

Atención Primaria: la apuesta necesaria

Enrique González Hidalgo^a, Alejandro Villena Ferrer^b e Ignacio Párraga Martínez^c

^aMédico de Familia, C.S: La Solana, Ciudad Real. Vocal de la Junta Directiva de SCAMFYC

^bMédico de Familia, C.S: La Roda, Albacete. Presidente de SCAMFYC 2007-2011

^cMédico de Familia, C.S: La Roda, Albacete. Junta Directiva SCAMFYC 2004-2013. Editor Revista Clínica de Medicina de Familia

“Los valores sociales en un país se relacionan con la fortaleza de su atención primaria”¹.

Richard Horton, editor de Lancet, dijo en una ocasión que la Atención Primaria es probablemente la disciplina médica que recibe más manifiestos, propuestas de cambio, apoyos políticos y consideración sin que apenas hayan contribuido en nada a la práctica diaria de la Medicina de Familia y, por tanto, a la Atención Primaria.

Es a todas luces innecesario citar, a estas alturas, los trabajos de Barbara Starfield para valorar lo que la Atención Primaria supone para los Sistemas Sanitarios y la correlación entre la fortaleza de esta y los resultados en salud, eficiencia y sostenibilidad de los distintos modelos. Permítannos que evitemos solemnizar lo obvio, dejando solo un pequeño resquicio a la actualidad para evitar la tentación que puedan tener algunos a desconectar por la reiteración de argumentos. Nos referimos al último informe publicado por la OMS “Building primary care in a changing Europe”, donde destaca la Atención Primaria española entre las de mayor fortaleza del continente, detectándose una correlación de la estructura y los procesos de Atención Primaria con las variables de resultado. Sin embargo, al comparar fuerza y eficiencia relativa, la Atención Primaria española no se sitúa entre las más eficientes, considerando eficiencia como la organización de la Atención Primaria como un todo. Este hallazgo sugiere que la maximización de las funciones individuales de la Atención Primaria sin considerar la coherencia dentro del sistema no es suficiente, por tanto es necesario fortalecer la accesibilidad, la coordinación de la atención y los recursos económicos disponibles para la Atención Primaria. Esta sugerencia que hace la OMS viene muy a cuento del progresivo decremento presupuestario destinado a la Atención Primaria desde el año 2007 en adelante².

Parece también obligado mencionar brevemente el estudio publicado el año pasado por Pierard en Canadá, donde demostraba que una mayor oferta de Médicos de Familia se relaciona con mejores resultados en salud³ o el de Johan Hansen⁴, en el que comparaba los datos de los 27 países de la Unión Europea, concluyendo que las personas con enfermedades crónicas eran más propensas a mantenerse con buena o muy buena salud en aque-

llos países con una estructura de Atención Primaria más fuerte y con mejor coordinación de la asistencia, a la vez que reflexionaba sobre la necesidad de centrar cualquier reforma de la Atención Primaria en los pacientes y no en las enfermedades.

Sin embargo, la idea extendida entre la población es que lo realmente importante se ofrece en el hospital, donde existe un conocimiento y tecnología superiores, y que es este nivel asistencial el que hay que potenciar. Probablemente muchos hemos contribuido a la generalización de esta idea: medios de comunicación, gestores, numerosos profesionales del ámbito hospitalario que desconocen profundamente el primer nivel asistencial y algunos profesionales de la Atención Primaria acomodados a la labor administrativa y a una medicina de bajo perfil, donde es suficiente rellenar las cuadrículas exigidas por el programa de historia clínica electrónica y recetar lo que les dicen.

Los pacientes, sujetos de una sociedad consumista, asumen la máxima “cuanto más, mejor” y no se plantean poner en duda los cantos de sirena de una industria farmacéutica inventora de enfermedades, medios de comunicación ávidos de noticias tan impactantes como poco veraces o conflictos de intereses detrás de algunos medicamentos y campañas preventivas.

