



REUNIONES DE PEDIATRÍA DEPARTAMENTALES

COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA- ATENCIÓN ESPECIALIZADA



- **Reforma Sanitaria 80:**
2 niveles asistencia sanitaria
- **Pilar esencial Sistema Sanitario Público:**
 - **Continuidad asistencial**
 - **Atención integral**
 - **Uso racional recursos**

Evolución de la relación entre atención primaria y especializada 1992-2001: estudio Delphi

N. Gómez-Moreno^a, D. Orozco-Beltrán^b, C. Carratalá-Munuera^b y V. Gil-Guillén^b

Objetivo. Valorar la tendencia en la relación de atención primaria (AP) y especializada (hospital) en 2 momentos diferentes de la reforma sanitaria, al inicio (1992) y tras una fase de consolidación (2001).

Diseño. Estudio cualitativo basado en la técnica Delphi modificada.

Emplazamiento. Comunidad Valenciana.

Participantes. Se seleccionó a un total de 196 profesionales de la Comunidad Valenciana (103 coordinadores de AP, 43 directores médicos hospitalarios y de AP, y 50 jefes de servicio de medicina interna/urgencias).

Resultados. Se enviaron 196 cuestionarios, con una tasa de respuesta del 38%. Desde AP los problemas se mantienen, con un empeoramiento en la desmotivación del personal sanitario (+1,34), la falta de visión integral del paciente (+1,10) y la masificación asistencial (+1,06), y un mejoría en la presencia de especialistas de ambulatorio no integrados (-1,32). Desde el ámbito hospitalario empeora la falta de visión integral del paciente (+0,51), pero destaca la mejoría generalizada de los problemas, sobre todo la falta de comunicación y diálogo (-1,14).

Las soluciones que aumentan su demanda desde AP son una historia clínica única informatizada (+1,50), la elaboración de

INTER-PROFESSIONAL
RELATIONSHIP BETWEEN PRIMARY
HEALTH CARE (PHC) AND
SECONDARY CARE (HOSPITAL) IN
1992 AND 2001. A DELPHI STUDY

Aim. To evaluate the trends in the inter-professional relationship between primary health care (PHC) and secondary care (hospital) at 2 different moments of the health reform, at its start in 1992 and after a phase of consolidation (2001).

Design. Observational study based on modified Delphi technique.

Setting. Valencia Community, Spain.

Participants. One hundred and ninety six professionals from Valencia Community were selected (103 PH centre administrators, 43 hospital and PC medical directors, and 50 heads of internal medicine or emergency services).

Results. One hundred and ninety six questionnaires were sent out, with a response rate of 38%. In PHC problems remained the same, but the following got worse: "lack of motivation" (+1.34), "lack of overall vision of patients" (+1.10), and "overuse of medical services" (+1.06). The existence of non-integrated out-patient specialists got better (-1.32). In hospitals, "lack of overall vision of

Problemas detectados

- Falta de comunicación y diálogo
- Falta de seguimiento a pacientes hospitalizados
- Falta de consideración profesional hacia el médico de Primaria
- Falta de uniformidad de criterios
- Desconocimiento de actividades del “otro nivel”
- Falta de “visión integral del paciente”
- Distinto concepto de “salud”
- Masificación de la demanda asistencial
- Prescripción delegada
- Barrera de los especialistas no integrados



La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas

Rebeca Terraza Núñez / Ingrid Vargas Lorenzo / María Luisa Vázquez Navarrete
Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut, Consorci Hospitalari de Catalunya, Barcelona, España.

(Coordination among healthcare levels: systematization of tools and measures)

