

A DEBATE

Sombras sobre la Atención Primaria

Ramos Díaz F¹.

¹ Médico de EBAP. Centro de Salud La Chana. Granada.

Los cambios que se están produciendo en la atención sanitaria son objeto de análisis y estudio en diversas revistas y medios de difusión científica y desde ellas se está intentando sensibilizar a los que trabajamos en la misma. La manera concreta de desempeñar nuestro trabajo diario va a estar condicionada por la forma en que se ordenen y sucedan dichos cambios. Un editorial reciente de la Gaceta de la SEMFyC¹ hace un recorrido por distintos aspectos de la Atención Primaria y apunta a un posible origen de su deterioro en la descapitalización que se está produciendo no solo de recursos sino también de ideas e iniciativas. Las condiciones de trabajo no cambian y no hay aumento de recursos. Necesitamos condiciones para desarrollar nuestro trabajo con responsabilidad social, y es necesario tomar decisiones que clarifiquen nuestro futuro y también el del sistema sanitario.

En los párrafos que siguen pretendemos expresar lo más libremente posible algunas ideas que tiene que ver de forma casi exclusiva con el desempeño diario del trabajo en el Centro de Salud.

Puerta del sistema

Se ha venido diciendo desde el comienzo de la reforma de la atención primaria en los años 80 que la misma tenía como objetivo situarla en el 1er. escalón asistencial de calidad del sistema, y convertirla en la puerta de acceso al sistema público de atención sanitaria. De ahí el interés inicial y en adelante creciente en evaluar y monitorizar la "capacidad de resolución" de los que trabajamos en dicho nivel de atención. Con tal objeto, se le asignó, y se mantiene todavía hoy como objetivo, la responsabilidad sobre el consumo y gasto de diversas prestaciones del sistema (entre otras, la prescripción farmacéutica, las derivaciones al nivel especializado, exploraciones complementa-

rias, etc.). Es fácil deducir que los médicos que desempeñan su trabajo en atención primaria, deberían tener la responsabilidad de aquello sobre lo que posteriormente van a ser evaluados, y debieran ser los portadores principales de los criterios de utilización de dichas prestación.

También se le exige que cumpla lo más extensa e intensamente con las demandas implícitas o explícitas de los usuarios: la mejora en la accesibilidad es hoy una de las exigencias más fuertemente demandadas, y se refiere tanto al horario (lo más extenso y amplio posible), como a la rapidez con que se presta la atención sanitaria, como a la elección del momento.

La asignación de responsabilidad conlleva necesariamente la dotación de los recursos para llevar a cabo las tareas derivadas de aquella en las mejores condiciones posibles con el fin de obtener los mejores resultados. Entre los recursos más demandados profesionales está el tiempo, que debiera ser el necesario para permitir tratar con rigor los problemas de los pacientes, y para que éstos se sientan atendidos con respeto en la "queja" de su padecimiento. La población crece en información y la demanda se hace más compleja y en ocasiones se requiere elegir entre diversas opciones tanto en el abordaje del problema como entre sus opciones terapéuticas, así como entre los distintos profesionales que van a participar en el proceso asistencial hasta su resolución o final. El tiempo para analizar las diferentes opciones y decidir la más idónea es un recurso pero no el único. El uso de las tecnologías es una demanda más. La confianza está depositada, en un número creciente de veces, en los resultados que arrojan determinadas determinaciones y/o exploraciones. Es necesario, por tanto, el acceso al conocimiento y posibilidad de uso de ellas, desde las más sencillas hasta las más complejas, siempre bajo estrictos criterios de utilización en las indicaciones, pero en igualdad de condiciones que cualquier profesional implicado en el proceso asistencial. Los usuarios piden tener "ya" y "aquí" acceso a las exploraciones simples o complejas que tengan que ver con la posible resolución de su problema de salud y la hacen en cualquier nivel asistencial

Recibido el 19-11-2004; aceptado para publicación el 20-01-2005.

Medicina de Familia (And) 2005; 1: 40-44

y también en la atención primaria. Los profesionales responsables de dichos pacientes ven cómo en ocasiones no pueden solicitarlas o cómo la realización de las pruebas se demora más tiempo del deseable.

