocimiento de los medicamentos prescritos al alta, que permita mejorar su seguridad y garantizar un mejor cumplimiento terapéutico (qué toma, para qué, cuándo y cómo, durante cuánto tiempo, posibles efectos adversos, etc.).
- Recomendar sistemas personalizados de dosificación (SPD) al alta en aquellos pacientes que lo requieran.
- Participar en la definición de los patrones de tratamiento farmacológico de los perfiles de pacientes priorizados.

5.2.2. Información al paciente

En el momento del alta es clave que los profesionales sanitarios que gestionan al paciente transmitan la información oral y escrita suficiente para que este pueda gestionar adecuadamente su tratamiento. En este sentido, el farmacéutico de hospital debe tener un papel importante en la elaboración de dicha información.

Con los pacientes que necesiten recibir medicamentos dispensados en el hospital, los farmacéuticos de hospital serán los responsables de la información oral y escrita sobre los medicamentos dispensados en su servicio, pero también reforzarán la información sobre el resto de los medicamentos que toma el paciente, ya que la historia única permitirá un conocimiento completo del historial farmacológico del paciente.

5.2.3. El farmacéutico de hospital en el ámbito sociosanitario

Cada vez más comunidades están legislando acerca de la atención farmacéutica en

los centros sociosanitarios¹⁹. De esta forma, se está empezando a dar servicio farmacéutico a centros sociosanitarios desde algunos servicios de hospital. A este respecto, el suministro, la supervisión, el control y la gestión integral del medicamento los realiza el farmacéutico de hospital, incorporándose de alguna forma al equipo asistencial y participando en la valoración integral del paciente en colaboración con el resto de los profesionales del centro sociosanitario.

Sea como sea en el futuro, en este campo, cada vez más centros sociosanitarios dispondrán de atención farmacéutica desde servicios de farmacia propios, mancomunados o desde un servicio de farmacia hospitalario o central, y será el farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria y atención primaria quien gestionará la atención farmacéutica de los residentes en esos centros.

5.3. Principales tareas de la gestión integrada del paciente crónico/polimedicado en el ámbito de atención primaria

5.3.1 Revisión de la medicación²⁰

Diferentes estudios muestran una alta incidencia de problemas relacionados con los medicamentos, sobre todo en población mayor de 65 años, que podrían ser corregidos con una revisión sistemática de la medicación. La revisión de la medicación se fundamenta en la adecuación del tratamiento farmacológico a lo largo del tiempo en el paciente crónico (Tabla 4). En general, la adecuación lleva implícitos una serie de valores y procedimientos que reflejan la calidad de la prescripción farmacológica:

T04

Tabla 4.

Tipo de revisión de la medicación.

Tipo de revisión de la medicación						
<p>Tipo 1. Revisión de la prescripción</p> <p>Tipo 2. Revisión de la prescripción, a concordancia y adherencia terapéutica</p> <p>Tipo 3. Revisión clínica de la medicación</p>						
Características del tipo de revisión de la medicación						
	Objetivo de la revisión	Presencia del paciente	Acceso información clínica del paciente	Incluye todo el listado de medicamentos	Incluye medicamentos sin receta y fitoterapia	Revisión de medicamentos y/o condición clínica
Tipo 1	Revisa elementos técnicos de la prescripción: anormalidades, cambios y coste efectividad.	NO	Posiblemente	Posiblemente	NO	Sólo medicamentos
Tipo 2	Revisar los aspectos relacionados con el comportamiento del paciente en el manejo de la medicación.	SÍ	Posiblemente	SÍ	SÍ	Utilización de los medicamentos
Tipo 3	Revisar los aspectos relacionados con el uso de medicamentos del paciente en el contexto de su condición clínica.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	Medicamentos, utilización y condiciones clínicas

Fuente: Izko N, Massot M, Palma D. Revisión de la medicación. En: Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. Madrid: SEFAP; 2012. p. 73-121.

- Tener en cuenta las necesidades reales del paciente en relación con la medicación.
- Considerar la carga farmacológica tolerada por el paciente, así como las preferencias de este.
- Conocer los aspectos técnicos y científicos sobre el uso racional del medicamento y el beneficio general de la medicación para el paciente y sus familiares.

La revisión de la medicación presenta numerosos beneficios para el paciente:

- Mejora su seguridad, reduciendo los problemas relacionados con los medicamentos:
 - Eliminar la medicación que el paciente no necesite.
 - Prescribir un fármaco que necesita y en cambio no figura.
 - Detectar acontecimientos adversos respecto a sus medicamentos.
 - Disminuir los ingresos hospitalarios, las visitas a urgencias y las visitas médicas causadas por reacciones adversas de sus medicamentos.
- Mejora sus resultados en salud y logra un mayor control de sus patologías.
- Aumenta la adherencia terapéutica.
- Mejora la calidad asistencial y de vida del paciente.