Resumen

La mejora de la coordinación asistencial es una prioridad para muchos sistemas de salud y, especialmente, para la atención de problemas de salud crónicos en los que intervienen múltiples profesionales y servicios. La abundancia de estrategias y mecanismos de coordinación promovidos requiere una sistematización que ayude a utilizarlos de forma adecuada. El objetivo del artículo es analizar la coordinación asistencial y sus instrumentos, a partir de la teoría organizacional. Los mecanismos se pueden clasificar según el proceso básico utilizado para la coordinación de las actividades, programación o retroalimentación. La combinación óptima de mecanismos dependerá de 3 factores: grado de diferenciación de las actividades asistenciales, volumen y tipo de interdependencias y grado de incertidumbre. Históricamente, los servicios sanitarios han confiado la coordinación a la estandarización de las habilidades y, de manera más reciente, de los procesos mediante guías, mapas y planes. Su utilización resulta insuficiente para enfermedades crónicas en las que intervienen diversos profesionales con interdependencias recíprocas, variabilidad en la respuesta y un volumen de información procesada elevado. En este caso, son más efectivos los mecanismos basados en la retroalimentación, como grupos de trabajo, profesionales de enlace y sistemas de información vertical. La evaluación de la coordinación asistencial ha sido realizada hasta el momento de forma poco sistemática, mediante la utilización de indicadores de estructura, proceso y resultado. Las diversas estrategias e instrumentos se han aplicado, sobre todo, en los niveles sociosanitario y de salud mental; uno de los retos para la coordinación es extender y eval-

Abstract

Improving healthcare coordination is a priority in many healthcare systems, particularly in chronic health problems in which a number of professionals and services intervene. There is an abundance of coordination strategies and mechanisms that should be systematized so that they can be used in the most appropriate context. The present article aims to analyse healthcare coordination and its instruments using the organisational theory.

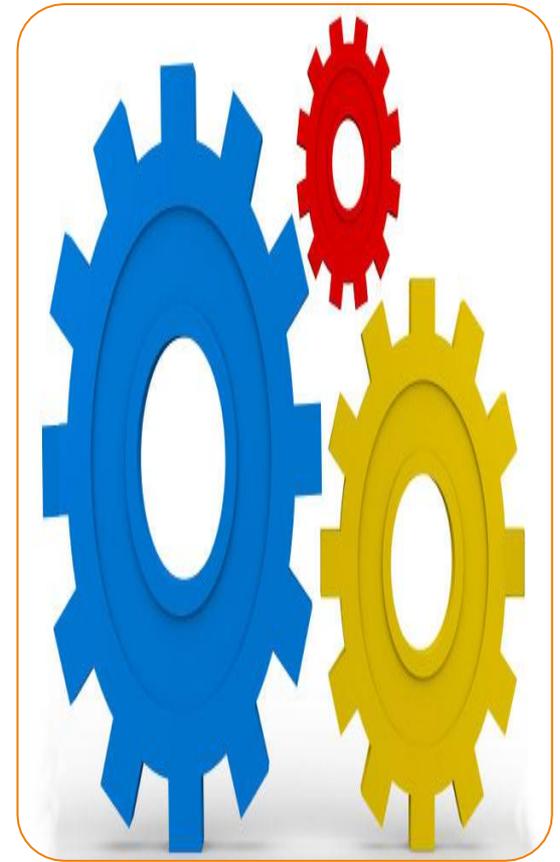
Coordination mechanisms can be classified according to two basic processes used to coordinate activities: programming and feedback. The optimal combination of mechanisms will depend on three factors: the degree to which healthcare activities are differentiated, the volume and type of interdependencies, and the level of uncertainty. Historically, healthcare services have based coordination on skills standardization and, most recently, on processes standardization, through clinical guidelines, maps, and plans.

Their utilisation is unsatisfactory in chronic diseases involving intervention by several professionals with reciprocal interdependencies, variability in patients' response to medical interventions, and a large volume of information to be processed. In this case, mechanisms based on feedback, such as working groups, linking professionals and vertical information systems, are more effective.

To date, evaluation of healthcare coordination has not been conducted systematically, using structure, process and result indicators. The different strategies and instruments have been applied mainly to long-term care and mental health and one of the challenges to healthcare coordination is to extend

Problemas detectados

- Desconfianza entre especialistas y MG/MF
- Retención excesiva de pacientes en circuitos hospitalarios
- Insuficiente desarrollo de la Reforma Sanitaria
- Tamaño excesivo del Área de Salud
- Ubicación de la tecnología en el nivel especializado
- Desconocimiento de lo que es atención primaria de la salud a nivel secundario
- Idealización de los medios de alta tecnología y hospitalarios
- Persistencia de la relación Médico de Familia-Especialista como alumno/profesor



¿Está coordinado el Servicio de Pediatría? Encuesta a pediatras de Valencia y soluciones

J. Boscà Berga*, J.M. Paricio Talayero**

Resumen. *Objetivo:* Identificar problemas y soluciones a la coordinación entre los diversos niveles de atención pediátrica.