Salida del sistema

De otra parte, la Atención Primaria está configurada como salida del sistema asistencial, de manera que es el profesional de atención primaria quien resume y asume la totalidad del proceso asistencial, y quien propone las pautas para el seguimiento del paciente contando con la información disponible sobre la enfermedad que padece, y ello de manera acordada con el paciente y con los profesionales implicados en la atención mediante acuerdos consensuados en guías, protocolos, etc. De alguna manera, se restablece la situación de inicio, y es el profesional de atención primaria el responsable del paciente y de los consumos, y ahora sí, tanto de los propios como de los inducidos por los distintos especialistas que han tenido que ver en la atención del paciente. Naturalmente con la capacidad para hacer "propio" el seguimiento y la prescripción de las prestaciones. Sólo con esta premisa es posible responsabilizar claramente al médico de atención primaria de los consumos inducidos por otros niveles.

Demanda de calidad

Lo dicho anteriormente el usuario lo transforma en demanda informada y lo expresa con exigencia de mayor calidad que la preexistente. El usuario es cada vez más informado y más exigente, de manera que va a ser el agente que va a plantear el cumplimiento de aquellas características que todo sistema público de salud debiera tener como principios básicos de funcionamiento: universalidad de la prestación gratuita, igualdad efectiva en el acceso, igualdad social de trato, utilización eficaz de los recursos, participación de los usuarios en la organización, eficiencia de la misma, y mejora continua de los servicios². El usuario quiere ser atendido con la mayor extensión de tiempo y recursos posibles. Las aspiraciones pueden llegar a ser ilimitadas si previamente no se han acordado patrones de uso. En el sistema público corresponde a los gestores delimitar la extensión del uso de los recursos y la manera en que se va a disponer su utilización. La calidad supone poner al alcance de los usuarios los recursos que tienen que ver con la atención de su proceso asistencial de una manera ordenada en el menor tiempo posible. En atención primaria y en relación con la accesibilidad y su naturaleza de "puerta del sistema", la demanda se expresa en forma de exigencia de obtener cita para consulta de la manera más ágil, en el menor tiempo

posible, y para el momento más oportuno de cada paciente. Así, se han producido modificaciones tanto en los horarios como en las agendas de los médicos y enfermeras de atención primaria para adecuarlas a las necesidades de los pacientes: ampliación del horario de apertura del centro, aumento en el número de tardes, aumento en el número de horas de consulta, apertura de consultas a demanda de enfermería, aumento de la oferta asistencial en la cartera de servicios. A todo ello se le suma la exigencia de la inexistencia de demora (demora 0) y de acto único o de ágil resolución en la mayoría de las consultas.

La Atención Primaria, como "salida del sistema" es también objeto de demandas de calidad por parte de los usuarios. Piden continuidad asistencial y eliminación de las trabas administrativas que dificultan la comunicación entre los distintos niveles implicados en la atención al paciente. Ello impone la actualización de circuitos de manera que sean ágiles y de fácil acceso para eliminar retrasos y descoordinaciones entre profesionales, con protocolos y guías de actuación consensuados en las patologías prevalentes. Tal exigencia va a repercutir novedosamente en la manera de trabajar e imponer un ritmo único para todos. El portador de toda la información es el paciente, y a él se adecuan los tiempos y procedimientos, tanto administrativos como estrictamente asistenciales.