Evidentemente, nuestros pacientes no están obligados a conocer los numerosos estudios que demuestran que una Atención Primaria fuerte comporta importantes beneficios para la población, traduciéndose en una menor mortalidad por todas las causas^{5,6}, la mejora de los resultados sanitarios^{7,8}, un aprovechamiento más eficiente de los recursos^{7,9}, menos pacientes ingresados por complicaciones prevenibles de afecciones crónicas¹⁰, menor número de consultas con otros especialistas^{8,11,12}, incremento de la calidad de vida¹³, menor uso de los servicios de urgencias^{8,14} y menos riesgo de sobretratamiento¹⁵, entre otras cosas.

Pero ¿y los gestores?, ¿conocen esto? Unos pocos sí, y trabajan decididamente para desarrollar la Atención Primaria. Una buena parte no, y destinan la gran mayoría de los recursos al segundo nivel asistencial. Y algunos otros

conocen la importancia teórica de la Atención Primaria, pero no son capaces de superar el hospitalocentrismo que impera en nuestro sistema sanitario y, tras dedicar palabras bienintencionadas de apoyo a la Atención Primaria, acaban invirtiendo la mayor parte del presupuesto en mejoras hospitalarias.

En estos últimos días, el nuevo gobierno de Castilla-La Mancha y los responsables del Servicio de Salud están planteando importantes cuestiones relacionadas con el primer nivel asistencial: “reforma integral de la Atención Primaria”, “definición de competencias profesionales”, “rediseñar el papel del médico de Atención Primaria”... Ante esta declaración de intenciones, proponemos una reflexión seria, sin prisas, sin la traba de los 4 años de legislatura. Y es que desarrollar de verdad la Atención Primaria, la de calidad, la que ha demostrado mejores resultado en salud y mayor contribución a la sostenibilidad del sistema, no es tarea fácil. En primer lugar hay que tener claro que impulsar la Atención Primaria es lo más importante. Y en segundo lugar tener presente que, cuando los recursos son limitados, no se puede mejorar todo, hay que priorizar lo que se considera más importante asumiendo que otras parcelas quedarán sin prosperar o lo harán más lentamente.

Apostar decididamente por la Atención Primaria supone:

- Entender que es más importante el paciente que la enfermedad. Es decir, evitar la estandarización de las personas con el fin de encajarlos en protocolos o procesos. Por desgracia, los planteamientos basados en la gestión de enfermedades (procesos) están relegando a la persona, con sus necesidades únicas e individuales, a simples eslabones de una cadena de montaje.
- Evitar convertir a las personas en enfermos. Las tendencias actuales a desarrollar programas de crónicos no han demostrado resultados positivos en salud y sí consiguen medicalizar procesos vitales normales como la vejez.
- Aceptar que el Médico de Familia debe asumir realmente su papel de líder de conocimiento médico afianzado en el conocimiento científico global y en el del entorno real del paciente, defendiendo a este en muchas ocasiones, incluso de la propia medicina. El Médico de Familia debe estar implicado en todos los ámbitos de decisión y procesos que afecten de forma directa o indirecta a los pacientes en su entorno social y familiar y a la Atención Primaria.
- Promover la participación del Médico de Familia en la toma de decisiones clínicas de cada paciente. La misma persona a quien se realiza un SPECT-TAC, se diagnostica un adenocarcinoma de esófago o se practica una laminectomía está sentada en la sala de espera del Médico de Familia en pocas horas o días. Por tanto, el Médico de Familia debe estar implicado en todos los órganos de decisión que afecten a ese paciente.
- Facilitar que el Médico de Familia desempeñe su trabajo como médico, evitando que pierda un tiempo valioso en realizar actividades burocráticas inútiles, en muchas ocasiones, generadas por la incorrecta actuación de otros profesionales del Sistema Sanitario. Permitir al Médico de Familia centrar la consulta en el paciente y no en el ordenador. Asumir que una gran parte de la práctica clínica no se puede medir y si se invierte tiempo en ello se resta de la atención.
- Permitir que se realicen actividades formativas eficaces, basadas en criterios de evidencia científica, y diseñadas por los propios Médicos de Familia que son, sin ninguna duda, los que conocen sus necesidades.
- Dedicar suficientes recursos económicos, materiales y humanos a la actividad investigadora de calidad en Atención Primaria, además de reconocer convenientemente sus méritos a quienes la realizan.
- Refundar las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria que, salvo alguna excepción, han perdido el liderazgo científico en Atención Primaria de la región y realizar una oferta de plazas MIR consecuente con las necesidades sanitarias de la población, no en base a la presión de colectivos profesionales.
- Incrementar la capacidad resolutoria del Médico de Familia facilitando el acceso a todas las pruebas complementarias y eliminando visados innecesarios. Tanto unas como otros deben estar sujetos a la justificación clínica, no al nivel asistencial en el que se trabaja.
- Reconocer que el tiempo es el recurso más valioso que precisa el Médico de Familia para realizar su actividad con calidad y considerar su importancia en la organización de los cupos, las agendas y la política de sustituciones. El Médico de Familia atiende habitualmente pacientes con problemas complejos y en ocasiones urgentes, tanto en el centro de salud como en el domicilio y el tiempo disponible es un instrumento diagnóstico y terapéutico imprescindible.

