

Razones que justifican una lista de pacientes (cupo) de 5.000 personas por equipos de atención primaria

Juan Gérvas, Doctor en Medicina, médico general jubilado, Equipo CESCO, Madrid, España.

jjgervas@gmail.com www.equipocesca.com

Mercedes Pérez-Fernández, Especialista en Medicina Interna, médico general jubilada, Equipo CESCO, Madrid, España. mpf1945@gmail.com

Propuesta de reforma de la atención primaria en Españaⁱⁱⁱ

En síntesis, proponemos:

1. la mejora de todos los centros de salud, con ideas prácticas obtenidas de los centros de éxito,
2. el análisis, promoción y reconocimiento de los centros de salud de éxito, los que funcionan bien, y de sus profesionales como líderes clínicos, para apoyar su tarea y extender sus enseñanzas e ideas prácticas, benchmarking. Por ejemplo, San Pablo en Zaragoza, Cudillero en Asturias, Besós, La Mina y El Raval en Barcelona, Daroca en Madrid, Camarenilla y Arcicollar en Toledo y Cartuja, Almanjáyar y La Chana en Granada, etc. Y
3. la implantación experimental de hasta 50 equipos de profesionales independientes, que contraten con el sistema público para prestar atención gratuita en el punto del servicio y ofrezcan atención 24 horas, 365 días al año (con sistema de guardias apropiadas). Se componen estos equipos de 1 médica, 3 enfermeras, 2 técnicas de cuidados, 1 administrativa y 1 trabajadora social.

Estos equipos independientes tendrán base territorial, pago por capitación (45%), salario (45%) y objetivos (10%) y un compromiso de años entre sus miembros y con pacientes, familias y comunidad.

Dichos equipos tendrán una activa política de transparencia y rendimiento de cuentas.

Su población asignada, cupo/lista de pacientes, será de 5.000 personas.

De Polifemo a Ulises

La reforma será pro-contenido (mejor formación y mejor dotación de medios) y pro-coordinación (respecto a la atención de los especialistas focales, pediatras incluidos, que se podrán elegir/seleccionar y trabajarán de consultores, y respecto al sector social para dar respuestas sociales, y no médicas, a los problemas sociales).

Estos equipos serán propiamente equipos, no plantillas, al elegirse entre sí sus miembros.

Su independencia les permitirá escoger también los programas de agendas e historias clínicas electrónicas, con la única obligación de compartir datos clínicos mínimos básicos con el Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a sus servicios, pasarán a ser generalistas, respecto a atender a toda la población sin diferencias por edad/sexo hasta hacer todo lo técnico y socialmente posible (por ejemplo, vasectomías, llevar hasta el final la atención al paciente que desee morir en casa, en su caso eutanasia, implantar DIUs y hacer abortos voluntarios farmacológicos e instrumentales, seguimiento personalizado de los pacientes hospitalizados, tratamiento de pacientes con SIDA y también PrEP, profilaxis preexposición, partos a domicilio según condiciones, cooperación en tratamientos oncológicos ambulatorios, ecografías, cirugía menor, etc).

Su filosofía es pasar de la mirada monocular de Polifemo a la mirada binocular de Ulises, una mirada renacentista que reconozca lo biológico, psicológico, espiritual y social respecto a los problemas de pacientes, familias y comunidades.

El equipo que proponemos

La médica, con trabajo de médica-médica, casos muy complejos en consulta y en domicilio, (pago de 10.000 euros mensuales netos, más guardias).

3 enfermeras, con trabajo de enfermera-enfermera, una con formación de matrona, en la práctica haciendo más de lo que hoy hace la médica (pago de 4.000 euros mensuales netos, más guardias).

2 técnicas de cuidados (auxiliares de clínica) haciendo más de lo que hoy hace la enfermera (pago de 2.500 euros mensuales netos).

1 administrativa (pago de 2.000 euros mensuales netos), que sea polifuncional como en los centros de salud de Noruega y de los Países Bajos (lo mismo hace un electrocardiograma que una tira en orina, o que asigna consulta con profesional y tiempo según la necesidad del paciente).

1 trabajadora social (pago 4.000 euros netos mensuales) resolviendo problemas sociales que apoyen y en su caso eviten la intervención médica).