Método: Encuesta al 66% de pediatras de centro de salud (PCS) de la "gran ciudad de Valencia" (ciudad+30 km.). Preguntas: 1. Problemas para la coordinación PCS-pediatra de hospital (PH), 2. Soluciones, 3. Número de niños atendidos por PCS al día (NPD), media y rango.

Resultados: Contestó el 54% de PCS (n=51), 81% de la muestra.

**Problemas;* falta: coordinación (100%), organización institucional (98%), comunicación (96%), acceso a informes de consulta externa (84%), tiempo y movilidad - en horario laboral - del PCS para coordinación con el PH (33%), servicio de urgencia y de atención continua o Servicio de Urgencias de Atención Primaria Infantil (SUAPI) unificado (4%).

**Soluciones:* No hay (6%), organizativa global institucional (94%): Jerarquizar PH+PCS, Reuniones y protocolos consensuados, Rotatorio (PCS, PH, MIR-pediatría) por centro de salud y Hospital, Intercomunicación institucionalizada, Asignación de un tiempo y movilidad para la coordinación, en horario laboral del PCS, Limitar el NPD, Planificar el SUAPI de área hospitalaria.

**Media de NPD:* 32 ± 8 (rango: 5-100). 92% PCS atendieron >20 NPD, 63% > 30, 17% > 40, 2% > 50. A > 6 km. de la ciudad, no hay coordinación y es mayor el NPD (P< 0,02).

Conclusiones: No hay coordinación PH-PCS. La mayor distancia al hospital aumenta la sobrecarga y coincide con falta de coordinación. Falta gestión institucional global coordinada.

An Esp Pediatr 1997;46:565-570.

Palabras clave. Coordinación pediátrica; Pediatría de Atención Primaria; Pediatría Extrahospitalaria; Urgencias; Gestión Sanitaria;

which represented 81% of the sample. Problems were identified in coordination (100%), institutional organization (98%), communication (96%), access to reports from outpatient clinics (84%), lack of time and mobility of the HCP (33%), and in the structure of the emergency service for primary child care (ESPCC; 4%). The suggested solutions were: None (6%), global institutional organization (94%) by creating a hierarchy in the HP and HCP, meetings and protocols by consensus, rotation of HP, HCP and pediatric residents between health centers and hospitals, institutionalized intercommunication, allotting time and work mobility to HCP, limiting patients per day and planning ESPCC in hospitals. The average number of patients per day was 32± 8 patients/day (pd), range: 5-100 pd, with 92% of the HCP seeing > 20 pd, 63% > 30 pd, 17% > 40 pd and 2% > 50 pd. At > 6 km from the city there is no coordination and the number of patients/day is greater (p<0.02).

Conclusions: There is no institutionalized coordination between HP and NCP. The greater the distance from the city, the greater the overload and the lower the coordination. There is a lack of institutional organization.

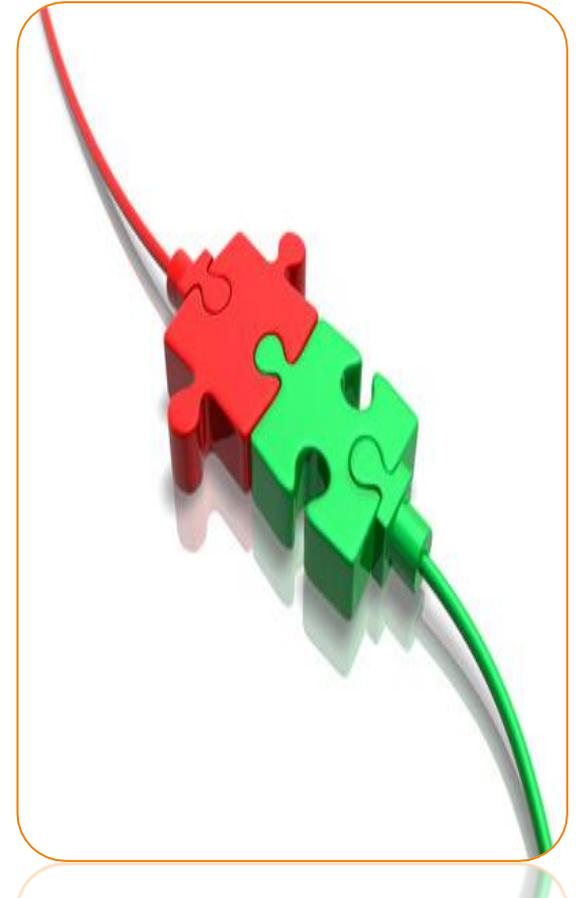
Key words: Pediatric coordination. Primary care pediatrics. Ambulatory pediatric emergency service. Health management. Primary care.