En la revisión crítica y estructurada de la medicación de estos pacientes, el farmacéutico realiza la máxima expresión de su potencial como farmacéutico clínico. La presentación al

médico y la enfermera de atención primaria de los informes de revisión de la medicación debe ser un trabajo sistemático en aquellos pacientes seleccionados por su complejidad o polimedición.

Las herramientas más utilizadas para llevar a cabo este trabajo son los criterios de Beers, los *STOPP*, el cuestionario *Hamdy* y la *NO TEARS TOOL*, aunque existen otros que generalmente son de mayor complejidad.

5.3.2. Mejora de la adherencia terapéutica²¹

Un informe publicado por la OMS menciona que la no adherencia en la toma de la medicación en los países desarrollados puede afectar al 50% de los pacientes diagnosticados de patologías crónicas. Las consecuencias de una baja adherencia terapéutica tienen una enorme relevancia sanitaria, pues disminuye la eficacia de las recomendaciones sanitarias, se desaprovechan recursos al financiar fármacos que luego no son tomados y se dificulta la evaluación de los resultados terapéuticos.

El farmacéutico en el ámbito de atención primaria debe contribuir a la formación de los miembros del equipo de atención primaria en todas las dimensiones relacionadas con la medicación. Su rol debe centrarse en promover las estrategias para mejorar las habilidades de los profesionales sanitarios para favorecer la adherencia terapéutica de sus pacientes. Así mismo, debe facilitar la formación sobre efectos adversos e interacciones medicamentosas destinada a los profesionales de atención primaria, dada su relevancia en los problemas relacionados con la adherencia. Por otro lado, la expansión de las tecnologías de la información en atención primaria permite sistematizar la identifica-

ción de los problemas relacionados con la adherencia y adaptar las estrategias de mejora a estos.

Los profesionales de atención primaria pueden contar con algoritmos que valoren la adherencia y así poder sistematizar las intervenciones para mejorarla (Tabla 5).

5.3.3. Información sobre los medicamentos a los pacientes²²

Informar al paciente sobre los medicamentos es un elemento básico que debe considerarse como un eslabón más dentro del proceso farmacoterapéutico del paciente, en el cual

quedan englobados aquellos aspectos necesarios para conseguir el éxito de la terapia farmacológica. Sin embargo, existen datos que evidencian que el aspecto de la asistencia sanitaria en el que los pacientes expresan mayor insatisfacción es en la información proporcionada por los profesionales sanitarios. A este respecto, el papel fundamental del farmacéutico de atención primaria será formar a los profesionales de este ámbito sobre las cuestiones clave en la información acerca de medicamentos dirigida a los pacientes, así como el diseño y la elaboración de la información escrita que se les debe entregar (Tabla 6).

Para todos los tratamientos	
Información	<ul style="list-style-type: none"> - Simplificar la pauta tanto como sea posible. - Proporcionar al paciente instrucciones claras sobre el régimen terapéutico prescrito a ser posible entregarlas también por escrito.
Para tratamientos crónicos	
Recordatorios	<ul style="list-style-type: none"> - Prescribir la medicación adaptada a las actividades cotidianas del paciente. - Recordar la importancia del cumplimiento en cada visita. - Ajustar la frecuencia de las visitas a las necesidades del paciente. - Llamar al paciente si no acude a la visita programada.
Premios	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer los esfuerzos que realiza el paciente en cada visita para mejorar la adherencia. - Reducir el número de visitas si la adherencia es adecuada.
Soporte social	<ul style="list-style-type: none"> - Implicar a familia y amigos.

Fuente: Amado E. La adherencia terapéutica. En: Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. Madrid: SEFAP; 2012. p. 129-54.

Mensajes clave	
• Denominación Común Internacional y nombre comercial del medicamento.	
• Indicación y acción esperada:	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo que ha de transcurrir hasta el inicio de la acción terapéutica. - Descripción de los síntomas que desaparecerán y de aquellos que no lo harán.
• Dosis, frecuencia y vía de administración.	
• Duración del tratamiento.	
• Administración del tratamiento:	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas adecuadas de administración. - Administración respecto a los alimentos. - Otras consideraciones especiales.
• Precauciones.	
• Reacciones adversas:	<ul style="list-style-type: none"> - Cómo reconocerlas. -Cuál puede ser su gravedad. - Cuánto puede durar. - Qué hacer si se presentan.
• Medidas frente al olvido de una dosis.	
• Interacciones con otros medicamentos, pero sólo las más frecuentes o que puedan tener relevancia clínica con fármacos que no necesitan prescripción médica y a los que, por tanto, el paciente tenga una mayor facilidad de acceso.	

