Sobre el concepto de longitudinalidad, la característica básica de la atención primaria (la relación estable médico-paciente).

Juan Gérvas, médico general rural jubilado, Equipo CESCA, Madrid, España
jjgervas@gmail.com www.equipocesca.org @JuanGrvas
Mercedes Pérez-Fernández, especialista en Medicina Interna, jubilada, Equipo CESCA. mpf1945@gmail.com

NOTA

En este texto consideramos en exclusiva el concepto de longitudinalidad[i], no sus beneficios-daños, ni los incentivos para lograrla y mantenerla. Nos valemos principalmente de publicaciones nuestras previas.

Lo poco que sabemos sobre longitudinalidad se refiere al médico, al profesional de la medicina en atención primaria (médico de cabecera, médico general, o médico especialista en medicina de familia y comunitaria).

Tendríamos que investigar y publicar sobre la longitudinalidad de enfermeras, técnicas de enfermería, administrativas y trabajadoras sociales (y el equipo).

Todos los datos y hallazgos sobre longitudinalidad son de estudios observacionales, carecemos de estudios experimentales al respecto.

Introducción

Los servicios clínicos sanitarios son servicios personales en los que la confianza mutua es fundamental para la resolución de problemas. Por ello, la relación personal es clave en el correcto funcionamiento del sistema sanitario. Tal relación se concreta en la continuidad y la longitudinalidad.

El concepto de longitudinalidad fue el que nos llevó a los del CESCA[ii] a Bárbara Starfield, por su editorial (corto y sustancial texto) en el American Journal of Public Health en 1980[iii], al comentar la propuesta de John Roger y Peter Curtis distinguiendo entre "continuidad" y "longitudinalidad"[iv].

Continuidad

Continuidad se refiere a la concatenación/coordinación de actos de atención respecto a un problema concreto en un determinado paciente. Por ejemplo, en un paciente con insuficiencia renal, la relación entre sus visitas por dicho problema al médico de cabecera, a la enfermera en primaria, a

urgencias, al médico especialista focal (hospitalario), a diálisis, si es pobre a Cáritas y a la trabajadora social, si pierde la libertad al médico/enfermera de prisiones, etc. Por ello, respecto a la continuidad lo importante es el conjunto de la atención a una enfermedad concreta en un paciente determinado, ese concatenar, conectar y relacionar los actos de su atención en primaria y hospitalaria y en lo social[v].

Dicho paciente, además, puede tener problemas varios de salud a lo largo del tiempo, como gripe, insomnio, disfunción erectil, esguince de tobillo, desempleo, separación matrimonial, sordera progresiva, cuadro de abdomen agudo que requiere visita a domicilio, etc, hasta llegar a ser enfermo terminal que quiere morir en casa. La atención a ese conjunto de problemas, a la persona en su contexto, en su entorno, en su barrio-pueblo, se logra mediante la longitudinalidad.

Los médicos especialistas focales pueden ofrecer continuidad, el seguimiento de un problema de salud concreto, lo que es importante cuando el problema es crónico y muy infrecuente o requiere tecnología muy específica a lo largo del tiempo.

Los médicos especialistas en medicina de familia/general (de cabecera) ofrecen continuidad y longitudinalidad. Es decir, ofrecen el seguimiento de problemas concretos de salud uno a uno (continuidad) y la atención a la persona con el conjunto de los problemas de salud que le afectan a lo largo de la vida (longitudinalidad).

En la consulta del especialista focal, y en el hospital, los pacientes cambian y las enfermedades permanecen mientras en atención primaria los pacientes permanecen y las enfermedades cambian[vi].

Los especialistas focales saben mucho de muy poco, y los especialistas generalistas saben mucho de lo frecuente y de lo infrecuente crónico, y poco de lo infrecuente.

Longitudinalidad

La longitudinalidad se define como: a) la atención por el mismo médico de cabecera, de primaria (especialista en medicina general/de familia), a lo largo de la vida, de la mayoría de los problemas del paciente y b) el reconocimiento de la población y de los pacientes de una fuente de cuidados con la cual se cuenta para el contacto inicial de los problemas agudos y para el seguimiento de los problemas crónicos.

Es decir, el médico de cabecera debe 1/ ofrecer servicios muy variados (polivalencia) adaptados a la epidemiología local, 2/ ser muy resolutivo en la consulta y en el domicilio del paciente (dar respuesta directa, al menos, al 90% de los problemas de salud de sus pacientes), y 3/ tener gran accesibilidad con flexibilidad, lo que genera crédito y reconocimiento por pacientes y familias de la comunidad. Ese crédito depende, también, de la adecuada derivación a otros profesionales, incluyendo especialistas focales, y la coordinación de los cuidados en conjunto.

