



## EDITORIAL

# Integración asistencial: ¿cuestión de modelos?, ¿la panacea para la Atención Primaria?

## Health care integration: A question of models?, the panacea for Primary Care?

La Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria, ha realizado un informe que ofrece una visión global de las estrategias que se están implementando en los servicios regionales para mejorar la continuidad asistencial, desde los modelos de organización tradicional y de autogestión de los equipos de Atención Primaria hasta los modelos de Área Única y de Gestión Integrada. Para la realización de dicho informe ha pedido información a las Consejerías de Salud/Sanidad de las Comunidades Autónomas y a las sociedades científicas de primaria, de médicos de familia y enfermería, entre otras, a nuestra sociedad.

Analizando el informe, destaca como uno de los grandes problemas a solucionar la atención a la cronicidad (causa del 70% de las consultas de Atención Primaria (AP) y del 60% de los ingresos en los hospitales) y la continuidad asistencial entre Atención Primaria y Atención Especializada.

Los diferentes modelos de gestión puestos en marcha por las distintas Comunidades Autónomas, como el área única o de gestión integrada —como puede ser el “modelo Alzira”, u otros modelos de gestión integrada que, aunque no sean de concesión administrativa, también se encaminan a la integración de la gestión— pretenden dar respuesta a este problema ya crónico en nuestro sistema sanitario y que venimos padeciendo los médicos de familia desde los inicios de la reforma sanitaria.

Son antiguas nuestras reivindicaciones a este respecto y lamentablemente avanzamos muy poco, prueba de ello es que se siguen buscando alternativas para encauzar una solución que tarda en llegar.

Se han analizado las diferentes estrategias puestas en marcha por las distintas administraciones sanitarias y podemos evidenciar que se están utilizando las mismas estrategias para lograr esa continuidad asistencial, considerándose fundamental la información compartida entre Atención Primaria y Atención Especializada por medio de la historia clínica o por medio de una información fluida entre ambos niveles.

Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) se revelan como uno de los elementos fundamentales para conformar esa continuidad asistencial.

Las conclusiones, a modo de resumen, que podemos extraer de ese informe son:

- Las reformas organizativas deben contemplar, necesariamente, un fortalecimiento de la Atención Primaria para avanzar en la sostenibilidad del sistema. El envejecimiento de la población y la cronicidad de las enfermedades son el principal reto a los que tiene que dar respuesta el sistema sanitario.
- Las claves de la mejora pasan por aplicar nuevas estrategias asistenciales, maximizando los beneficios de las TIC, y por implantar vías clínicas basadas en la evidencia y en la coordinación con otros servicios sanitarios y sociales, desarrollando las competencias de enfermería (abriendo más puertas de entrada al sistema, a diferencia de la situación actual en la que prácticamente la única puerta de entrada es la del médico) y la atención domiciliaria (como entorno natural donde debe recibir asistencia el paciente crónico bajo la coordinación del médico de Atención Primaria).
- La renovación de la Atención Primaria pasa también por la capacitación de los profesionales en un nuevo modelo relacional con el paciente, los grupos de pacientes, la comunidad y la atención especializada con una utilización inteligente de las TIC y desarrollando una cultura de calidad total.
- La continuidad asistencial sigue siendo una de las preocupaciones más importantes de los Servicios Regionales de Salud. Con independencia del modelo de organización adoptado en cada Servicio Regional, los medios son muy similares, por lo que no parece “a priori” que el Área Única o la Gestión Integrada sean las únicas vías para dar respuesta a los problemas de discontinuidad asistencial. En cualquier caso, el seguimiento y la evaluación de los diferentes modelos aportarán luz sobre las mejores alternativas.

- En línea con lo anterior, se insiste en la necesidad de diseñar y poner en marcha sistemas de evaluación de efectividad y eficiencia desde el inicio de la implantación de modelos, que aportarán los beneficios y limitaciones de cada uno de ellos.

Mientras las diferentes estrategias dan los frutos esperados de ellas, y con el deseo por nuestra parte de no asistir a una nueva frustración que aumente el desencanto en el que una buena parte de los médicos de Atención Primaria, se encuentra como pone de manifiesto el trabajo realizado por SEMERGEN: "*Análisis sobre la Situación de los Médicos de Familia en España*", recientemente hecho público por nuestro presidente; espero seamos capaces de pasar de las recomendaciones teóricas realizadas por "expertos" al cambio real y profundo que requiere la Atención Primaria.