Eficiencia del sistema

Sin entrar a considerar en toda su amplitud el tema de la eficiencia, queremos centrarnos en aquellos aspectos que tienen que ver con lo enunciado en los puntos anteriores. Volveremos a remitirnos al esquema de análisis con el que comenzamos. Como "puerta del sistema" y en relación con la accesibilidad creemos no faltar a la verdad si afirmamos que la Atención Primaria es uno de los dispositivos asistenciales que más ha modificado sus hábitos y maneras de trabajo para adecuarlas a las necesidades de los usuarios en los últimos años. No obstante, lo que queda por hacer todavía es mucho y en esa dirección se están tomando decisiones cada vez más complejas y generosas por parte de los trabajadores que asumen tal responsabilidad. Ya hemos enumerado anteriormente las modificaciones sufridas por la atención primaria para adecuarlas a las necesidades de la población. Estas no se refieren solamente al horario, sino también a los sistemas organizativos adoptados para llevar a cabo tales prestaciones. Se han producido también cambios en la "cultura" de los profesionales que la prestan: no es infrecuente que, formen parte de nuestro vocabulario términos referidos a la gestión del tiempo, de los recursos, y en cómo introducir mejoras en la eficiencia. Cuanto se ha ganado en la asunción del lenguaje y en el

uso de las palabras, se ha ganado en el debate sobre la pertinencia de tales conceptos como partes constituyentes de un cuerpo de materias para la reflexión por parte de los usuarios de dicho lenguaje.

El sistema se ha comportado extremadamente dúctil para la introducción de tales cambios. No obstante, los mismos han sido rápidamente asumidos por los usuarios como parte formal de los resultados de sus demandas, y hoy no son apreciados fácilmente como tales. Pese a todo, de forma casi continua se producen nuevos cambios, y los que trabajamos en este medio asistimos a la implantación de los mismos con la misma celeridad con que son puestos en escena. Algunos de ellos son todavía hoy de tan "rabiosa" actualidad, que no estamos en condiciones de analizar el impacto sobre el resultado final, medido en términos de mejora de la calidad percibida.

En el estudio de la eficiencia también tenemos que analizar otros aspectos que tiene que ver con la prestación de una atención sanitaria de calidad: desde la Atención Primaria se producen derivaciones al resto de los niveles asistenciales. En este punto me voy a referir sucintamente al asunto de las demoras en las consultas de atención especializada ¡Es fácil encontrarnos con demoras superiores a 10 días! Cualquiera que sea nuestro análisis, si conseguimos abstraernos de la realidad que nos rodea, encontraremos excesiva una demora de tiempo superior al mencionado. No obstante, la realidad es terca y nos despierta abruptamente y nos informa que la unidad de medida de tales demoras es el mes para la gran mayoría de las especialidades. Es fácil y frecuente encontrar demoras de más de 3 meses. Cuando esto sucede, los gestores responsables nos reconvienen para que asumamos desde la atención primaria la contención de las derivaciones hacia atención especializada. Mas aún, se nos incentiva /penaliza para que produzcamos menos derivaciones, y se olvidan de que en la ecuación que explica tales demoras existen otros elementos de tanta carga como la que aporta los médicos de atención primaria y sobre los que no existe la mínima exigencia. Nos referimos a que la capacidad de resolver los problemas en atención primaria tiene que ver con disponer del tiempo y de los recursos suficientes y con tener acceso a las tecnologías y exploraciones complementarias en igualdad de condiciones que el resto de los profesionales de atención especializada. Y también tiene que ver con la magnitud de la carga asistencial que soportan los distintos profesionales y las posibles asimetrías entre ellos, y con el grado de compromiso de los mismos en resolver con diligencia la carga de insolidaridad que conlleva el exceso en las demoras..., y también con el prestigio de los profesionales.

Tal es la distorsión sobre la visión del problema que tiene los gestores, que en los acuerdos de gestión con las Unidades Clínicas de Atención Primaria proponen como

objetivo para la resolución del problema de las demoras en atención especializada la reducción del número de derivaciones de forma que nos ajustemos a un standard no validado para nuestro entorno concreto, y olvidan que dicho número de derivaciones no es explicativo de la capacidad de resolución de la atención primaria. En una proporción elevada el número de derivaciones tiene que ver solamente con que en la atención especializada no se han puesto de acuerdo sobre el concepto de "revisiones" de los procesos que atienden, y la manera en que dichas revisiones debieran ser formalizadas con los enfermos. Sabemos también, por otra parte, que la eficiencia de las prescripciones farmacéuticas se relaciona claramente con el número de derivaciones³ En definitiva, es el momento de gestionar las relaciones entre niveles y no el de contener la demanda mediante la reducción del número absoluto de derivaciones. Cuando afirmamos esto también nos estamos refiriendo a que la distribución de recursos debiera hacerse pensando en las cargas que cada nivel y profesional soportan y en el grado de compromiso de cada uno de ellos.

