

NOTAS MEDICUSMUNDI 50º ANNIVERSARIO

1 octubre 2013, Madrid, España

Problemas y soluciones para una Atención Primaria de calidad en un escenario de contracción presupuestaria.

SÍNTESIS:

La Atención Primaria es para todos (y la misma para todos)

Juan Gérvas, médico general, Equipo CESCO, Madrid, España

Profesor (honorario) de Salud Pública, Universidad Autónoma, Madrid

Profesor (visitante) de Salud Internacional, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid

jgervasc@meditex.es

Una Atención Primaria de calidad "produce" más salud a menor coste. Por ello, la respuesta prudente a la crisis económica y a las restricciones presupuestarias es ofrecer 1/ más Atención Primaria a más poblaciones, hasta cubrir todas las comunidades y 2/ mejor Atención Primaria y más fuerte.

La Atención Primaria es más "pro-pobre" que la Atención Especializada. Por ello, a problemas de disminución de la equidad conviene más Atención Primaria. La "Ley de Cuidados Inversos" dice que se reciben menos cuidados cuantos más se necesitan (y se cumple más intensamente esta Ley cuanto más se orienta el sistema sanitario al sector privado). La Atención Primaria ayuda a que no se cumpla tan intensamente la Ley de Cuidados Inversos.

La Atención Primaria evita la prestación de servicios fragmentados (que disminuyen la salud al sumarse sin coordinación, aunque cada uno sea de máxima calidad) y por eso debe prestarse a toda la población (clase alta, media y baja). La Atención Primaria es para todos (y la misma para todos). Esta Atención Primaria fuerte para todos se adapta al entorno cultural, geográfico y social de

pacientes, familias y comunidades. Tal adaptación debería tener en cuenta las cuestiones éticas y legales (derechos humanos) que suscitan algunos usos y costumbres, como el feminicidio a través del aborto selectivo tras la ecografía.

La Atención Primaria es tecnología dispersa que se lleva hasta los domicilios de los pacientes. Por el contrario, la Atención Especializada (el hospital) es tecnología concentrada, cuya "densidad" y coste se justifica para ofrecerla a pacientes y situaciones especiales e infrecuentes, y de forma episódica.

El sistema sanitario se basa en la solidaridad y la tolerancia y trata de evitar sufrimientos, daños y enfermedades "evitables", y las catástrofes económicas consiguientes cuando no existe cobertura universal para el enfermar. Los objetivos del sistema sanitario son evitar, curar y/o paliar la morbilidad y mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE). Son ejemplos de MIPSE la muerte por tétanos, el sufrimiento en la agonía, la deshidratación infantil, la muerte por apendicitis, la minusvalía de desplazamiento por artrosis de cadera, la encefalitis por sarampión, la cicatriz que desfigura la cara, la meningitis por germen resistente a antibióticos y otras. Se requiere el trabajo intersectorial para dar respuesta completa a muchas MIPSE; por ejemplo, para evitar la mortalidad materna, el cáncer de pulmón, el suicidio con paracetamol, las muertes por accidentes laborales y las enfermedades infecciosas "vacunables". Así, para evitar las muertes por "hambrunas" no hay nada mejor que desarrollar la democracia (a más democracia mejor salud). Puesto que la educación formal (en la escuela e instituciones docentes superiores) es el determinante de salud más poderoso, conviene valorar el papel de los maestros y ayudar a niños, adolescentes y jóvenes (y sus familias) para evitar el fracaso y el abandono escolar.

Una Atención Primaria fuerte es expresión de la preferencia social por la "equidad" y por el principio ético de "justicia". Cuando hay una Atención Primaria débil la sociedad prefiere la "libertad" (por ejemplo, para ir directamente al especialista y cuantas veces se quiera, lo que disminuye la salud y aumenta el gasto) y el principio ético de "autonomía" (cada cual "cuida" de sí mismo). La preferencia social por la equidad y por la justicia "produce" más salud para todos (pobres y ricos) a un coste tolerable para la sociedad.

