



EDITORIAL

Un sistema de salud integral para el paciente

An integral health system for patients

Jaime Arias



ACEMI-Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, Bogotá, Colombia

Recibido el 2 de septiembre de 2014; aceptado el 10 de septiembre de 2014

Disponible en Internet el 3 de diciembre de 2014

La mayoría de los sistemas de salud en el mundo están compuestos por múltiples actores, desde los organismos rectores y de control hasta los aseguradores o pagadores, los prestadores y la industria farmacéutica y de dispositivos y equipos. Cuantos más actores participan en la cadena de valor, mayor es la probabilidad de desarticulación, ya que cada uno tiene sus propios objetivos e intereses que suelen estar desalineados con los del sistema global, en ausencia de liderazgo del ente rector o ambigüedad en reglas de juego.

De otro lado se presenta el problema de segmentación en los servicios finales debido a la multiplicidad de actores, a la descentralización excesiva y a la concurrencia de agentes públicos y privados que duplican innecesariamente la oferta de servicios. Un ejemplo clásico es el de Estados Unidos, donde cada eslabón funciona con mucha autonomía en detrimento de la atención integral y con costos altísimos.

En Colombia se cuenta con un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) definido en la Ley 100 de 1993 con los objetivos de regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención. A pesar de ser un sistema definido como integral y sometido a numerosas reglas que precisan su estructura y funciones hasta el detalle, en la práctica no ha sido posible alinear a todos los actores alrededor de objetivos comunes. Dos ejemplos

notables de la falta de armonía son las acciones colectivas de la salud pública que no se coordinan con los servicios de prestación médica, o las aseguradoras y los prestadores que no siempre trabajan en la misma dirección y en ocasiones tienen enfoques antagónicos.

En el nivel micro de los esquemas de prestación médica tampoco existe alineación ni coordinación, de forma que en muchos casos cada prestador va por su lado. El mayor afectado con esta situación es el paciente o el usuario, que se ve enfrentado a un modelo de atención demasiado complejo con elementos administrativos propios del aseguramiento social, los cuales crean barreras al acceso a causa de numerosos trámites y exigencias y, de otro lado, el servicio clínico, igualmente segmentado, donde el paciente se ve obligado a navegar dentro de un sinnúmero de prestadores aislados y descoordinados.

El médico primario (o el equipo de atención familiar) debería ser la puerta de entrada en todos los casos y coordinar desde allí el resto de actividades en un proceso de atención único, integral y continuo que incluye la atención básica, las remisiones a especialistas, los exámenes de laboratorio e imágenes, las terapias, las hospitalizaciones y los demás componentes del servicio. De lo contrario estamos ante servicios inoportunos, carentes de calidez y despersonalizados, discontinuos, descoordinados e incompletos que terminan siendo ineficientes, inefectivos, inseguros y traumáticos para el usuario y de alto costo para el sistema o para los mismos aseguradores.

Correo electrónico: jarias@acemi.org.co

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2014.10.001>

0120-5633/© 2014 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Una posible solución planteada desde diversos ángulos y definida en la Ley 1438 de 2011 es la llamada «atención primaria renovada», en donde los pacientes o las familias son asignados a un profesional o a un equipo primario que debe velar permanentemente por la salud de la población adscrita y resolver directa o indirectamente los problemas de salud a través de todas sus etapas. Ese profesional, que podría ser un médico de familia, o una enfermera especializada, conoce de cerca a sus usuarios asignados, tiene acceso a su historia social, familiar y médica, hace seguimiento durante años a los sanos y a quienes se enferman, y en el caso de los pacientes crónicos define, ejecuta y controla el plan de trabajo que involucra al mismo paciente y a su familia, además coordina con los especialistas, los terapeutas y los hospitales la atención que no pueda brindarse desde el ámbito ambulatorio. Este es el modelo de Kaiser-Permanente en California, el de las provincias en Canadá y el de muchos países europeos, comenzando por los de tradición anglosajona.

Así pues, para integrar la atención se requieren varias condiciones: una cultura de responsabilidad y respeto frente

al paciente y a su familia; la definición clara de un proceso integral de atención médica definido en todos sus pasos y relativamente estandarizado; un soporte administrativo ágil que permita la fluidez de la atención en todos sus pasos; la participación más consciente y activa del usuario o del paciente y un sistema de información basado en la historia médica, o en la historia de salud electrónica, que registre cada actividad y cada situación clínica a lo largo de los años, desde todos los puntos de atención: el ambulatorio, el especialista y el subespecialista, el hospital, la farmacia, los laboratorios y el domicilio del paciente.

Los planteamientos anteriores parecen sencillos, pero aterrizarlos no es fácil cuando existe una larga tradición de atención segmentada y fragmentada. En Colombia se mantiene el esquema de prestación de los años cincuenta del siglo anterior, influido por el modelo estadounidense, aceptado por el Estado, mantenido por las universidades, reforzado por las mismas aseguradoras, y defendido por muchos médicos y hospitales. Ese modelo es obsoleto, costoso e ineficiente, y el paciente desempeña un papel pasivo y anónimo.