Como "salida del sistema" la atención primaria se comporta en muchas ocasiones como soporte administrativo para las consultas de atención especializada, con la consiguiente carga de ineficiencia. Ello se expresa en multitud de hechos que se reflejan en el quehacer diario de las consultas de atención primaria. En unas ocasiones se demanda que en la consulta de atención primaria se hagan las prescripciones de determinadas exploraciones necesarias para la posterior aplicación de un determinado tratamiento, o como preparación a una posterior intervención. En otras ocasiones, que sea el soporte administrativo para nuevas revisiones. De cualquiera de las maneras, todo lo dicho contraviene el concepto de eficiencia que todo sistema público y no público debiera tener: no es ajustado a la eficiencia que sea el médico de atención primaria quien asuma las tareas administrativas que debiera asumir in situ la atención especializada. Hay que decir que la medición de la ineficiencia penaliza únicamente a los profesionales de atención primaria pues producen un aumento del gasto farmacéutico inducido y del número de derivaciones, al mismo tiempo que expresa la descoordinación entre los niveles asistenciales y desafía el objetivo de continuidad asistencial que debiera estar presente en cada lugar por el que transitan los enfermos. Estos hechos son conocidos por los gestores responsables de uno y otro nivel, y pese a existir directrices y normativas claras al respecto desde hace tiempo (más de 8 años), la realidad muestra la incompetencia de aquellos para hacer cumplir con las mismas a los profesionales que las vulneran.

También como salida del sistema y en relación con el tema de las demoras, hay que decir que desde algún

tiempo se viene produciendo un mayor uso de las consultas a médicos privados, ya que éstos basan gran parte del atractivo de su oferta en el acceso rápido a las mismas. No obstante, los “vales descuento” de la prescripción farmacéutica de tales consultas van a ser demandados a los profesionales de atención primaria y van a ser imputados a su responsabilidad. Si consideramos estos hechos como consecuencia directa de la falta de accesibilidad, entenderemos que los usuarios de tales consultas demanden compensación en el sistema que les niega la atención requerida. El que se acceda finalmente a la concesión de tales prestaciones farmacéuticas va a depender más de la capacidad de los médicos de atención primaria de mantener firmeza frente a dichas pretensiones que del rigor en la ejecución de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento clínicos.

En esta apartado no podemos olvidar los dispositivos de urgencias tanto hospitalarias como extrahospitalarias. Cabe idéntico análisis que el hecho anteriormente, pero habría que añadir la particularidad de poseer un fácil acceso a recursos diagnósticos y terapéuticos (muy por encima de los médicos de atención primaria) y que por ello van a ver aumentada su demanda por parte de los usuarios. Estos dispositivos debieran ser considerados igualmente como puertas del sistema a todos sus efectos. Como tales debieran asumir como propios los consumos de cualquier puerta del sistema sin que cupiese cualquier imputación a otro nivel. Esto no ocurre con frecuencia y se observa cómo se comportan como inductores serios de gastos y derivaciones en otros niveles asistenciales y también en atención primaria.

Por todo lo cual, cuando hablemos de la eficiencia del sistema referido a la atención primaria debieran depurarse todos aquellos aspectos ineficientes inducidos de manera clara por otros niveles y que alteran severamente la medición de aquella y la de sus profesionales.

Un nuevo lugar para la Atención Primaria

Una vez que hemos analizado algo de nuestra posición en el sistema sanitario público y con la libertad que nos da el saber que otras maneras son posibles, es ineludible abordarlas con el interés de rescatar el entusiasmo de los que trabajamos en este medio, y ponerlo al servicio de los enfermos y de nuestra profesión. Debido a la extensión del tema no es posible en este documento un análisis exhaustivo de las funciones que corresponderían al ámbito de nuestro trabajo, pero sí buscaremos una posición dentro del sistema más armónico con los objetivos de calidad y eficiencia que nos demandan.