Una Atención Primaria fuerte restringe la libertad de profesionales ya que sólo pueden ejercer en el sistema público donde haya "un hueco" (grupo de población definido en que faltan profesionales

para su atención). A los pacientes se les restringe la libertad de elegir punto de Atención Primaria y el acceso directo a los especialistas pues se "asignan" a unos concretos profesionales-centro de salud (pueden cambiar en circunstancias específicas pero tienen que "pertener" obligatoriamente a algún profesional-centro de salud que normalmente actúa de "filtro" para la Atención Especializada). Además, una Atención Primaria fuerte "obliga" a la redistribución de la riqueza y a proveer servicios según necesidad, no según capacidad de pago. Por ello hay que imponer a la población restricciones varias que fomenten la equidad (vertical y horizontal; es decir, a más necesidad más servicios y a igual necesidad los mismos servicios, tanto respecto al acceso como al proceso de atención).

La Atención Primaria fuerte es muy accesible (por ejemplo, ofrece servicios a domicilio, incluso para morir en paz en el hogar), flexible (las agendas se subordinan a las necesidades de pacientes, familias y comunidades y no a las conveniencias de los profesionales y gestores), polivalente (ofrece servicios muy variados, por ejemplo desde inserción de DIU a realización de espirometría, desde atención a emergencias a diagnóstico precoz de la tuberculosis), logra longitudinalidad (por la escasa rotación de profesionales y la asignación de una población definida, de forma que los profesionales llegan a conocer bien a sus pacientes, familias y comunidades a los que prestan servicios muy variados, y quien necesita atención sabe dónde requerirla y conoce a los profesionales que la prestarán) y coordina los distintos eventos de atención ("encadena" los servicios y encuentros de forma que no se duplican innecesariamente pruebas y tratamientos y se evitan los excesos en prevención y el sobre-diagnóstico y el sobre-tratamiento).

La prevención no es una característica básica de la Atención Primaria fuerte. Si la prevención y la promoción de la salud son importantes en Atención Primaria es porque se pueden ofrecer "ajustadas" a concretos valores y específicas expectativas de pacientes, familias y comunidades a quienes se conocen bien. Por ello, sobran los protocolos, programas, guías y algoritmos, con sus rigideces y sesgos. Son frecuentes los excesos en prevención; sirva de ejemplo la revacunación cada 10 años contra el tétanos, pues serían suficientes las cinco-seis dosis de infancia y adolescencia y una sola dosis de recuerdo a los 65 años. Conviene evitar la arrogancia y la soberbia en la prevención y promoción de la salud para no crear expectativas excesivas ni en pacientes-población ni en los profesionales.

Todo los profesionales sanitarios trabajan con cuatro "maletines" (cabás) con contenido muy

diverso: 1/ el de conocimientos generales (médicos de anatomía, fisiología y patología, salud pública, sociológicos, antropológicos, económicos y otros), 2/ el de conocimientos locales (valores culturales y sociales, estructura de la población y social, idiomas de los habitantes y otros), 3/ el de materiales y tecnología (desde el fonendoscopio a guantes, desde morfina a material para suturas, desde el teléfono móvil a la adrenalina y otros muchos según la situación local) y 4/ el del compromiso profesional, ético y social (con la comunidad concreta a la que se presta servicios, con el sufrimiento de pacientes y familiares de la población atendida, con el devenir social, con los marginados y otros). Son esenciales los maletines segundo (conocimiento local) y cuarto (compromiso). Los recursos materiales (contenidos en el tercer maletín) son importantes y hasta cierto punto limitantes pero cabe una Atención Primaria fuerte con profesionales sanitarios que tengan los otros tres maletines llenos y rebosantes. De hecho los recursos "conocimiento" y "compromiso" son tan importantes o más que los recursos financieros y materiales.