La médica no sería “la directora de orquesta” sino que ella y cada profesional del equipo sería en sí misma una orquesta, en el sentido de polivalencia, tipo “hombre orquesta” capaz de tocar hasta diez instrumentos.

Se trata de lograr una atención primaria que retenga a pacientes y población en el nivel apropiado de servicios:

"La población parece cada vez más culta lo cual no impide que la asimetría informativa entre profesionales y usuarios aumente por muchas páginas webs que se consulten. Se entiende la tentación de explicar cómo una persona con lumbalgia o con ansiedad puede tener un cáncer de colon o una encefalopatía hepática, respectivamente, y que para descartarlo se precisa atención

holística y longitudinal, no superespecialistas sino especialistas en la totalidad. De atención primaria. La mejor forma de convencer a la población de las ventajas de la orientación hacia la atención primaria exige, primero, utilizarla, y, después, tener una experiencia satisfactoria como la que proporcionan los equipos con alta calidad. Será entonces cuando por un proceso de difusión la mejora se extenderá más allá de los segmentos poblacionales que hasta ahora la han disfrutado”ⁱⁱⁱ.

Hay que recuperar lo perdido

Se trata de devolver y asumir todo lo que la atención primaria ha perdido (y nunca debió abandonar) pues con la pérdida la atención primaria se está volviendo prescindible e irrelevante. Hemos perdido, por ejemplo, ginecología y tocología, trauma, niños, cirugía menor, paliativos, asistencia domiciliaria, atención comunitaria, urgencias, tardes, noches, fines de semana, pacientes crónicos complejos, trabajo social, la custodia del secreto, la autonomía en la organización, la elección de software/historia clínica electrónica, la elección de compañeros, el control de los propios datos, la responsabilidad financiera, el presupuesto capitativo de lo ordinario y de todos estos segmentos de actividad^{iv}, la gestión de casos, la elección de los especialistas focales y su actuación como consultores, el pago por capitación a los hospitales, los "programas verticales", etc.

Este abandono convierte en irrelevante y prescindible a la atención primaria y, en un circuito de retroalimentación negativa, al final los profesionales generalistas pierden capacidades y habilidades y, por ejemplo, no se sienten competentes para atender en domicilio a pacientes terminales.

A su vez, la falta de práctica (“de hacer manos”) hace cada vez más imperfectas las respuestas de primaria, lo que lleva en un ciclo infernal a más programas verticales, más abandono de pacientes, problemas y situaciones, más debilitamiento de la primaria y así sucesivamente.

Al final, en el ejemplo de pacientes terminales, los pacientes que quieren morir en casa se ven como “ajenos” a la atención primaria y dependientes en exclusiva de los programas de soporte a domicilio, de forma que el paciente sale del hospital porque quiere morir en su casa y lleva agendado "de oficio" el servicio especializado de paliativos domiciliarios^v.

Razones que justifican una lista de pacientes (cupó) de 5.000 personas por equipo de atención primaria

1.- El médico general/de familia necesita una frecuencia mínima de atención a un problema determinado para mantener la capacidad de tratarlo.

El buen médico general/de familia sabe poco de muchísimo, sabe muchísimo de lo frecuente, convive con la incertidumbre, sabe cuando se precisa consulta y coordinación con el especialista focal y piensa en la normalidad (no en la patología).

En síntesis, el médico general/de familia es un médico generalista, un especialista en la totalidad^{vi}, capaz de abarcar todo y de saber mucho de lo agudo y crónico frecuente y de lo agudo y crónico importante.

Este médico necesita una frecuencia mínima de responsabilidad de un paciente con un problema determinado para mantener la capacidad de tratarlo.

Los problemas muy infrecuentes importantes deberían ser referidos al especialista, pero el médico general debería tener los conocimientos y las habilidades necesarios para detectarlos (al menos) y para coordinar la atención.

Así, si el mantenimiento de la competencia del médico general exige atender cada 3 meses a un problema determinado (por ejemplo, paciente con diabetes insulino dependiente), si de este problema determinado el paciente realiza 2 visitas en un año, se precisan 2 pacientes con el problema en cuestión para mantener la competencia (2 pacientes por 2 visitas igual a 4 visitas al año, una cada 3 meses). Si el médico general tuviera asignada una lista de 2.000 personas, la frecuencia mínima anual que se requiere de un problema para mantener la competencia será del 1 por mil^{vii}.

