

UNIDADES FUNCIONALES MULTIDISCIPLINARES DE NEUROLOGÍA

Propuesta de un modelo general

Las Unidades Funcionales Multidisciplinares son el paradigma de una organización operativa transversal en la que distintos profesionales, de distintas disciplinas y pertenecientes a más de un Servicio, se coordinan para articular protocolos de actuación integrados que repercutan positivamente sobre la asistencia a los pacientes con un problema clínico determinado y, además, con un mayor grado de eficacia y eficiencia.

Así pues, la definición de este tipo de unidades facilita la implantación de Protocolos, Guías de Práctica Clínica y Vías Clínicas con lo que se traslada la aplicación de la mejor evidencia científica posible al contexto clínico del día a día con los pacientes. Por otra parte, la definición de modelos de Unidades Funcionales Multidisciplinares en un contexto territorial (Comunidad Valenciana, por ejemplo) permitiría la aplicación homogénea, en todas ellas, de estos protocolos, guías y vías clínicas con lo que facilitaría la reducción de la variabilidad en la toma de decisiones y haría posible un control individual y general con indicadores, una comparación de las distintas prácticas y el Benchmarkin como elementos de mejora.

La Neurología es una disciplina en la que existe una gran variedad de diagnósticos, pero en la que es fácil determinar grupos de pacientes con patologías que requieren tipos de actuación y recursos similares, por lo que es factible –y conveniente- su agrupación en bloques homogéneos que permitan su protocolización, de modo que mejore la calidad de la asistencia al reducir la variabilidad en las decisiones, a la vez que la eficacia y la eficiencia de las mismas.

En este documento se presenta una propuesta de modelo general que permita homogeneizar la definición de las Unidades Funcionales Multidisciplinares, así como un método para calcular la necesidad de cada tipo de Unidad.

Criterios para su definición:

- Determinar un equipo concreto (personas concretas para cada unidad)
- Determinar protocolos asistenciales de actuación.
- Definir agendas específicas de trabajo.
- Determinar circuitos asistenciales y criterios de derivación y seguimiento de pacientes.
- Establecer protocolos consensuados de actuación con atención primaria y otros servicios que colaboren en la asistencia y/o investigación.
- Determinar Indicadores de evaluación y control.
- Establecer convenios de colaboración con las Asociaciones de Pacientes (Administración, Sociedad Científica y Asociaciones de Pacientes)

*Los protocolos establecidos deberán ser comunes a todas las Unidades de la AVS, salvo pequeñas modificaciones que deban realizarse para su adaptación local.

Criterios para la determinación del número necesario:

El número de Unidades a poner en marcha dependerá de la complejidad y la prevalencia de cada patología.

- Caso 1: Enfermedades complejas y prevalentes (caso Demencia, Epilepsia, EM, Parkinson): Una Unidad Funcional en cada departamento y una unidad “Coordinadora” en cada provincia (que hará las veces de la unidad funcional del departamento en el que esté ubicada).
- Caso 2: Enfermedades poco complejas y prevalentes: (caso Migraña): Consulta monográfica en cada departamento o consulta general de Neurología.
- Caso 3: Enfermedades Complejas y poco prevalentes (enfermedades raras: caso ELA, Ataxias y otras Neuromusculares hereditarias,...). Unidades supradepartamentales (en Hospitales Generales) con apoyo de consultas monográficas en cada departamento.
- Caso 4: Enfermedades poco complejas y poco prevalentes: consulta general de Neurología.
- Caso 5: Enfermedades complejas que requieran actuaciones especiales. (caso Ictus agudo; cirugía del Parkinson; Cirugía de la Epilepsia, Daño cerebral...):
 - a. Si prevalentes (Unidades de Ictus): en cada Hospital General de Referencia;
 - b. Si poco prevalentes (Cirugía Parkinson; Cirugía Epilepsia; Neurogenética...): en algunos hospitales terciarios de la AVS.
 - c. Si prevalentes pero con alto componente social o rehabilitador (Daño Cerebral): en cada HACLE (Hospital de Asistencia a Crónicos y Larga Estancia)

Propuesta operativa

- Determinar las unidades ya operativas que cumplan razonablemente los criterios de definición y realizar un **Reconocimiento explícito Institucional** de las mismas: poner un cartel identificativo (en el que figuren –además- las personas que constituyen el equipo de trabajo- y convertirlas en centros de coste.
 - a. Efecto:
 1. “Creación” de un importante número de Unidades Funcionales, en cumplimiento de lo estipulado en el Plan de Salud.
 2. Motivación de los profesionales que ya están trabajando en estas unidades hasta ahora “opacas”.
 3. Posibilidad de mejorar su gestión conociendo sus resultados.
 4. Satisfacción de las Asociaciones de Pacientes al identificar mejor su referencia en el Sistema Sanitario.

5. Mejoría de la protocolización de las actuaciones, reducción de la variabilidad y mejora de la Calidad de la Asistencia: **Asistencia de más Calidad.**
 6. Integración de Atención primaria en la atención: **Asistencia más integrada,** continuidad asistencial.
 7. Integración y participación activas de las asociaciones: **Asistencia más integral.**
- b. Coste: El coste inicial será prácticamente 0! (esas unidades ya existen aunque no están reconocidas)
- c. Compromiso:
1. De la Sociedad Científica y de los profesionales:
 1. Diseñar e implantar protocolos consensuados e integrados
 2. Fomentar la formación adecuada y específica de los profesionales
 3. Colaborar con Atención Primaria y con las Asociaciones de Pacientes
 4. Colaborar con la Administración para lograr una asistencia cada vez de mejor calidad, más integrada y más integral.
 2. De la Administración: completar paulatinamente el mapa de Unidades Funcionales.
 1. Por “contagio” y Benchmarking en los departamentos vecinos
 2. Aportando los recursos necesarios en un programa a medio-largo plazo.

Jaume Morera

Presidente

Sociedad Valenciana de Neurología