Un sistema sanitario que logra Atención Primaria fuerte cuenta con 1/ cobertura universal con un poder gubernamental que establece normas y "exige" y logra el cumplimiento de las "reglas del juego", 2/ distribución equitativa de recursos en proporción a las necesidades (no importa vivir en áreas rurales ni marginadas, a todas llega la Atención Primaria), 3/ servicios muy variados y cercanos (desde prevención a curación, servicios paliativos y de rehabilitación), 4/ gran accesibilidad al romper las barreras culturales, idiomáticas, horarias, administrativas, geográficas y otras, y 5/ escasos o nulos co-pagos en el lugar de la prestación de los servicios (el sistema sanitario se financia a través de impuestos generales o cuotas sociales que recolecta un sistema democrático muy desarrollado para combatir eficazmente el fraude fiscal), y otras.

La Atención Primaria fuerte se organiza "horizontalmente" para dar el máximo de servicios en el momento y por el mismo profesional. La Atención Especializada se organiza "verticalmente", por enfermedades y factores de riesgo (por especialidades, programas, protocolos, guías y algoritmos clínicos). Tales programas verticales aplicados en la comunidad destruyen la Atención Primaria. Así, destruyen la Atención Primaria los consultorios, consultas, horas y días diferenciados para SIDA, tuberculosis, mujer embarazada sana, hipertensión, diabetes, obesidad, vacunas, cribado-*screening* de cáncer de cuello de útero, etc.

Cada profesional de una Atención Primaria fuerte debería ser un "piloto de aviación" con autonomía (independencia, responsabilidad y remuneración proporcionada) para ofrecer servicios muy

variados en el momento. Al tiempo cada profesional de una Atención Primaria fuerte debería ser un "director de orquesta" para coordinar eventos de atención y encuentros del paciente con otros profesionales y en otros lugares. Para ello se precisa mantener una formación "plástica", en el sentido de permanente y adaptada a las cambiantes condiciones científicas, culturales, epidemiológicas, sociales y tecnológicas.

Los pacientes son "complejos" y el sistema sanitario es simple. Cuando no hay Atención Primaria fuerte "los pacientes devienen en el combustible del sistema sanitario". Los pacientes "tienen derecho" a tener varias enfermedades y problemas crónicos sumados a limitaciones culturales y sociales y a complicaciones agudas. Es el sistema sanitario el que tiene que prever los servicios que precisan estos pacientes "complejos", y ofrecerlos a través de una Atención Primaria fuerte. Los problemas crónicos son mucho más que los "cinco grandes" que interesan a las industrias farmacéuticas, de alimentación y tecnológicas (hipertensión, asma, diabetes, depresión y EPOC); entre los problemas crónicos importantes se incluyen muchos más pues los hay biológicos (úlceras de piel, síndromes genéticos invalidantes, y hallus valgus por ejemplo), psicológicos (demencias en ancianos, anorexia nerviosa e insomnio, por ejemplo) y sociales (desempleo, pobreza, y aislamiento social, por ejemplo). Además, conviene no dar por buena la atención prestada a los problemas agudos pues es una atención manifiestamente mejorable; por ejemplo, las infecciones respiratorias altas en las que se suelen sobre-utilizar los antibióticos, o la prestación de servicios en caso de crisis de salud pública (por ejemplo, la pandemia de gripe A de 2009-10). El objetivo respecto a ambos tipos de problemas (agudos y crónicos) es salvar el "abismo" que separa lo que se puede lograr en las mejores condiciones posibles (eficacia) y lo que se consigue en la práctica diaria (efectividad).

El lema y principio básico es "máxima calidad, mínima cantidad, tecnología apropiada, por el profesional adecuado, en lugar y momento apropiado y tan cerca del domicilio del paciente como sea posible". Es decir, en general "menos es mejor" pues las intervenciones sanitarias llegan a ser peligrosas por potentes, variadas y precoces y hay que "administrarlas" en cantidades suficientes, no en exceso. Así, cuando se distribuyen desigualmente los recursos y las intervenciones sanitarias (se hace de más a la población de clase alta y media y de menos a los pacientes de clase baja) el efecto es perjudicial para la salud. Por ello, el país del mundo que más gasta en salud (Estados Unidos, el 18% del Producto Interior Bruto) es el que obtiene peores resultados en salud entre los desarrollados; por ejemplo, se ha triplicado la mortalidad materna de 1987 (6,6) a 2010 (21), las mujeres estadounidenses actuales mueren a edad más precoz que sus madres y cada año mueren

250.000 estadounidenses por iatrogenia.