La longitudinalidad conlleva un sentido de responsabilidad del médico de cabecera por todos los pacientes de su lista-cupo (acudan o no a la consulta) y el reconocimiento y valoración por los pacientes de «su» médico de cabecera.

El "sentido de responsabilidad", ese compromiso de por vida, lleva, por ejemplo, a tomar contacto con quienes, teniendo un problema crónico estable, no han consultado a lo largo de un periodo de tiempo prudencial. También permite, dada la confianza que crea, el control de la incertidumbre, en muchos casos el "esperar y ver", a sabiendas de que el paciente prudente seguirá las indicaciones y volverá a demandar atención si la precisa (la longitudinalidad es una "red de seguridad" para el buen trabajo clínico).

Doble vínculo

La longitudinalidad se refiere, pues, al establecimiento de un doble vínculo, a la relación personal entre el médico de cabecera y el paciente/familiares/comunidades a lo largo de la vida, 1/ con la oferta por el propio médico de cabecera de muchos y variados servicios resolutivos, y 2/ con la identificación por la población de tal oferta, el uso razonado de la misma y el acceso prudente[vii].

Si el médico de cabecera tiene una población "asignada" (cupo o lista de pacientes) con base territorial, la longitudinalidad conlleva también un sentido de responsabilidad sobre la salud de la población de una geografía concreta (el barrio-pueblo) donde viven los pacientes del cupo.

Además, el cupo se asocia al pago por capitación (en general menos del 50% del total de los ingresos) y a una longitudinalidad con monopolio del primer contacto (los pacientes toman contacto con los especialistas focales a través de su médico de primaria).

Dicho monopolio permite proteger a los pacientes del contacto innecesario con los especialistas focales que controlan mal la incertidumbre y tienden al exceso de intervenciones. De hecho, los médicos de cabecera trabajan al contrario, controlando con prudencia la incertidumbre y reduciendo al mínimo las intervenciones (somos navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre, especialistas en gestionarla para hacer el 100% de lo que hay que hacer y no hacer el 100% de lo que no hay que hacer)[viii,ix].

"Usted y su familia están en peligro si no tienen un médico de cabecera, si no tienen un médico que coordine los cuidados de otros médicos.

El médico de cabecera es el "agente" del paciente, y decide como si fuera el propio paciente. Es decir, decide junto al paciente con el conocimiento de un médico especialista en problemas frecuentes, y en el conjunto de problemas de la persona (en su entorno familiar, laboral, cultural y social).

El médico de cabecera es ese médico "de siempre", el que entra en casa y cuenta con la confianza de quien conoce vida, milagros y secretos del paciente, la familia y la comunidad. Es el médico

cercano y conocido, con una amplia formación científica, con conocimientos, corazón y coraje. Está demostrado que el médico de cabecera decide mejor que el propio paciente para elegir especialistas y momento de la atención (y, también, cuándo se necesitan cuidados urgentes).

El médico de cabecera se ocupa directamente de los problemas frecuentes agudos y crónicos y coordina los cuidados de los médicos especialistas focales para los problemas infrecuentes.

Necesitamos médicos especialistas focales, pero hay que utilizarlos con prudencia, pues un "exceso de uso" es peligroso para la salud. Está demostrado que cuanto más especialistas haya en una zona geográfica, mayor mortalidad se produce"[x].

La sociedad concede gran poder al médico de cabecera al permitir el monopolio del primer contacto pues limita la libertad de acceso al especialista focal, y a su vez el médico de cabecera acepta la pérdida de libertad de lugar de trabajo al quedar "fijado" a un cupo, población y territorio[xi].

Generalismo

Los profesionales deberían "girar" alrededor del paciente (y no al contrario) para ofrecer el máximo de servicios en el momento adecuado.

En atención primaria, esto requiere gran accesibilidad, flexibilidad, polivalencia, longitudinalidad y capacidad de coordinación (intra-equipo y con otros niveles y sectores). También se precisa de cierta tecnología, del saber utilizarla apropiadamente y de un contexto que amplíe, sin límites y con responsabilidad, la autonomía y el campo de trabajo del profesional. Tal generalismo es cada vez más importante dado el crecimiento imparable de la multimorbilidad.

