
Programas sobre adaptación estructural del Sistema Sanitario derivados de los objetivos del Plan de Salud 2001-2005

Programme on structural adaptation of the Health System deriving from the aims of the Health Plan 2001-2005

J.J. Viñes¹, I. Lanzeta

PROGRAMA SOBRE ADAPTACIÓN ESTRUCTURAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LOS OBJETIVOS DEL PLAN DE SALUD

Varios de los objetivos del Plan de Salud 2001-2005 referidos a las áreas prioritarias de actuación, implican a las Estructuras de Atención Primaria en donde van a ser llevados a cabo, a través de intervenciones en relación a: la detección precoz del riesgo cardiovascular y de ciertos tumores; el Proceso Asistencial de los trastornos mentales, cardiovasculares y neurodegenerativos; y programas activos de docencia y formación específica.

A los profesionales de Atención Primaria les corresponde el control de los factores de riesgo de cada individuo y, por tanto, la adopción de las medidas preventivas individuales en las que se requiere la participación activa del propio paciente, siempre bajo el apoyo y la supervisión de aquéllos. Es en la Atención Primaria donde esta relación se hace más patente, y donde se deben intentar cambiar los comportamientos no saludables de los individuos y disminuir los factores detectados de riesgo individualmente en la medida de lo posible.

En consecuencia, se hace necesario un diagnóstico activo de los factores de riesgo

de los individuos, lo que se materializa en el caso de las enfermedades cardiocerebrovasculares en la implantación del protocolo "Valoración del riesgo cardiovascular global en Atención Primaria", así como el establecimiento de una sistemática acción de prevención y de evaluación de los resultados en las personas beneficiadas.

Hay evidencia sobre la efectividad del Consejo clínico en el cambio de comportamientos relacionados con la salud de los pacientes en riesgo, de tal modo que para cumplir los objetivos propuestos, una vez detectadas las personas con factores de riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular, cerebrovascular o cáncer, se plantea el desarrollar programas de consejo individual para favorecer en su caso la dieta saludable, promover el ejercicio físico, favorecer la cesación del hábito tabáquico en dichas personas; así como hacer el seguimiento del cumplimiento de la terapéutica que reduzcan los factores de riesgo y de pronóstico, como hipertensión arterial, el colesterol o la diabetes.

Además, en el caso del cáncer, dada la importancia del tratamiento temprano, deberían aplicarse protocolos de sospecha de enfermedad oncológica y de rápida derivación para agilizar la confirmación diagnóstica e iniciar el tratamiento temprano

ANALES Sis San Navarra 2001; 24 (Supl. 3): 161-165.

1. Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios

Correspondencia:

José Javier Viñes
Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios
Pabellón de Docencia
C/ Irunlarrea, 3
31008 Pamplona

que permita alcanzar los objetivos propuestos por el Plan. La continuidad de cuidados y potenciar los programas de cuidados paliativos en estos pacientes tal como se han definido, son a su vez cometidos de gestión clínica desde la Atención Primaria.

Por otro lado, dada la importancia que ha cobrado la Salud Mental, el Plan de Salud plantea objetivos de mejora de los cuidados asistenciales a los enfermos mentales, haciéndolo de manera continua e implicando a los diferentes niveles asistenciales. En ello cobran importancia las prestaciones desde la Atención Primaria, incorporando a sus actividades el diagnóstico temprano de la enfermedad mental y teniendo un nivel de intervención destacado dentro del proceso asistencial. Ello requiere la definición de los trastornos mentales graves y menos graves que van a asistirse en los centros de Salud de Atención Primaria y en los de Salud Mental, incorporando una serie de protocolos para el tratamiento farmacológico y no farmacológico de dichos trastornos, y estableciendo un mecanismo de coordinación entre ambas redes, mediante protocolos de derivación, interconsultas y sesiones clínicas conjuntas.

Otras patologías encomendadas en el Plan de Salud a la asistencia en Atención Primaria son las enfermedades neurodegenerativas. Se pretende en ellas favorecer el diagnóstico temprano, retrasar la aparición de los síntomas, racionalizar el plan terapéutico y retrasar la institucionalización de estos enfermos, junto al cuidado y apoyo a la persona cuidadora. De esto se deduce la necesidad de incorporar guías de práctica clínica y protocolos que orienten a los profesionales sobre los criterios diagnósticos y de tratamiento; e implantar un plan individual de cuidados para trabajar de manera programada y continua, en consulta y a domicilio, con personas con demencias.

Por último, y teniendo en cuenta las nuevas actividades a llevar a cabo por los profesionales de Atención Primaria, se impone la necesidad de facilitar su formación continuada y específica en los temas expuestos.

