

Problemas acuciantes en atención primaria

J. Gervas, L. Palomo, R. Pastor-Sánchez, M. Pérez-Fernández y C. Rubio

La atención primaria ha contado, y cuenta, con el fervor oratorio de los políticos, pero lamentablemente sus palabras no se transforman en hechos. En la práctica se toman decisiones que minan lentamente la consecución de las características básicas, porque atenta contra la atención longitudinal y la estabilidad y confianza mutua en la relación médico-paciente o por la «apropiación indebida» por los especialistas de determinadas técnicas y/o problemas de salud.

Los pediatras en atención primaria evalúan principalmente niños sanos, cuando deberían ser los consejeros de los médicos generales para determinados problemas de salud.

Una atención primaria potente consigue mejores niveles de salud, mayor satisfacción de la población con sus sistemas sanitarios y menores costes del conjunto de los servicios¹⁻⁴. La fortaleza de la atención primaria se basa, en parte, en el prestigio de los médicos que trabajan en ella, en su número y remuneración en relación con los que se dedican a la medicina especializada y en la fuerza de sus organizaciones profesionales^{2,3}. Se suele recurrir al ejemplo del Reino Unido para ilustrar cómo es una atención primaria fuerte, pero las sucesivas reformas británicas han desdibujado el panorama por lo que conviene buscar otros ejemplos; también se encuentra una atención primaria fuerte en Dinamarca y en los Países Bajos⁵. Allí los médicos generalistas gozan de prestigio social histórico, y entre ellos hay científicos y clínicos reconocidos internacionalmente; la remuneración de generalistas y especialistas es pareja o superior para los primeros y, finalmente, sus departamentos universitarios, colegios y asociaciones científico-profesionales disponen de tal cantidad de recursos editoriales, formativos y de investigación que se convierten en grandes productores de conocimiento y de reconocimiento^{3,5}.

También es esencial para su pleno desarrollo y fortalecimiento la consecución de los elementos que definen la atención primaria^{3,6}. Nos estamos refiriendo a la accesibilidad, a la longitudinalidad, a su papel de puerta de entrada en el sistema sanitario y al hábil manejo de la incertidumbre en el proceso asistencial. La accesibilidad al médico general/de familia no debería estar limitada por razones de sexo, ni edad, ni por razones técnicas y burocráticas, ni geográficas, horarias

ni económicas. La continuidad se basa en la existencia de registros, y la longitudinalidad en la estabilidad de la relación médico-paciente. La visión global del paciente y la coordinación entre niveles explican el papel de puerta de entrada en el sistema sanitario^{4,7-9}. A pesar de que el médico de cabecera trabaja con pocos medios técnicos y, en muchas ocasiones, con información escasa de la enfermedad, toma muchas decisiones trascendentes en poco tiempo y, como se sabe desde los años sesenta, alcanza un poder resolutivo superior al 90% de las visitas atendidas¹⁰. La grandeza de la atención primaria se basa en estos principios. Para el dominio experto de algunas técnicas, más instrumentales que humanas, y para el estudio con tiempo y medios de una parte del paciente, en un momento de su vida, con poco nivel de incertidumbre, para eso están los especialistas¹¹.

La atención primaria ha contado, y cuenta, con el fervor oratorio de los políticos pero, lamentablemente, sus palabras no se transforman en hechos. En la práctica se toman decisiones que, día a día, conllevan una atención primaria débil; más débil cada vez, porque dichas decisiones minan lentamente la consecución de las características básicas, porque atentan contra la atención longitudinal y la estabilidad y confianza mutua en la relación médico-paciente, porque parcelan la atención al paciente por edades, o por estados fisiológicos, o por la «apropiación indebida» por los especialistas de determinadas técnicas y/o problemas de salud^{2,12}.

A continuación se examina una serie de sucesos recientes que sirven de ejemplo acerca de los hechos que van marcando el desarrollo débil de la atención primaria en España.

Respecto a los límites de la actividad del médico general/de familia

Atención a los niños

Se ha alargado incomprensiblemente la edad pediátrica a los 14 años y se presiona

Red Española de Atención Primaria (REAP).