Introducción y objetivos

La atención primaria (AP) es cualquier servicio o atención primera que se presta a una persona o colectivo; si nos referimos a la salud o a la enfermedad, podemos decir que la AP es el servicio que hace de puerta de entrada o que comunica

Problemas detectados

- Problemas en el proceso de **derivación**: falta de información médica de consulta externa especialidades, exceso de burocracia
- Problema de falta de **comunicación** entre el pediatra hospitalario y el pediatra del CS: poco conocimiento personal, no sesiones conjuntas , falta de respeto mutuo
- Problemas **organizativos**: falta de protocolos conjuntos, no sensación de “formar equipo” con los compañeros del Área sanitaria, falta de un sistema de coordinación institucional

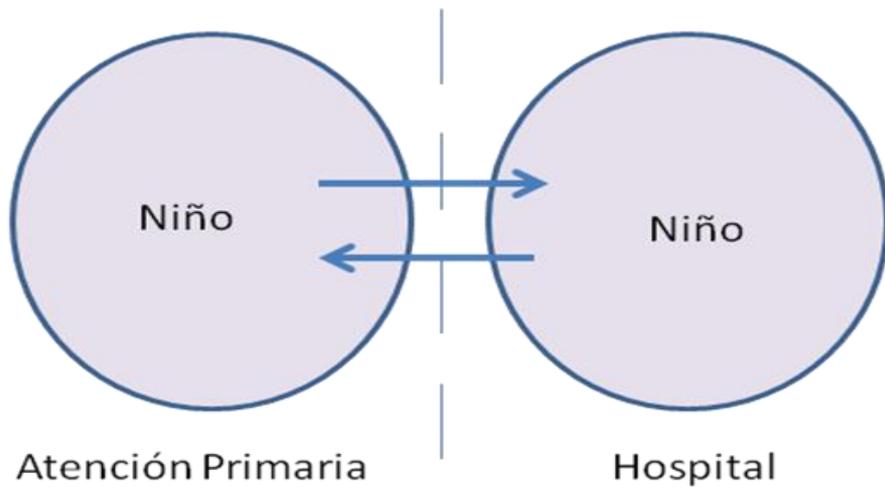


COORDINACIÓN GLOBAL AP / AE



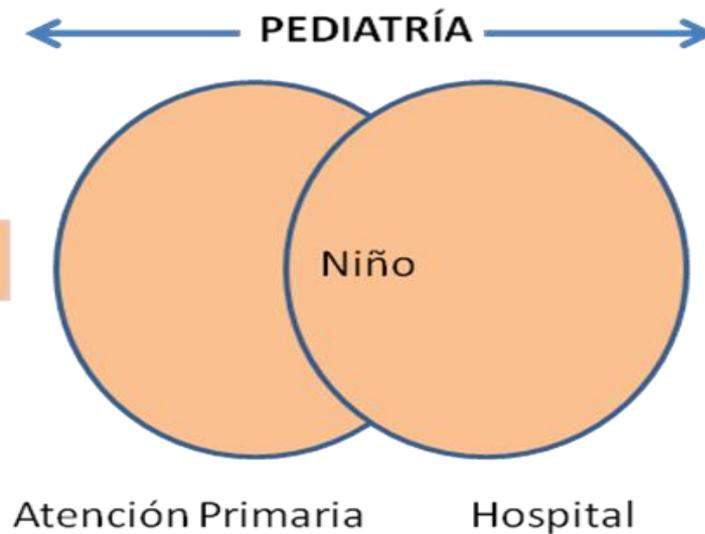
- **ASISTENCIA**
- **DOCENCIA**
- **INVESTIGACIÓN**
- **GESTIÓN**

ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN HOSPITALARIA
Nº elevado de procesos	Nº limitado de procesos
Baja complejidad técnica	Alta complejidad técnica
Toda la población	Población enferma y grave
Demanda libre	Demanda limitada y programada
Tto ambulatorio	Tto ambulatorio e ingreso
<p>Funciones complementarias desde una perspectiva común PEDIATRÍA= medicina integral de la infancia</p>	