El peso que el Plan de Salud encomienda como nuevas actividades y desarrollo de la

Atención Primaria, hace necesario una consideración especial como Programa derivado del propio Plan, con el fin de que sea objeto de evaluación funcional y económica.

En consecuencia, se formulan los siguientes objetivos de carácter organizativo y estructural.

Objetivos en Atención Primaria (■) e indicadores de seguimiento (⇒)

Nuevas unidades organizativas

■ Desarrollar progresivamente en las estructuras de Atención Primaria unidades de Consejo de Salud Individual, con profesionales de Enfermería y de Dietética.

⇒ Existencia de una Norma de creación de las Unidades y calendario progresivo de implantación.

⇒ Número y porcentaje de prescripciones médicas de consejo realizadas.

■ Establecer equipos multidisciplinarios (formados por médicos, personal de enfermería y de trabajo social) para la asistencia a discapacitados a domicilio: enfermos con trastornos mentales; pacientes con enfermedades neurodegenerativas; y atención a los cuidadores.

⇒ Existencia de Norma de creación de los equipos.

⇒ Número y porcentaje de Centros con equipos constituidos.

⇒ Número de personas atendidas y de asistencias a domicilio.

⇒ Número de sesiones individuales y grupales de formación de cuidadores.

Coordinación y dependencia

■ Incorporar la consultoría en Psiquiatría o Psicología de los centros de salud mental a los centros de salud, en apoyo a los profesionales de Atención Primaria, para la clasificación y adecuada derivación de enfermos mentales, así como para interconsulta.

⇒ Número de interconsultas psiquiátricas en los Centros de Salud.

⇒ Número de enfermos con trastornos mentales graves derivados a los Centros de Salud Mental.

Formación

- Realización de cursos de formación sobre diagnóstico temprano de trastornos mentales graves y manejo del enfermo psiquiátrico en consulta y en urgencias (tratamientos farmacológicos y no farmacológicos).

⇒Número de acciones formativas y porcentaje de profesionales formados.

- Realización de cursos de formación en enfermedades neurodegenerativas sobre diagnóstico temprano, cuidados continuados y formación de cuidadores.

⇒Número de acciones formativas y porcentaje de profesionales formados.

- Realización de cursos de formación sobre cuidados paliativos de los enfermos terminales.

⇒Número de acciones formativas y porcentaje de profesionales formados.

Gestión

- Establecer guías de práctica clínica y protocolos consensuados para la atención de enfermedades neurodegenerativas; trastornos mentales y cuidados paliativos de enfermos terminales.

⇒Existencia de guías de práctica clínica y protocolos.

⇒Número de Centros de Salud y profesionales que aplican dichas guías y protocolos.

- Incorporar en el Plan de Gestión Clínica de los centros de salud los objetivos sobre: consejo individual para factores de riesgo cardio y cerebrovasculares en enfermedades oncológicas y en accidentes; diagnóstico temprano y seguimiento de los

trastornos mentales; diagnóstico temprano y seguimiento de las enfermedades neurodegenerativas; y sobre asistencia a domicilio de pacientes discapacitados.

⇒Grado de inclusión en el Plan de Gestión Clínica.

⇒Número de Centros de Salud que suscriben el Contrato.

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN FÍSICA DERIVADO DEL PLAN DE SALUD 2001-2005

Dentro de los objetivos del Plan de Salud 2001-2005, se puede apreciar la importancia que tiene la rehabilitación clínica y funcional de los pacientes, en cuanto que favorece su incorporación a la actividad y su reintegración social.

En los programas de enfermedades cardio-cerebrovasculares y de accidentalidad, la prevención terciaria y la atención socio-sanitaria reclama el cubrir las necesidades de rehabilitación y de cuidados que de ella se derivan, y que no pueden ser atendidas con las dotaciones actuales, encontrándose desbordadas por su carencia dotacional y organizativa.

Las unidades de Rehabilitación tienen una acumulación de sus tiempos de espera debido a la creciente demanda y dado que se atienden a enfermos con patología muy variada, tanto aguda como crónica, en unidades generales, sin considerar situaciones individuales, sin una organización de prioridades adecuada, los resultados no alcanzan la efectividad deseada, siendo imposible intervenir con equidad según la necesidad (Tabla 1). Para corregir estas demoras hay que adoptar medidas organi-

Tabla 1. Personas y tiempos de demora en los servicios de rehabilitación a 31 de diciembre, 1999 y 2000.

