

Nota de campo

Experiencia de colaboración entre atención primaria y salud mental en el Departamento de Salud La Ribera, 7 años después



Miquel Morera-Llorca^{a,*}, José Enrique Romeu-Climent^b, Guillem Lera-Calatayud^b, Blanca Folch-Marín^a, Vicente Palop-Larrea^c y Sonia Vidal-Rubio^b

^a Centro de Salud de Algemesí, Departamento de Salud La Ribera, Valencia, España

^b Unidad de Salud Mental, Departamento de Salud La Ribera, Valencia, España

^c Subdirección Médica, Departamento de Salud La Ribera, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de enero de 2014

Aceptado el 24 de febrero de 2014

On-line el 29 de marzo de 2014

Palabras clave:

Atención primaria de salud

Servicios de salud mental

Salud mental

Continuidad de la atención

Evaluación

R E S U M E N

Pese a la gran frecuencia de problemas de salud mental entre los consultantes de atención primaria, persiste el problema de unos inadecuados diagnóstico y tratamiento. Se necesita una buena capacitación de los médicos de familia para el manejo de estos trastornos, a fin de minimizar su impacto sanitario, económico y social. Entre otros elementos, se considera relevante la cooperación con los servicios de salud mental, para la cual existen diferentes modelos. Nuestro departamento de salud inició en 2006 una colaboración estable según el modelo de enlace. Se han obtenido resultados positivos en términos de reducción de demora para las primeras visitas al especialista y de aumento de la satisfacción de los profesionales, aunque deben interpretarse con cautela. Recientemente se han acumulado evidencias sobre la utilidad del modelo colaborativo, aunque su evaluación y extrapolación son complejas. Nos proponemos ahondar en la evaluación de nuestro modelo, de manera análoga a otras iniciativas de nuestro entorno.

© 2014 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

An experience of collaboration between primary health care and mental health care in La Ribera Department of Health (Valencia, Spain)

A B S T R A C T

Despite the high prevalence of mental health problems among patients attending primary care, diagnosis and treatment of these disorders remain inadequate. Sound training of primary care physicians in how to manage mental health problems is needed to reduce the health, economic and social impact associated with these disorders. Among other elements, there is a need for cooperation between primary care physicians and mental health services. Distinct models are available for such collaboration. In 2006, our health department started a collaboration between these two levels of health care, using a liaison model. Delays until the first specialist visit were reduced and satisfaction among health professionals increased, although these results should be interpreted with caution. Evidence has recently accumulated on the usefulness of the collaborative model, but evaluation of this model and extrapolation of its results are complex. We intend to evaluate our model more thoroughly, similar to other projects in our environment.

© 2014 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Antecedentes y justificación

Cerca del 25% de los consultantes en atención primaria presentan algún trastorno mental. Sin embargo, gran parte de ellos no son diagnosticados ni tratados adecuadamente. A pesar de la variabilidad en las cifras de prevalencia de estos trastornos¹, un metaanálisis² cuantifica en un 33,8% los casos no detectados de depresión mayor en atención primaria, mientras que otros autores advierten sobre diagnósticos y tratamientos por exceso³.

Los problemas de salud mental más prevalentes (depresión y trastornos por ansiedad generalizada) causan sufrimiento

emocional directo, pérdida notable de productividad laboral e incremento del gasto sanitario. Para mejorar su manejo se necesita una formación adecuada del médico de familia. Los mejores resultados se han obtenido combinando la formación de los médicos de familia, el uso sistemático de instrumentos de cribado, la implementación de guías de práctica clínica, la supervisión especializada y los modelos de atención colaborativos⁴. Estos modelos han ido evolucionando con el tiempo, su clasificación es aproximada y su significado depende de cada medio sanitario. Se diferencian en la fluidez de la información entre niveles y en el papel de cada profesional en la asistencia a los pacientes, y es frecuente el solapamiento entre modelos. Actualmente cobra fuerza el llamado modelo colaborativo, cuyas claves son: comunicación efectiva entre profesionales de diferentes niveles, énfasis en la formación continuada y en la capacitación de los médicos de familia para el manejo de los problemas de salud

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: miquelmorera11orca@gmail.com, MMorera@Hospital-Ribera.com (M. Morera-Llorca).

mental, acceso facilitado y protocolizado de pacientes al especialista, y participación de éste en la actividad de los centros de salud. Finalmente, cabe destacar el papel de los denominados «gestores de casos», principal aportación del modelo colaborativo.

Desde las instituciones públicas hay un interés creciente por mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, mediante el abordaje multidisciplinario de los problemas, el trabajo en red y la formación continuada. Sin embargo, en la práctica, la colaboración es todavía insuficiente y son necesarias iniciativas innovadoras evaluadas correctamente⁵.