En primer lugar, los que trabajamos en la atención primaria debiéramos poseer la consideración y respeto de quie-

nes van a contar con nuestro conocimiento para la resolución de sus problemas. Dicha cualidad se adquiere de muchas maneras, y globalmente se trataría de prestigiar el ejercicio de nuestro trabajo y desechar la desconfianza secular sobre nuestra formación y conocimientos y sobre el uso que hacemos de las tecnologías. Para ello es necesario el acceso a los medios diagnósticos y pruebas complementarias en igualdad de condiciones que el resto de los profesionales. Bien es cierto que debieran estar ajustados a los criterios de utilización adecuada contenida en las guías de buena práctica clínica. Buscamos poder hacer solicitudes que se resuelvan sin demora adicional por el hecho de hacerse desde nuestro nivel de atención. No buscamos asemejarnos en la ineficiencia a los que la practican, pero sí que no se nos confiera a priori tal condición.

Así mismo, las derivaciones a otros niveles asistenciales deberían hacerse sólo desde el criterio clínico de quien las producen, y en ningún caso hacerlas inducidas por la insistencia de los propios enfermos, o por los especialistas, camufladas de revisiones de procesos sobre los que no se tienen claros criterios sobre su seguimiento ni sobre su adecuación a prácticas clínicas basadas en pruebas, o desde los dispositivos de urgencias... Para ello recabamos el respeto y la confianza de nuestros gestores y de los profesionales de otros niveles asistenciales. Sólo desde esta posición entenderemos que las evaluaciones de la eficiencia que se nos hace se corresponden con la de nuestra práctica clínica. Sin estos requisitos solo estaremos haciendo un ejercicio de contención de las derivaciones sin resolver el origen de los posibles desórdenes de las mismas.

El análisis que hacemos de la prestación farmacéutica es el mismo que el que se hace de las derivaciones, y más aún cuando sabemos que hay estudios que afirman que hay una relación clara entre el aumento de la prescripción inducida y una peor calidad en la misma^{4,5}. No deseamos que nos imputen gastos e ineficiencias de otros niveles asistenciales. Bastante tarea tenemos con las nuestras. Sería suficiente con que cada nivel asistencial pudiese asumir las propias, y que aquellas necesariamente inducidas por otros niveles asistenciales a los médicos de atención primaria, sólo pudieran ser imputadas cuando éstos pudieran “apropiarse” de dichos tratamientos y de las posibles modificaciones de los mismos realizadas según su criterio profesional y personal.

Con todo lo expuesto no buscamos el enfrentamiento con los profesionales de otros niveles asistenciales, y mucho menos con los gestores y responsables de ordenar los recursos, sino ser solo lo que somos y que se nos mida y compense por ello. De nuestra intención en este documento puede deducirse claramente que no buscamos

cortafuegos a la crítica que pudiera hacerse a nuestra práctica. Asumimos como propios los errores e ineficiencias nuestras, pero nada más que ellas. Es momento para que cada cual se posicione en el sistema y en función de tal posición se asignen los recursos.

Bibliografía

1. Aguilera García L. Ni un minuto más. Editorial. Gaceta semFYC. Septiembre 2004; 87:1
2. Ruiz Legido O. Calidad del sistema sanitario público de Andalucía. Medicina de Familia Andalucía 2004; 5:127-128.
3. López-Picazo Ferrer JJ, Sánchez Ruiz JF, Rausell Rausell V, Sanz Moreno JA, Sánchez Rodríguez F, Salas Marín E. Prescripción de medicamentos en medicina de familia : tras las pistas de la eficiencia. Aten Primaria 2004; 34: 178-85.
4. Lomeña JA, Ceballos M, Medina MT, Mediavilla E, Sarmiento F, Hernández JL. Gasto farmacéutico en atención primaria según el origen de las prescripciones. Aten Primaria 1996; 18: 35-8.
5. Seguí M, Bartolozzi E, Ramos J, Llach A, Torrent M, Besco E, et al. Prescripciones de utilidad terapéutica baja inducida en atención primaria. Aten Primaria 1998; 22: 227-32.