= Modelo habitual

Modelo deseado =



Coordinación ASISTENCIAL

- Mayor calidad del proceso asistencial
- Mejorar la comunicación de datos de un mismo paciente
- Utilizar más correctamente los servicios de urgencias
- Mayor racionalización del gasto sanitario
- Incremento de la satisfacción del usuario



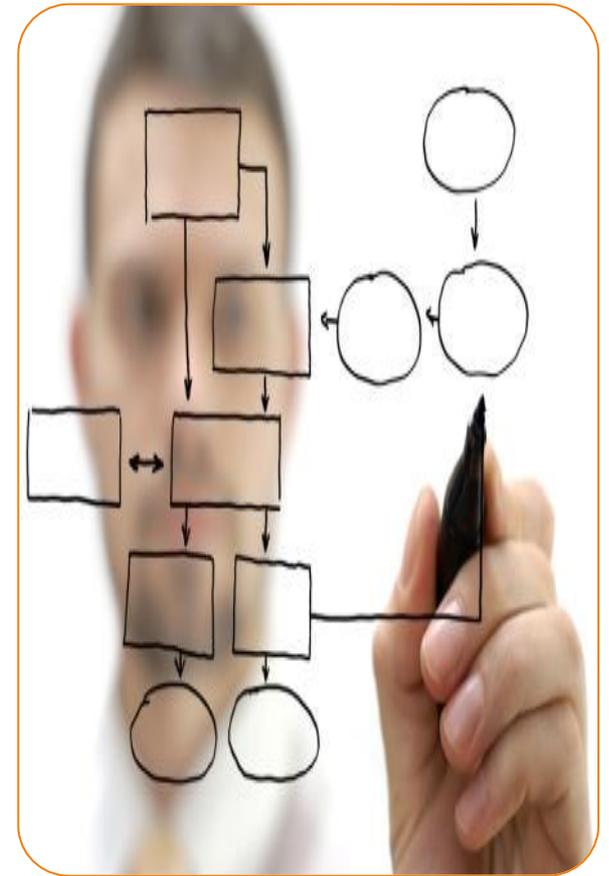
Coordinación DOCENCIA

- Reuniones periódicas todos pediatras del Departamento de Salud
- Revisiones de temas útiles en la práctica: guías de actuación conjuntas, protocolos de derivación, algoritmos de actuación, planes de atención continuada, etc.
- Formación MIR compartida con Centros de Salud: mínimo de 3 meses



Coordinación INVESTIGACIÓN

- Romper dependencia hospitalaria y vencer:
 - Aislamiento
 - Presión asistencial
 - Falta de tiempo
 - Ausencia de formación
- Romper barreras:
 - Investigación conjunta AP y AE



Coordinación **GESTIÓN**

- Gestión de la asistencia sanitaria individual: eficacia
- Gestión de los procesos asistenciales: efectividad
- Gestión de la utilización de los recursos: eficiencia
- Cartera de Servicios común
- Lista de distribución



Línea estratégica 3 del Plan Asistencial (PTG): Facilitar la coordinación AP y AE



- **OBJETIVOS**
- **PLANES DE ACCIÓN**
- **CRONOGRAMA**

Objetivos Reuniones Departamentales

- Ser **punto de encuentro** profesional y humano de pediatras de Dpto de Salud
- Favorecer la **coordinación del trabajo** en todas las facetas: asistencial, docente, investigador y de gestión
- Abordar **temas de la práctica clínica**, importantes por su prevalencia o problemática en su manejo conjunto AP-AE, de forma que en cada reunión surja un protocolo común de actuación y derivación



Organigrama Reuniones Departamentales

- Día: todos los **segundos miércoles** de cada mes (salvo julio, agosto y septiembre)
- Hora: 14 a 15 hs
- Lugar: **Aula 1 de Docencia**
- Convocados: los 110 pediatras del Dpto de Salud Alicante-HG, tanto de AP como de AE



Cronograma Reuniones Departamentales

- Primera reunión: 11 noviembre 2014
Tema: **Algoritmo de derivación en alteraciones del desarrollo sexual**
- Segunda reunión: 10 diciembre 2014
Tema: **Protocolo de manejo del estreñimiento funcional**
- Tercera reunión: 14 enero 2015
Tema: **RCP en Pediatría**