Centro de responsabilidad	1999		2000	
	Nº personas	Días de espera	Nº personas	Días de espera
Hospital de Navarra	202	38	200	33
Hospital Virgen del Camino	7	1	292	17
Clínica Ubarmin	259	13	248	15
Hospital Reina Sofía	152	24	108	17
Hospital García Orcoyen	118	35	83	43
Total	738		931	

Fuente: SISNA (SNS-O).

zativas y aumentar los recursos materiales necesarios.

Se atienden muchos tipos de patología en estas unidades: enfermos postquirúrgicos; accidentados; enfermos neurológicos; enfermos oncológicos y otros. Esto supone unas necesidades de organización concretas para cada tipo de patología.

Dentro de los objetivos del Plan de Salud 2001-2005 se implica más concretamente a la rehabilitación física de los enfermos cardiovasculares, neurológicos y accidentados. Entre los primeros y en el caso de los infartos de miocardio los enfermos requieren prácticas de rehabilitación temprana y específica para lo que debería disponerse de una unidad específica; sin perjuicio de reconocer la actual cooperación de los propios enfermos a través de movimiento asociativo.

En el caso de los enfermos neurológicos de origen vascular (ictus) se requiere fisioterapia, logofoniatría, y sería deseable poder acceder a una rehabilitación ocupacional, de la que no se dispone actualmente. Estos enfermos al alta, son grandes discapacitados ya que al intentar disminuir la estancia media hospitalaria y que estén en el hospital el menor tiempo posible, la rehabilitación se disocia de la asistencia al episodio lo que da lugar a una gran carga familiar cuando llegan a sus casas en esas condiciones y la eficacia rehabilitadora ambulatoria posterior es menor. De aquí se deduce la necesidad de implantar camas de rehabilitación en los hospitales donde se atiende a estos enfermos para así poder iniciar la rehabilitación cuanto antes como cuidado continuo y que vayan a sus casas en las mejores condiciones posibles de continuar la rehabilitación ambulatoria.

Pero probablemente donde cobra mayor importancia la rehabilitación sea en las víctimas de accidentes, tanto por su frecuencia, como por la necesidad de reducir el número y la gravedad de sus secuelas, y en los tiempos de incapacidad temporal. Para adelantar las prácticas rehabilitadoras de estos pacientes y reducir los tiempos de espera, el Plan de Salud plantea el aumentar los recursos, y establecer un programa de rehabilitación inte-

grado en el conjunto de los recursos del Sistema Sanitario y no sólo cargado sobre el Servicio Navarro de Salud-O.

En el caso de los accidentados que se intervienen en los servicios de Traumatología públicos, la rehabilitación se lleva a cabo en el servicio público sea cual sea su origen y su naturaleza, mientras que por parte de las MATEPSS (Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social) que son las entidades colaboradoras y recaudadoras en el Sistema de Seguridad Social para los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y que, por tanto, forman parte del Sistema Sanitario, realizan la rehabilitación ambulatoria a los pacientes sólo de fisioterapia y se les da el alta, sin cubrir las necesidades de una rehabilitación integral. Esto pone de manifiesto la necesidad de definir prioridades y de definir aquellos pacientes cuya rehabilitación integral debe ser asumida por los recursos de las MATEPSS a través de un nuevo marco de responsabilidades y cooperación.

Objetivos sobre el desarrollo de las atenciones en rehabilitación (■) e indicadores de seguimiento (⇒)

Nuevas unidades organizativas

■ Crear una unidad de rehabilitación cardiológica, con recursos materiales y humanos específicos, ubicada cerca de los centros donde se atiende este tipo de patología.

⇒ Existencia de una Norma de creación de esta Unidad.

⇒ Número de pacientes atendidos por la unidad.

■ Mejorar la rehabilitación neurológica en pacientes hospitalizados y ambulatorios para conseguir su máxima recuperación funcional y neurológica.

⇒ Número de personas y días en lista de espera para acceder a rehabilitación en pacientes dados de alta.

⇒ Número de días desde la instauración del ictus hasta el inicio de las medidas de rehabilitación.

⇒Existencia de un programa de rehabilitación que coordine a los diferentes profesionales implicados.

■ Realizar un Acuerdo entre el Servicio Navarro de Salud y las MATEPSS para redistribuir los pacientes accidentados según prioridades, capacidad técnica y responsabilidad.

⇒Existencia de Acuerdos con las MATEPSS.

⇒Número de pacientes atendidos por las MATEPSS distribuidos por patología.

Gestión

■ Crear una Dirección Técnica de rehabilitación para la coordinación entre las actividades asistenciales y optimización de los recursos disponibles y para el seguimiento de los objetivos del Plan.

⇒Norma reguladora de creación de la Dirección Técnica.

⇒Incorporación de la Dirección dentro del año de implantación del Plan.

⇒Existencia de Memorias anuales de actividades de la Dirección.