"A la multimorbilidad se suele responder con la multiactividad, con polimedicación, con multiderivación y con la fragmentación de la atención. Todo ello, mezclado, conlleva graves riesgos y la exposición a efectos adversos que se terminan convirtiendo en un problema de salud pública.

A la mezcla de problemas biológicos, mentales y sociales, y sus minusvalías, no puede responderse con macroequipos de miniespecialistas, sino con profesionales generalistas que ofrezcan muchos y variados servicios en el mismo momento de la atención. Se precisa, pues, más generalismo.

En España tenemos ya, hasta cierto punto, profesionales capacitados en atención primaria, generalismo, lista de pacientes, longitudinalidad y monopolio del primer contacto. Solo falta autonomía con responsabilidad y rendimiento de cuentas"[xii]. Falta, también, el incremento del generalismo de la atención primaria[xiii],[xiv], generalismo que se basa en la longitudinalidad.

Visión romántica de la longitudinalidad (y profesionales independientes)

La longitudinalidad es imposible sin un compromiso, sin un vínculo que debería ser "de por vida", como un "amor romántico", y que como tal debería promoverse por la organización. En atención

primaria no cabe el tinderismo de “aquí y ahora, y si te he visto no me acuerdo”, la inmediatez y el olvido, pues la longitudinalidad es exactamente lo contrario.

Para decirlo todo, ese compromiso de por vida es más fácil cuando los médicos de cabecera son profesionales independientes que establecen una práctica (un "centro de salud"), contratan con el sistema público para ofrecer cuidados "gratis en el punto de servicio", van cuidando su cupo y lo hacen crecer a lo largo de años, y no se cambian jamás porque tendrían que empezar de cero. Es el caso, por ejemplo, del médico de cabecera en Dinamarca, Noruega, Países Bajos y Reino Unido.

En esos países no hay romanticismo de la longitudinalidad que valga pues se tardan años en "construir" una consulta y definir una población (un cupo) y ningún médico de cabecera está dispuesto a destruir décadas de generar confianza (y medio de vida).

Nosotros propusimos[xv] y hemos seguido proponiendo siempre[xvi], profesionales independientes que ofrezcan longitudinalidad[xvii] en el estilo de los países citados.

¿Pueden ofrecer longitudinalidad los especialistas focales?

Los especialistas focales puede ofrecer continuidad pero no longitudinalidad.

Su continuidad puede ser clave como en el caso del ejemplo del paciente con insuficiencia renal, o en adolescentes con anorexia nerviosa, o en pacientes con cáncer, o con enfermedades “raras”, y dicha continuidad (la conexión, el enlace, entre distintos actos de atención) es fundamental en la vida del paciente y de su familia.

Pero la "abducción" de estos pacientes por especialistas focales hospitalarios es un desastre porque se olvidan del médico de cabecera y, dado el mal control de la incertidumbre y el desconocimiento de las "condiciones de vida", los pacientes acaban rodando por todos los especialistas focales del hospital sin que nadie sea de verdad médico de cabecera, sin que nadie ofrezca de verdad longitudinalidad, sin que nadie "resuma" pruebas, diagnósticos y tratamientos y se acaba respondiendo con cañonazos a problemas sobreañadidos, banales y/o mal definidos.

El especialista focal no puede ni debe tener la polivalencia, ni el generalismo, ni la accesibilidad, ni el compromiso, ni el vínculo, ni la capacidad de coordinación, ni la longitudinalidad, ni el control de la incertidumbre del médico general/de familia que trabaja en atención primaria.

La pericia del especialista focal se incrementa, justo, atendiendo a muchos pacientes distintos, muy variados en cuanto a presentación clínica, de diagnósticos y tratamientos “difíciles”, correctamente derivados por los médicos de cabecera.

Una función clave en primaria, ya lo hemos señalado, es coordinar la atención y por ello el derivar adecuadamente eligiendo el especialista focal pertinente en el momento adecuado, y sólo en raros casos tal especialista podría llevar “el peso” de algún problema crónico concreto.

Hay que mantener a los especialistas focales lejos de los pacientes y recurrir a ellos exclusivamente como consultores (que no “retengan” a los pacientes sino que los “devuelvan” a atención primaria).

La longitudinalidad es propia de los médicos especialistas de atención primaria, del médico de cabecera, no de los médicos especialistas focales de hospitalaria.