- Priorizar la Atención Primaria y planificar la Atención Hospitalaria en base a la efectividad y la coordinación con la primera, no en función del criterio de proximidad a los núcleos urbanos.
- Apostar por la coordinación más que por la integración de niveles asistenciales para evitar la absorción de la Atención Primaria por las estructuras hospitalarias.
- Asignar a la Atención Primaria el porcentaje del gasto sanitario público necesario para responder con calidad a las necesidades de la población y desarrollar adecuadamente sus funciones en el marco del Sistema Nacional de Salud. Incluir las partidas presupuestarias destinadas a Atención Primaria de forma expresamente separada en los presupuestos de las Gerencias de Atención Integrada.

Las palabras amables y las buenas intenciones sirven de poco si no se acompañan de esfuerzo y decisiones firmes. Impulsemos entre todos, gestores y profesionales, una Atención Primaria que tan excelentes resultados ha demostrado para la población cuando se apuesta por ella de forma decidida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conclusiones del informe de Kringos DS, Boerma W, Hutchinson A, Saltman R. Building primary care in a changing Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2015.
2. Estadística de gasto sanitario público. [consultado 14 Sep 2015] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>.
3. Pierard E. The effect of physician supply on health status: Canadian evidence. *Health Policy*. 2014;118:56-65.
4. Hansen J, Groenewegen P, Boerma W, Kringos DS. Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. *Health Aff (Millwood)*. 2015; 34:9.1531-7.
5. Shi L et al. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in the United States, 1980-1995. *Journal of the American Board of Family Practice*. 2003; 16:412-22.
6. Villalbi JR et al. An evaluation of the impact of primary care reform on health. *Atención Primaria*. 1999; 24:468-74.
7. Forrester CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *American Journal of Public Health*. 1998; 88:1330-6.
8. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York, Oxford University Press 1998.
9. Roos NP, Carriere KC, Friesen D. Factors influencing the frequency of visits by hypertensive patients to primary care physicians in Winnipeg. *Canadian Medical Association Journal*. 1998; 159:777-83.
10. Shea S, Misra D, Ehrlich MH, Field L, Francis CK. Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an innercity minority population. *New England Journal of Medicine*. 1992; 327:776-781.
11. Gadowski A, Jenkins P, Nichols M. Impact of a Medicaid Primary Care Provider and Preventive Care on pediatric hospitalization. *Pediatrics*. 1998; 101:E1.
12. Woodward CA et al. What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Social Science and Medicine*. 2004; 58:177-92.
13. Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. *Annals of Internal Medicine*. 2005; 142:691-9.
14. Gill JM, Mainous AGI, Nseroko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Archives of Family Medicine*. 2000; 9:333-8.
15. Schoen C et al. Towards higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Affairs*. 2007; 26: 717-34.