La equidad en la oferta de una Atención Primaria fuerte implica evitar que los servicios y tiempos se "ocupen" por los pacientes obedientes y/o crónicos estabilizados y cumplidores de las normas y de las recomendaciones. Estos pacientes necesitan pocos servicios sanitarios y se convierten en "okupas" que consumen recursos en exceso e impiden la prestación de los servicios que precisan los que más lo necesitan (poblaciones y pacientes marginados, "insignificantes", con esquizofrenia y otras psicosis, sordos, ciegos, pobres, drogadictos, prostitutas, de minorías variadas, "desobedientes", "complejos", "difíciles", reclusos en el domicilio y otros).

PARA SABER MÁS, del mismo autor

CONCEPTOS DE ORGANIZACIÓN

- <http://www.actasanitaria.com/opinion/el-mirador/articulo-la-atencion-primaria-es-tecnologia-dispersa-y-adaptada-a-las-necesidades-de-los-pacientes-y-de-sus-familiares.html>
- <http://equipocesca.org/gestion-y-clinica-algo-mas-que-gestion-clinica/>
- <http://equipocesca.org/la-clave-para-mejorar-la-clinica-mas-calidad-con-el-minimo-de-cantidad/>
- <http://equipocesca.org/organizacion-de-la-atencion-primaria-en-otros-paises-del-mundo/>
- <http://equipocesca.org/una-atencion-primaria-fuerte-en-brasil/>

PREVENCIÓN

- <http://equipocesca.org/prevencion-de-la-poblacion-al-paciente-y-viceversa-es-la-prevencion-una-funcion-de-la-atencion-primaria/>
- <http://equipocesca.org/los-danos-provocados-por-la-prevencion-y-las-actividades-preventivas/>

MALETINES-CABÁS, TEORÍA Y PRÁCTICA

- <http://equipocesca.org/el-cabas-y-el-profesional-sanitario-cuatro-maletines-que-definen-el-trabajo/>
- <http://equipocesca.org/el-maletin-del-medico/>
- <http://equipocesca.org/la-dignidad-del-trabajo-clinico-existe-alli-donde-ejerce-un-medico-cercano-cientifico-y-humano/>

- <http://www.actasanitaria.com/opinion/el-mirador/articulo-el-cabas-del-profesional-sanitario-cuatro-cabases-en-realidad.html>

IDEAS PARA EL CAMBIO

- <http://equipocesca.org/la-renovacion-de-la-atencion-primaria-desde-la-consulta/>
- <http://equipocesca.org/prestacion-de-servicios-sanitarios-que-quien-cuando-y-donde/>
- <http://equipocesca.org/gobierno-clinico-de-la-clinica-diaria/>
- <http://equipocesca.org/como-ejercer-una-medicina-armonica-claves-para-una-practica-clinica-clemente-segura-y-sensata-2/>

CLÍNICA, ATENCIÓN A DOMICILIO Y EXCLUSIÓN SOCIAL

- <http://www.actasanitaria.com/opinion/el-mirador/articulo-domicilios-a-donde- apenas-llega-el-sistema-sanitario.html>
- <http://equipocesca.org/atencion-primaria-de-salud-politica-sanitaria-y-exclusion-social-2/>
- <http://equipocesca.org/dia-a-dia-de-un-medico-cabecera/>
- <http://www.actasanitaria.com/opinion/el-mirador/articulo-la-lista-de-problemas-de-como-el-paciente-es-mas-que-su-enfermedad.html>

EN INGLÉS

- <http://equipocesca.org/clinical-care-and-health-disparities/>
- <http://equipocesca.org/primary-health-care-oriented-systems-for-whom-why-and-how/>
- <http://equipocesca.org/what-role-for-primary-health-care-in-modern-health-service-provision-seminar-of-innovation-in-primary-care-madrid-spain-22nd-september-2012/>
- <http://equipocesca.org/primary-care-financing-and-gatekeeping-in-western-europe/>
- <http://equipocesca.org/phc-western-european-best-practices-of-institutional-responsibilities/>