[i]Nosotros trataremos de longitudinalidad y continuidad pero en la literatura internacional se suele diferenciar: 1/ continuidad relacional (sinónimo de longitudinalidad propiamente dicha) que implica vínculo personal entre profesional y paciente a lo largo del tiempo, 2/ continuidad informativa (sinónimo de continuidad propiamente dicha) a través de un acceso compartido a la historia clínica y 3/ continuidad de gestión (sinónimo de continuidad global propiamente dicha) que es la coordinación y comunicación entre todos los profesionales y organizaciones que atienden a los pacientes. Ver: Características de la atención primaria. Glosario básico. SIAP Barcelona 2024. http://saludineroap.blogspot.com/2024/03/caracteristicas-de-la-atencion-primaria.html

[ii]Gérvas J (coordinador). Los sistemas de registro en atención primaria. Madrid: Díaz de Santos; 1987.

[iii]Starfield B. Continuous Confusion? Am J Public Health. 1980;70:117-9. https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.70.2.117

[iv]Roger J, Curtis P. The Concept and Measurement of Continuity in Primary Care. Am J Public Health. 1980;70:122-7. https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.70.2.122

[v]Gérvas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. Aten Primaria. 1995;16:501-6. http://equipocesca.org/caracterizacion-del-trabajo-asistencial-del-medico-generalde-familia/

[vi]Palacios Lapuente J. Las ventajas de una relación estable: longitudinalidad, calidad, eficiencia y seguridad del paciente. AMF. 2019;15(8):452-459. https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/las-ventajas-de-una-relacion-estable-longitudinalidad-calidad-eficiencia-y-seguridad-del-paciente

[vii]Gérvas, J, Pérez Fernández, M, Sánchez Sánchez, RJ. Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general/de familia. Aspectos clínicos y de salud pública. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26(Supl 1): 52-56. http://equipocesca.org/longitudinalidad-prestigio-buena-reputacion-social-y-profesional-y-medicina-generalde-familia-aspectos-clinicos-y-de-salud-publica/

[viii]Gérvas J, Pérez-Fernández M. Aventuras y desventuras del navegantes solitario en el Mar de la Incertidumbre. Aten Primaria 2005;35(2):95-8. https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-aventuras-desventuras-navegantes-solitarios-el-13071916

[ix]Gérvas J. En general, en la actividad clínica menos es mejor, pero estudiantes, residentes y profesionales aprenden lo contrario. Educación Médica. 2022;23:DOI: 10.1016/j.edumed.2022.100761 https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-en-general-actividad-clinica-menos-S1575181322000535

[x]Gérvas J, Pérez-Fernández M. ¿Tiene usted médico de cabecera? https://rafabravo.blog/2011/07/12/tiene-ud-medico-de-cabecera/

[xi]Gérvas, J, Pérez-Fernández, M, Starfield, B. Primary Care, Financing and Gatekeeping in Western Europe. Fam Pract. 1994 Sep; 11(3): 307-17

[xii]Casajuana, J, Gérvas, J (directores). La renovación de la atención primaria desde la consulta. Madrid: Springer-Healthcare Ibérica; 2012. http://equipocesca.org/la-renovacion-de-la-atencion-primaria-desde-la-consulta/

[xiii]Torrell G. El maravilloso e increíble proceso de morirse por dentro también conocido como desprofesionalización. https://www.nogracias.org/2024/03/03/el-maravilloso-e-increible-proceso-de-morirse-por-dentro-tambien-conocido-como-desprofesionalizacion-por-gemma-torell/

[xiv]Novoa A. La urgencia del generalismo. https://www.nogracias.org/2024/11/03/la-urgencia-del-generalismo-parte-3-porque-funciona-por-abel-novoa/

[xv]Gérvas, J. La reforma de la atención primaria en España, una propuesta pragmática. Gac Sanit. 1989; 3: 476-81. http://equipocesca.org/la-reforma-de-la-atencion-primaria-en-espana-una-propuesta-pragmatica/

[xvi]Simó J, Gérvas J. La Atención Primaria en 2015, a los diez años de describirla. 19 abril 2015. http://saludineroap.blogspot.com/2015/04/la-atencion-primaria-en-2015-los-diez.html

[xvii]Gérvas J, Pérez-Fernández M. Reforma de la atención primaria a la europea y renacentista. Madrid: Mercurio; 2023. https://www.nogracias.org/2023/06/10/reforma-de-la-atencion-primaria-a-la-europea-y-renacentista-de-nadar-en-una-piscina-a-nadar-en-alta-mar-por-mercedes-perez-fernandez-y-juan-gervas/