En el día a día, en cualquier centro de salud de España, y en esto sí que este país es homogéneo, nuestra problemática sigue inalterable:

- La presión asistencial con la que se encuentran los médicos al llegar a sus consultas termina por frustrar todas las buenas intenciones de poner en práctica una medicina de calidad. Así, cuando el retraso se va acumulando a lo largo de la consulta, se termina por ceder a la receta ineficiente, a la derivación no pertinente o se retrasa el registro para otro momento que nunca encontramos.
- La excesiva burocratización de la AP es el principal elemento que contribuye al aumento de la presión asistencial. Eliminar de una vez por todas la inflación de burocracia en nuestras consultas, no sólo por la todavía no demasiada implicación por nuestros compañeros de hospital en asumir su cuota de burocracia que incomprendiblemente aún nos sigue transfiriendo, sino por desterrar de una vez por todas las tareas insólitas en cualquier otro sistema sanitario derivadas de planteamientos obsoletos y rutinas establecidas durante años. En concreto, pedimos la eliminación de informes que todo tipo de instancias solicitan y solicitamos limitarnos exclusivamente a aquellos informes del estado de salud que aporten valor para mejorar la atención al paciente.
- La renovación de recetas en aquellas comunidades que aún no han implantado la receta electrónica y los partes de Incapacidad Temporal (IT) representan una parte muy importante de su actividad. Pero la burocratización, siendo el elemento más importante, no es el único responsable de la presión asistencial.
- El aumento de las expectativas de salud de la población con un bajo umbral de tolerancia a los problemas banales, al dolor y al sufrimiento condicionan, entre otros, una alta frecuentación.

Es en esta situación de presión asistencial que yugula en muchas consultas la posibilidad de hacer una medicina de calidad que todos anhelamos.

La accesibilidad del ciudadano no se cumple por el solo hecho de poder ser visitado por el médico cuando él lo

desea, sino cuando además esa visita resuelve su demanda o su necesidad de salud. Hoy, en muchos centros, los ciudadanos hacen cola, a veces durante media hora, en el servicio de atención al usuario para conseguir una cita para el día con su médico de cinco minutos de duración.

Desde los centros de salud, tratamos de dar respuesta a esta alta presión asistencial que nos opriime con implantación de circuitos administrativos, abordaje de los hiperfrecuentadores y cursos de gestión de la demanda que nos enseñe las claves para atajar el problema.

Se ha hecho célebre en los centros y en los cursos de gestión la frase "la demanda es de todos", pero la realidad es que el personal facultativo es el que la sufre y la soledad del médico ante este problema es aún mayor.

La capacidad de resolución es la que da verdadero sentido a nuestro trabajo. Capacidad que va a depender de nuestra actitud, conocimiento y habilidades, por una parte, y de los medios diagnósticos a nuestro alcance. Dentro de las habilidades, la comunicación es la principal herramienta que el médico de Atención Primaria posee y, para desarrollarla en toda su dimensión, requiere un tiempo mínimo que en muchos casos no se tiene.

La batería de pruebas diagnósticas al alcance de primaria varía de unos sitios a otros, dependiendo del nivel de coordinación que mantenga con su hospital de referencia, siendo todavía muchos los centros que no tienen acceso a pruebas como la Ecografía, la Endoscopia digestiva alta o la colonoscopia, que pueden ser solicitadas de forma pertinente desde primaria, mejorando su capacidad de resolución.

En otro orden de cosas, urge la remodelación de muchos centros que tras 20 años se han quedado insuficientes para la demanda que soportan.

La financiación de la AP a lo largo de la última década ha permanecido invariable en proporción a la financiación hospitalaria. Somos conscientes de que el reparto de la financiación entre primaria y hospitalaria es un gasto estructurado que no puede cambiar drásticamente de un año para otro. Pero sí puede cambiar la voluntad política que permita la convergencia paulatina hacia una financiación proporcionalmente más favorable para la Atención Primaria con el objetivo del 25% del presupuesto sanitario destinado a Atención Primaria.

Sería deseable que las generaciones de médicos que iniciamos la reforma sanitaria en los años ochenta asistíramos a ver resueltas todas nuestras aspiraciones, algunas de las cuales aquí reflejadas, y por las que tantos años llevamos luchando, y termináramos nuestra vida profesional dejando el trabajo concluido; esto es: que las nuevas generaciones se dediquen a trabajar de médicos de familia que buscan la excelencia profesional en su día a día sin otras preocupaciones que su desarrollo profesional y la mejor de las atenciones para sus pacientes.

J.S. Fernández Ruiz

*Editor. SEMERGEN. Medicina de Familia  
Correo electrónico: jsfernandezr@semegen.es*