



La siempre pendiente integración asistencial

Javier Carnicero Giménez
de Azcárate

La reforma sanitaria que comenzó en nuestro país al final de los años 70 y tuvo lugar durante los años 80 del siglo pasado se caracterizó, además de por la fundación del Sistema Nacional de Salud, por la creación de la red de atención primaria y por la eliminación del escalón asistencial que existía entre los hospitales y los médicos generales o de familia, que eran los médicos especialistas. Estos médicos especialistas tenían una población adscrita llamada cupo, que era la correspondiente a los médicos generales o de familia y pediatras de los que eran consultores. Desde la reforma el sistema de salud se compone de dos niveles, el de atención primaria y el mal llamado especializado y mejor definido como hospitalario. La creación de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, y la planificación sanitaria en zonas básicas de salud y áreas asistenciales ha marcado el devenir del sistema desde entonces. No cabe duda de que se invirtió mucho y durante muchos años en la formación de médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, la construcción de centros de salud y la creación de los servicios de atención primaria. A estos últimos se encomienda desde entonces la promoción, prevención y asistencia de los ciudadanos adscritos en la zona básica de salud.

Desde el primer momento, la separación en dos niveles asistenciales ha traído consigo la necesidad de reunificarlos. Como la coordinación entre los dos niveles no se logró, se trató entonces de lograr la continuidad asistencial, que en realidad sería lo mismo, pero con otro nombre, sin que el éxito haya sido

mayor. Ninguna de las dos expresiones -coordinación entre niveles o continuidad asistencial- ha sido bien definida nunca y quizá eso pueda explicar las dificultades para precisar la cadena de valor del proceso asistencial. La incorporación de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) tampoco cumplió las expectativas para mejorar la continuidad asistencial, porque en varios servicios de salud la historia clínica electrónica fue distinta para cada uno de los dos niveles asistenciales, con lo que la brecha entre ellos no solo se mantuvo, sino que se profundizó. También en este caso se han llevado a cabo toda clase de acciones para integrar o al menos compartir la información clínica. En resumen, una vez definidos y creados los dos niveles asistenciales han transcurrido treinta años en los que se ha pretendido su coordinación o intentado la continuidad asistencial, y se ha repetido el error al fragmentar la información clínica.



La tendencia en la actualidad se debería dirigir a la integración de los dos niveles asistenciales. Esta integración no se consigue, mediante gerencias únicas de área, bajo cuya dependencia se encuentran tanto los servicios de atención primaria como los del hospital. Con este esquema los niveles funcionales continúan desempeñando sus funciones como siempre, aunque tengan el mismo gerente, que con frecuencia enfoca su gestión en el hospital prestando menos atención y recursos a los servicios de atención primaria. De lo que se trata es de integrar la asistencia que reciben los pacientes, de forma que se asegure, ahora sí, la tan deseada continuidad asistencial. En resumen, no importa tanto la dependencia formal de los servicios asistenciales como la integración de sus actividades, de forma que el paciente se vea asistido por profesionales que trabajan con los mismos procedimientos, comparten la información clínica, tienen los mismos objetivos asistenciales, persiguen generar valor para cada paciente y consideran que entre sus objetivos se incluyen los intereses e inquietudes de sus pacientes. Se trata de que los profesionales de los dos niveles formen parte de manera natural del proceso asistencial de cada paciente. El objetivo es que este sea atendido en cada momento en el lugar y nivel más apropiado a sus necesidades.

La necesidad de integrar los dos niveles asistenciales se acentúa con el envejecimiento de la población y el crecimiento de la prevalencia de las enfermedades crónicas. La Encuesta Europea de Salud muestra que en España desde 1993 a 2020 la hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes en la población adulta (15 y más años) han mostrado una tendencia ascendente. La hipertensión ha pasado de 11,2% a 19,03%, la diabetes de 4,10% a 7,50% y el colesterol elevado de 8,20% a 15,29%. La misma fuente indica que el 54,31% de la población mayor de 15 años refiere padecer una enfermedad o problema de salud crónicos.

La asistencia a pacientes crónicos se puede beneficiar del uso de las TIC y se considera de especial interés la telemedicina. En un modelo de atención integrada deberían ser de especial importancia los médicos especialistas en Medicina Interna, como interlocutores con los médicos de familia, que proporcionan asistencia en consulta y en hospital de día, a distancia con telemedicina, y apoyan a los médicos de atención primaria por teléfono o mediante inter-

“

La separación en dos niveles asistenciales ha traído consigo la necesidad de reunificarlos

”

consultas virtuales. El papel de los profesionales de enfermería en los procesos crónicos es esencial. A las enfermeras les corresponde el control periódico de los pacientes en coordinación con los médicos y la prestación de los cuidados necesarios, en el centro de salud, en el domicilio del paciente y en los hospitales. La enfermera de enlace tiene la misión de garantizar la deseada continuidad en la asistencia, facilitando la coordinación entre estamentos y entre niveles de asistencia; pero su papel esencial es hacer de agente del cliente, cuando este precisa servicios sanitarios y sociales.

En resumen, en nuestro sistema de salud es imprescindible integrar los dos niveles asistenciales para poder proporcionar una asistencia de excelencia a una población más envejecida y con una prevalencia creciente de enfermedades crónicas. Para esta organización tienen un papel de la mayor importancia los médicos de familia, los médicos internistas y los profesionales de enfermería, especialmente la enfermera de enlace.

Consultor de sistemas y servicios de salud
javiercarnicero@cognitiosalud.es