Fuente: Durán C. Entrevista clínica e información de medicamentos a pacientes. En: Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. Madrid: SEFAP; 2012. p. 11-33.



Tabla 5.

Estrategias de mejora de la adherencia terapéutica propuestas por Haynes.



Tabla 6.

Mensajes clave en la información escrita sobre medicamentos.

6. Bibliografía

1. Vázquez ML, Vargas I, Nuño R, Toro N. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(Supl):94-101.
2. Foro de Transformación Sanitaria: la implementación de sistemas locales de salud. Deusto Business School Health; 2014.
3. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hosp Health Serv Adm.* 1993;38(4):447-66.
4. Kodner D, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care.* 2002;2:e12.
5. Organizaciones sanitarias integradas: modelos organizativos y alianzas estratégicas con el entorno. Barcelona: Antares Consulting; 2013. (Consultado el 2 de enero de 2015.) Disponible en: <http://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/73b5cd2b6bc5148c117f68db4d7eff2a4f03f68f.pdf>
6. Gillies RR, Shortell SM, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hosp Health Serv Adm.* 1993;38(4):467-89.
7. Burns LR, Pauly MV. Integrated delivery networks: a detour on the road to integrated health care? *Health Affairs.* 2002;21:128-43.
8. Aguilera M, Prieto A. Gestión clínica en atención primaria. Retos de la gestión integrada. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014. Tema 13.2. (Consultado el 21 de diciembre de 2014). Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:500949&dsID=n13.02_Gestion_Clinica_en_atencion_primaria.pdf
9. Curry N, Ham C. Clinical and service integration: the route to improved outcomes. The King's Fund. 2010. (Consultado en diciembre de 2014.) Disponible en: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/clinical-and-service-integration>
10. Shapiro J, Smith S. Lessons for the NHS from Kaiser Permanente. *BMJ.* 2003;327:1241.
11. Thistlethwaite P. The King's Fund. 2011. (Consultado en diciembre de 2014.) Disponible en: <http://www.kingsfund.org.uk/press/press-releases/kings-fund-and-nhs-confederation-hold-joint-nhs-workforce-conference>
12. Boaden R, Dusheiko M, Gravelle H, Parker S, Pickard S, Roland M, *et al.* Evercare: evaluation of the Evercare approach to case management: final report. National Primary Care Research and Development Centre (NPCRDC). 2006. (Consultado en diciembre de 2014.) Disponible en: <http://www.population-health.manchester.ac.uk/primarycare/npcrdc-archive/Publications/NOV06%20EVERCARE%20FINAL%20REPORT.pdf>
13. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. (Consultado en enero de 2015.) Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
14. Fundación Gaspar Casal. El blog de Juan del Llano. (Consultado en diciembre de 2014.) Disponible en: <https://fundaciongasparcasal.wordpress.com/2012/09/28/integracion-de-niveles-asistenciales-y-descentralizacion-sanitaria-evaluar-evaluar-y-evaluar/>

15. Osatzen. Sociedad Vasca de Medicina de Familia y Comunitaria. Movimiento No sin primaria 2014. (Consultado en diciembre de 2014.) Disponible en: <http://www.osatzen.com/blog-osatzen/2014/09/movimiento-nosinprimaria.html>
16. Estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. 2013. (Consultado en diciembre de 2014.) Disponible en: https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos
17. Rozich JD, Resar RK. Medication safety: one organization's approach to the challenge. *J Clin Outcomes Manag.* 2001;8(10):27-34.
18. Roure C, Delgado O, Aznar MT, Villar Y, Fuster L. Grupo coordinador del grupo de trabajo de la SEFH de conciliación de la medicación. Documento de consenso sobre terminología, clasificación y evaluación de los programas de conciliación de la medicación 2009. Barcelona: Mayo; 2009.
19. Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre, de Atención Farmacéutica. *Boletín Oficial de Navarra*, nº 143, de 27 de noviembre de 2000.
20. Izko N, Massot M, Palma D. Revisión de la medicación. En: Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. Madrid: SEFAP; 2012.p. 73-121.
21. Amado E. La adherencia terapéutica. En: Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. Madrid: SEFAP; 2012: p. 129-54.
22. Durán C. Entrevista clínica e información de medicamentos a pacientes. En: Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. Madrid: SEFAP; 2012.p. 11-33.