

ASISTENCIA DE CALIDAD Y ATENCIÓN PRIMARIA: ALGUNAS REFLEXIONES E INICIATIVAS COMO RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Las carencias y amenazas que intervienen en la calidad de la asistencia a los pacientes vienen determinadas, entre otros factores, por las características y funcionamiento de los propios sistemas sanitarios. Nos ha parecido por tanto, oportuno subrayar los atributos de lo que consideramos una Atención Primaria de calidad como paso previo a la identificación de algunos retos e iniciativas que estamos llevando a cabo como residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

Accesibilidad y primer contacto

La accesibilidad es entendida como la posibilidad de recibir la asistencia médica correspondiente y necesaria sin barreras de tipo geográfico, económico o cultural. Puede ser comprendida como una condición de la equidad y como un componente de la calidad asistencial en general. Sin embargo, no debería confundirse con la inmediatez de una atención indiscriminada, sino más bien con la mejor asistencia sanitaria posible en función del tipo de necesidades. (1)

El cupo y la longitudinalidad

La longitudinalidad es la relación personal que se establece a largo plazo entre el médico y los pacientes de una consulta. Significa que los individuos de una población identifiquen un centro asistencial como “el suyo” y establezcan con el proveedor un contrato formal o informal de asistencia regular y centrada en la persona. Con el tiempo, se favorece el desarrollo de una relación de confianza y una mayor comunicación entre el médico y el paciente (2).

Integralidad

La integralidad requiere identificar la gama completa de necesidades de salud de los pacientes y disponer de los recursos para manejarlas. Comprende la asunción de labores no sólo curativas, sino también preventivas y de promoción de la salud, exigiendo a menudo ofrecer otros servicios como las visitas a domicilio y el trabajo de los asistentes sociales. Igualmente, la vinculación-coordinación con sectores como salud pública, educación, deporte, asociaciones ciudadanas, urbanismo, medicina laboral, etc. es una de sus virtudes, complejidades y competencias. (3)

Coordinación y colaboración

Uno de los componentes fundamentales de la coordinación es la disponibilidad de información acerca de los problemas previos y de los servicios utilizados, y el manejo de dicha información para satisfacer los cuidados y las necesidades del paciente. Información que ha de ser generada y utilizada respetando los derechos del propio paciente y que necesita de la asunción por parte de las distintas especialidades del papel de la AP como pivote de una colaboración entre los profesionales, ajena a egoísmos estamentarios e imprescindible para la buena práctica asistencial. (2)

Aquellos sistemas sanitarios orientados a satisfacer las características descritas a través de una Atención (sólida y) Primaria muestran mayor acceso y calidad asistencial y mejores resultados en salud. Se evidencia una mejor atención preventiva, menor número de hospitalizaciones y atención urgente (4), mejor utilización de los servicios de salud, asistencia más apropiada y oportuna, menor número de enfermedades prevenibles, mejor cumplimiento del tratamiento farmacológico prescrito y costes totales más bajos entre aquellos pacientes atendidos por su médico de familia a lo largo del tiempo (1-3, 5, 6). A su vez, una mayor provisión de médicos

de familia y consultorios contribuye a reducir las inequidades en salud entre la población atendida (7).

Los resultados en salud son, en parte, explicados por el menor riesgo de sobreatamiento y mejor detección de los efectos indeseables de las intervenciones médicas (3). Los errores y la yatrogenia pueden ser atenuados mediante un sistema de filtro y coordinación.

El sentido del “filtro” reside en que el valor de una prueba diagnóstica depende de la prevalencia de la enfermedad en la población estudiada. Ante trastornos infrecuentes, las pruebas tienden a ofrecer resultados falsos positivos, sometiendo a los pacientes a una serie de intervenciones diagnósticas innecesarias cada una con una probabilidad concreta de producir efectos adversos. Debido al bajo rendimiento de las mismas, los costes (tanto humanos como económicos) no se consiguen justificar. Por otra parte, la coordinación que ofrece el médico de familia permite ponderar las distintas perspectivas y opiniones del resto de profesionales y evitar repeticiones innecesarias de pruebas y exploraciones (2).

El estudio publicado por Starfield B. et al concluye que la falta de continuidad de la asistencia médica conlleva un mayor número de visitas a otros especialistas, más intervenciones y un aumento de los costes totales. Cuando el primer contacto es ofrecido por un internista en lugar de por un médico de familia, también se registran más derivaciones e intervenciones sin apreciar una mayor calidad asistencial. (8)

RETOS Y AMENAZAS EN LOS TIEMPOS QUE CORREN.

Todos los niveles asistenciales resultan imprescindibles en su medida y proporción. Sin embargo, se identifican condiciones y tendencias que pudieran estar contribuyendo al desequilibrio y en consecuencia, al peor funcionamiento del sistema sanitario.

La preferencia del libre acceso, la especialización y la innovación tecnológica, la comparativa reducción presupuestaria y la fragmentación de la Atención Primaria, la carencia formativa referente a la medicina de familia en las universidades, la precarización laboral y el cierre de consultorios rurales son algunos ejemplos que reflejan un progresivo y preocupante agravio. (9)

Según el estudio publicado por Kringos et al. la deriva de la Atención Primaria en los distintos países guarda relación con el posicionamiento ideológico de sus gobiernos, y también con el contexto cultural y los valores y las preferencias de la sociedad (10). Fortalecer la medicina de familia pudiera conllevar no sólo la implementación de las medidas y las políticas oportunas, sino también el acercamiento de nuestra labor y sus implicaciones a la población general. La evidencia disponible parece respaldar las virtudes de la Atención Primaria, pero ¿hasta qué punto lo hacen nuestros pacientes, estudiantes, residentes y compañeros?

“LA CABECERA” COMO INICIATIVA PARA FORTALECER UNA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE CALIDAD

En este sentido, se pretende compartir una iniciativa promovida por médicos residentes y dirigida a fomentar y sostener las virtudes de la medicina familiar y comunitaria entre los profesionales sanitarios y la población general, así como favorecer la reflexión y el debate en torno a las perspectivas, las amenazas y el papel que debe desempeñar la Atención Primaria.

- (1) D. S Kringos et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Services Research. 2010; 10:65.
- (2) B. Starfield. Atención Primaria, equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Masson. 2001.
- (3) La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo. Organización Mundial de la Salud. 2008. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
- (4) Huntley A et al. Which features of primary care affect unscheduled secondary care use? A systematic review. BMJ Open. 2014.
- (5) Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005; 83: 457-502.
- (6) Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. Health Services Research. 2003; 38: 831-65.
- (7) Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The Impact of Primary Healthcare on Population Health in Low- and Middle-Income Countries. J Ambulatory Care Manage. 2009; 32 (2): 150-171.
- (8) Starfield B, Lemke KW, Weiner JP. Ambulatory Specialist Use by Nonhospitalized Patients in US Health Plans. Correlates and Consequences. J Ambulatory Care Manage. 2009; 32 (3): 216-225.
- (9) Fernández de Sanmamed MJ. ¿Atención Primaria con fecha de caducidad? AMF. 2014; 10 (11): 636-638.
- (10) Kringos DS et al. Political, cultural and economic foundations of primary care in Europe. Social Science & Medicine. 2013; 99: 9-11.