En general, con las listas de pacientes habituales, entre 1.000 y 2.000 personas, no se llega a tal incidencia en muchas neoplasias, infecciones, enfermedades cardiovasculares y otras^{viii}.

"Cuando el cupo es de 250 pacientes, el médico de familia tendrá competencia aplicada (4 ó más casos al año) sobre 92 problemas de salud. Si el cupo fuera de 2000 pacientes, la competencia aplicada pasará a ser de 330 problemas diferentes atendidos y si fuera de 3.000, sería de 382"^{ix}.

Por ello proponemos una lista de 5.000 pacientes, para que la médica y las enfermeras mantengan sus competencias y destrezas al enfrentarse con frecuencia a situaciones y problemas complejos e importantes sean frecuentes o infrecuentes.

De hecho, contraintuitivamente, los profesionales con más pacientes complejos lo hace mejor pues tienen menos visitas por paciente, derivan menos y tienen más efectividad y eficiencia en su práctica. Lo expresó bien Josep Casajuana: "Hay que dejar de hacer [tontinaderías] para hacer [lo importante]"^x.

2.- Al disminuir el tamaño de la lista de pacientes no disminuye la demanda en la consulta sino que se pierden competencias y habilidades.

La intuición dice que si el cupo de pacientes baja a 1.000 se podrá trabajar mucho mejor (en consulta y domicilios) porque habrá menor presión asistencial. Pero si estudiamos la utilización, tanto en atención primaria como en hospitalaria, el factor clave es la demanda inducida por los profesionales, la organización y las industrias del sector (la demanda "oferta-dependiente", la demanda que responde a ofertas, no a necesidades).

Por ejemplo, en Andalucía, sobre la utilización de las consultas de atención primaria, "la variable con mayor poder predictivo del modelo fue la demanda inducida, tanto de forma individual por parte del profesional, como globalmente, por el equipo de atención primaria"^{xi}.

"Ni pocos pacientes es sinónimo de pocas visitas, ni muchas visitas es sinónimo de muchos pacientes, ni tranquilidad o tiempo en la consulta es sinónimos de pocos pacientes y ni pocas visitas es sinónimo de efectividad o eficiencia.

En realidad no tienen relación alguna y si la tiene es inversa, porque la visita/consulta no es ninguna medida de actividad, sino de consumo.

Según la "Ley de Roamer", todo recurso público ofertado tenderá, en breve, a colapsarse, pero no por necesidad/morbilidad-dependiente, sino por oferta-dependiente. Ya se redujeron los cupos de 2.000 a 1.500. No pasaron muchos meses para que se volvieran a colapsar.

¿Qué se espera que pase si el cupo baja a 1.200, 1.000, 800 o 600? Pues que se colapsará 'al rato'. Sin duda otra encuesta en ese momento nos mostraría la masificación de la Atención Primaria con 600 pacientes por cupo y volverían a invocarse las perversas simplezas de pedir que se reduzcan aún más los cupos...¿hasta que cifra? ¿hasta uno (1 paciente) por médico?^{xii}".

Lo sintetizó bien Ángel Ruiz Téllez: "¿Tú te dejarías intervenir por un cirujano cardíaco que haga solo 3 intervenciones al año?

Pues es lo mismo en Medicina de Familia. ¿Tú, como paciente, te dejarías atender por un profesional que solo ve naderías por no tener morbilidad compleja por razón del cupo pequeño?"^{xiii}.

3. Hay ejemplos en el mundo de equipos con listas de pacientes (cupos) en torno a los 4.000.

En nuestra propuesta, la lista de pacientes de 5.000 personas sería atendida por el equivalente a cuatro médicos generales/de familia (las tres enfermeras atenderán casos y situaciones típicas del actual médico de familia español, una con mayor foco en la salud de la mujeres y de la infancia), salvo que la propia médica de familia recibirá los casos más complicados y difíciles para que no deje de "hacer manos" y mantenga competencias y destrezas ante pacientes y problemas complejos. La tendencia mundial es a reducir el tamaño de la lista de pacientes, incluso a 1.000 personas por médico, pero existen y han existido experiencias con cupos muchos mayores.

Así, en Brasil, la Estrategia de Salud Familiar exige que los equipos estén compuestos por un médico, un profesional de enfermería y un auxiliar, además de un número de agentes comunitarios de salud, con un máximo de un agente por cada 750 personas. Cada equipo es responsable de 3.500 a 4.500 personas^{xiv}.