Inicio y desarrollo del proyecto

El Departamento de Salud La Ribera comprende una población de 256.000 habitantes, consta de diez zonas básicas de salud (ZBS) y dispone de un servicio de salud mental descentralizado en tres unidades (USM), y de un hospital. En 2006 se planteó la colaboración entre atención primaria y las USM siguiendo el modelo de enlace, una iniciativa fundamentalmente asistencial basada en el contacto regular entre profesionales de ambos niveles (de manera presencial, telefónica y telemática) y en la formación continuada. Este modelo favorecía el intercambio fluido de información y se adaptaba bien a nuestras condiciones geográficas, humanas y de organización sanitaria. Contamos con apoyo institucional para poder gestionar las agendas y facilitar la formación de los profesionales. El proyecto buscaba aumentar la efectividad y la eficiencia en la atención a los pacientes, y los primeros pasos para llevarlo a cabo fueron los siguientes:

- Elección de los referentes entre los profesionales más motivados en ambos niveles (inicialmente psiquiatras, con posterior incorporación de médicos de familia). En cada ZBS, un psiquiatra y un médico de familia referentes son los encargados de dinamizar la actividad, orientada básicamente a obtener una buena comunicación entre niveles, favorecer pautas de acción consensuadas y promover una formación continuada tanto en conocimientos como en habilidades. Ésta iría dirigida a reducir la variabilidad clínica, aumentar la capacidad resolutoria de los médicos de familia, optimizar las derivaciones y aumentar la satisfacción de la población y de los profesionales.
- Programa formativo para los médicos de familia referentes: 2 semanas de rotatorio en las secciones del servicio de salud mental y participación regular en cursos, seminarios y talleres.
- Calendario de trabajo: reuniones mensuales, en cada centro de salud, sobre gestión compartida de casos clínicos (orientación diagnóstica y terapéutica, seguimiento conjunto y derivación), y actividades de formación continuada teórico-práctica homogénea entre las diferentes ZBS, sobre un mínimo de tres o cuatro temas anuales acordados por consenso.
- Diseño de una encuesta para profesionales sobre su conocimiento de las actividades del enlace, su actitud hacia los problemas de salud mental y su grado de satisfacción.
- Registro de la actividad: casos tratados, temas debatidos y asistencia.

Durante los primeros años se observó una desigualdad en el desarrollo del modelo, atribuible a diferencias organizativas y motivacionales entre ZBS. Para minimizarla, se constituyó el grupo de trabajo del programa de colaboración, integrado por todos los referentes, con la misión de unificar criterios y solucionar problemas sobrevenidos, y se consolidaron los calendarios de reuniones.

Tabla 1

Evolución de las demoras para las primeras visitas de salud mental en el Departamento de Salud La Ribera (2007-2013)

	2007	2010	2011	2012	2013
Nº de días (media) desde la remisión	31,36	23,96	22,27	19,17	17,76
Remisiones atendidas antes de 30 días (%)	21,18	68,75	72,75	78,67	83,24

Resultados

En 2010 se obtuvieron resultados preliminares sobre la evolución de las demoras de las primeras visitas a la USM. Los datos provienen de la explotación de las bases de datos institucionales sobre procesos asistenciales, y se muestran en la [tabla 1](#) junto con su evolución posterior.

Los datos sobre satisfacción se han obtenido mediante una encuesta creada ad hoc, distribuida en 2007 y 2011. Destacan los siguientes aspectos:

- Dificultades encontradas para la derivación de pacientes desde atención primaria a la USM: «casi nunca» en el 47,1% de los encuestados en 2007 y 76,7% en 2011.
- Percepción del tiempo de espera: «aceptable» para el 35,3% en 2007 y para el 50,0% en 2011; «muy bueno», 0% y 20%, respectivamente.
- Valoración del médico de familia de la asistencia prestada por el especialista: «muy buena» el 14,7% para consulta ordinaria, el 11,8% para consulta preferente y el 29,4% para consulta urgente en 2007; en 2011 los porcentajes fueron 40,0%, 56% y 56,7%, respectivamente.
- Percepción global de las relaciones entre profesionales de atención primaria y la USM: en 2007, el 45% las considera «buenas» y el 48% «muy buenas»; en 2011, «buenas» el 25% y «muy buenas» el 65%.

Discusión

Existe evidencia científica sobre la efectividad de la cooperación reglada entre niveles asistenciales, y por tanto su implementación está justificada^{6,7}. No obstante, su evaluación es compleja y su extrapolación a otros contextos sanitarios debe hacerse con cautela⁸. Cabe destacar que la mayor parte de estas evidencias se ha acumulado tras el inicio de nuestra experiencia.

En nuestro caso, la demora para la atención especializada en salud mental se ha reducido hasta alcanzar un nivel que consideramos óptimo, y la satisfacción de los profesionales ha mejorado. La nuestra es una iniciativa fundamentalmente asistencial, no diseñada para establecer causalidad entre los procedimientos y los resultados. La encuesta sobre satisfacción no está validada. A pesar de estas limitaciones, consideramos que la relación es plausible y que los resultados son positivos, lo cual nos mueve a profundizar en su evaluación. Al efecto se ha creado un grupo evaluador con profesionales de los dos niveles, reducido y con capacidad operativa. Sus funciones son las siguientes: 1) supervisar las actividades de formación continuada, proponer temas y elaborar calendarios en coordinación con los equipos de atención primaria; 2) revisar, crear y desarrollar los indicadores para la evaluación; 3) supervisar la actividad de los equipos; y 4) obtener datos sobre resultados en salud y uso de recursos.

Nos planteamos reconducir las actividades de enlace en forma de programa de mejora continua de la calidad, medida con un conjunto de indicadores relacionados con la calidad asistencial y su evolución en el tiempo ([tabla 2](#)), de modo similar a otras iniciativas llevadas a cabo en entornos sanitarios afines⁹.

Tabla 2
Indicadores para la evaluación del enlace entre atención primaria y salud mental

Indicadores de proceso
Calidad de los documentos de interconsulta
Pertinencia de las derivaciones
Concordancia diagnóstica
Adecuación a guías de práctica clínica
Indicadores de resultado
De tipo clínico (referidos a los principales problemas de salud mental)
Tasas de reducción sintomática
Tasas de remisión completa
Económicos y de gestión
Gasto sanitario en psicofármacos
Gestión de la incapacidad temporal
Indicadores avanzados
Actitudes y satisfacción de los profesionales
Satisfacción de la población con la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales

Se estudian los cambios organizativos necesarios para una implicación progresiva del personal de enfermería de atención primaria en la atención a los pacientes con psicopatología, aún poco desarrollada, pero que ha sido probada recientemente con éxito en España¹⁰.

Editora responsable del artículo

M^á Felicitas Domínguez-Berjón.

Contribuciones de autoría

J.E. Romeu y S. Vidal llevaron el peso de la puesta en marcha de la experiencia de colaboración, difundiendo las directrices a seguir en las diferentes zonas básicas de salud y asumiendo la tarea de referentes de psiquiatría. Además, J.E. Romeu participó decisivamente en la recopilación y el registro de la información necesarios para elaborar el primer borrador del manuscrito, en el cual participó decisivamente. Por su parte, S. Vidal ejerció durante los primeros años la coordinación del grupo de referentes y participó de manera activa en la selección de material a incluir en el manuscrito y en el consenso para su versión definitiva. V. Palop ejerce la tarea continuada de impulsor del proyecto desde su puesto directivo, tuvo un importante papel en decidir el orden lógico de la información contenida en el manuscrito y participó en la revisión final. G. Lera colaboró con J. Romeu en la elaboración del primer borrador, propuso directrices para la tarea de evaluación, ejerció tareas de

referente de psiquiatría en su zona y dio su aprobación a la versión definitiva del manuscrito. B. Folch se incorporó al grupo evaluador del programa de colaboración, participó en las propuestas de evaluación y colaboró en las sucesivas correcciones del manuscrito, tanto de contenido como sobre todo formales, y dio su aprobación al texto definitivo. M. Morera es referente de atención primaria desde la creación de esta figura, impulsó la formación del grupo evaluador del programa, se encargó de la selección bibliográfica y llevó a cabo la redacción final del manuscrito.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Ezquiaga TE, García LA, Huerta RR, et al. Tasas de prevalencia de depresión en atención primaria en relación con las características metodológicas de los estudios. *Med Clin*. 2011;137:612-5.
2. Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. Can general practitioners identify people with distress and mild depression? A meta-analysis of clinical accuracy. *J Affect Disord*. 2011;130:26-36.
3. Ortiz A, Ibáñez V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85:513-23.
4. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, et al. Educational and organisational interventions to improve the management of depression in primary care. A systematic review. *JAMA*. 2003;289:3145-51.
5. Gérvas J, Rico A. Seminario de Innovación 2005. Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. *Med Clin*. 2006;126:658-61.
6. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, et al. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med*. 2012;42:525-38.
7. Woltmann E, Grogan-Kaylor A, Perron B, et al. Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2012;169:790-804.
8. Calderón C, Mosquera I, Balagué L, et al. Modelos de colaboración entre atención primaria y salud mental en la atención a las personas con depresión: resultados principales y retos metodológicos de una meta-revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88:1-21.
9. Gabilondo A, Artaza N, de la Rica JA, et al. Hacia un modelo colaborativo de la atención a la depresión en Euskadi: el Proyecto BTS Elkarlanean Depresión. *Norte de Salud Mental*. 2012;10:60-71.
10. Aragonés E, Piñol JL, Caballero A, et al. Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: a cluster randomized trial. The INDI Project. *J Affect Disord*. 2012;142:297-305.