En España, en Badajoz, en 1988, el Centro de Salud "La Paz", atendía a una población urbana estimada en unas 21.000 personas, con 6.650 cartillas de titulares de la Seguridad Social (en cada "cartilla" se incluía al beneficiario de la misma y a los miembros de su familia, si la hubiere). La

plantilla del Centro la constituían 6 médicos de familia, 7 ATS-DUE (enfermeras), 2 pediatras, 2 celadores, 2 auxiliares administrativos, 1 auxiliar de clínica, 1 personal de oficio y un número variable de residentes de tercer año de Medicina de Familia (1 en 1988). Es decir, podemos calcular un cupo de 3.000 personas por médico de familia y 1.500 por pediatra^{xv}.

En Europa, en 2016, la lista de pacientes por médico general iba de los 600 en Bélgica a los 3.500 en Turquía, con una media de 1.600^{xvi}.

Síntesis

Hay buenas razones para no pedir que decrezcan los cupos (listas de pacientes). Hay buenas razones para pedir que se incremente la base población de los equipos de atención primaria, para tener cupos crecientes.

Por ello tiene sentido un cupo de 5.000 personas en la reforma que proponemos de equipos con 1 médica, 3 enfermeras, 2 técnicas de cuidados, 1 administrativa y 1 trabajadora social.

- i Reforma de la atención primaria a la europea y renacentista. De nadar en una piscina a nadar en alta mar
<https://www.nogracias.org/2023/04/09/reforma-de-la-atencion-primaria-a-la-europea-y-renacentista-de-nadar-en-una-piscina-a-nadar-en-alta-mar-por-juan-gervas-y-mercedes-perez-fernandez/#>
- ii Reforma de la Atención Primaria a la europea y a la renacentista. Editorial Mercurio. Madrid. 2023.
<https://www.lacasademitia.es/articulo/firmas/reforma-atencion-primaria-europea-renacentista-juan-gervas-mercedes-perez-fernandez-eugenio-alberto-rodriguez/20230617072528140444.html>
- iii Orientación a la atención primaria: la oportunidad que ninguna sociedad puede perder
<http://lgestioimporta.cat/arees/orientacion-a-la-atencion-primaria-la-oportunidad-que-ninguna-sociedad-puede-perder/?lang=es>
- iv El centro de salud del futuro
<http://saludinerop.blogspot.com/2016/06/el-centro-de-salud-del-futuro-por-angel.html>
- v Muertes (y otros problemas), mejor en horizontal que en vertical
<https://saludinerop.blogspot.com/2024/05/muerte-y-otros-problemas-mejor-en.html>
- vi Brotes cataclísmicos
https://elpais.com/diario/2000/10/01/opinion/970351209_850215.html
- vii Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria
<http://equipocesca.org/fundamentos-y-eficiencia-de-la-atencion-medica-primaria/>
- viii La frecuencia de las enfermedades atendidas y su relación con el mantenimiento de la destreza del médico de familia
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-frecuencia-enfermedades-atendidas-su-14796>
- ix A este lado del espejo. La precisión de la mirada
<https://rafabravo.blog/2023/03/06/a-este-lado-del-espejo-la-precision-de-la-mirada/>
- x En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer
<https://egavilan.wordpress.com/wp-content/uploads/2010/11/en-busca-de-la-eficiencia-dejar-de-hacer-para-poder-hacer-casajuana-fmc-2005.pdf>
- xi Modelo multinivel explicativo de la utilización de las consultas de atención primaria en Andalucía
<https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/1660/16905234.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- xii Michael Jackson y el tamaño del cupo
<https://rafabravo.blog/2015/11/28/michael-jackson-y-el-tamano-del-cupo/>
- xiii No, no va de visitas
<https://rafabravo.blog/2023/03/24/no-no-va-de-visitas/>
- xiv La atención primaria de salud en Brasil: desafíos del Sistema Único de Salud
https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/ppt_jose_gomes_temporao_0.pdf
- xv Estudio de la población usuaria de cartillas de largos tratamientos en un centro de salud urbano. Un sistema para la evaluación y mejora de la calidad de prescripción.
https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/portadas_pdf_65_74/v6406.pdf
- xvi Sustainable general practice: looking across Europe
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4684014/>