Correspondencia: Juan Gervas.
Red Española de Atención Primaria. Apartado de Correos, 1.207. 28800 Alcalá de Henares (Madrid).
Correo electrónico: jgervasc@meditex.es

para alargarla a los 18 años¹³. Se crean los pediatras de área para las zonas rurales. La evolución lógica iría en sentido inverso, para ser generalistas y de familia y atender a la población desde el nacimiento¹⁴. Los pediatras en atención primaria evalúan principalmente a niños sanos, cuando deberían ser los consejeros de los médicos generales para determinados problemas de salud.

Atención al embarazo y el parto sano

Los tocólogos han implantado protocolos sin base científica, de forma que ya nadie entiende que el médico de cabecera tenga algo que decir respecto al embarazo y parto normal. Estas dos situaciones son ámbito de trabajo del médico general/de familia, y a ello se debe tender¹⁵. Los tocólogos no deberían controlar a las embarazadas sin factores de riesgo.

Atención a la mujer menopáusica

Se está convirtiendo la menopausia en un estado patológico cuyo remedio se encuentra en las «unidades de menopausia», sin que haya base científica para ello¹⁶. Lo lógico es que la menopausia normal dependa del médico general, que necesita libre acceso y formación respecto a las pruebas necesarias para dilucidar su correcto seguimiento.

Atención a los pacientes con sida

Los pacientes con sida dependen para la medicación de «unidades» hospitalarias, lo que les «secuestra» y estigmatiza. Lo lógico es que el diagnóstico y seguimiento de los pacientes de sida se haga en atención primaria, y se cuente con los especialistas de la misma forma que para otras enfermedades. En todo caso, las oficinas de farmacia podrían colaborar en la dispensación de los medicamentos.

Atención a los pacientes con anticoagulación

La anticoagulación es cada vez más frecuente en la práctica diaria y no tiene sentido que los pacientes sean controlados por hematólogos, en laboratorios y ambientes ajenos a la atención primaria. Este es un campo para la atención primaria (médicos y enfermeras) en el que pronto se generalizará el autocontrol, por el propio paciente, o un familiar de éste.

Atención a los pacientes terminales a domicilio

Los pacientes terminales eligen, muchas veces, morir en su domicilio; en esos casos, la

asistencia debería prestarla la atención primaria, pero cada vez es más frecuente que el paciente salga del hospital ya con la «unidad de cuidados terminales» como prestadora de servicios. Lo lógico es que los cuidados domiciliarios de los pacientes terminales sean responsabilidad de la atención primaria, de forma que se enlace la prestación de servicios hasta la muerte, y que se requiera de la ayuda de otras redes, profesionales y especialistas en las mismas condiciones y circunstancias que rigen para otros pacientes¹⁷.

Atención a los pacientes reclusos a domicilio

Este ha sido un campo de trabajo clásico del médico y de la enfermera de atención primaria, pero se están creando «equipos de apoyo a los cuidados a domicilio» que, *de facto*, lo limitan. Tales unidades convierten un hecho natural, la hospitalización a domicilio real, en un hecho artificioso, una especialización más. Es un desarrollo absurdo, ilógico, pues lo prudente es que sea el médico de cabecera el que siga y preste atención, con la enfermera del cupo, al paciente recluso a domicilio, y que para ello utilice los recursos sociosanitarios necesarios¹⁷.

Atención quirúrgica para lesiones de menor importancia (cirugía menor)

Este ámbito era clásico del médico de cabecera y del practicante, pero se perdió en España. A su recuperación se oponen absurdamente dermatólogos y cirujanos, que no dudan en ofrecer una imagen catastrofista, y falsa¹⁸, de la intervención del médico general/de familia.

Atención a los pacientes del «síndrome tóxico»

Estos pacientes carecen de limitación alguna en lo que respecta a la prescripción (se les puede prescribir, en recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud, cualquier cosa que se dispense en las farmacias, aunque sea absolutamente ineficaz). Es hora de introducir racionalidad en esta cuestión, que enfrenta al médico continuamente al absurdo¹⁹.

Atención, mediante cribado, a la prevención secundaria

La detección precoz de las enfermedades debe guiarse por las normas científicas específicas. Sin embargo, la presión de los especialistas parece buscar más el prestigio social

Nadie entiende que el médico de cabecera tenga algo que decir respecto al embarazo y parto normal. Estas dos situaciones son ámbito de trabajo del médico general/de familia, y a ello se debe tender¹⁵. Los tocólogos no deberían controlar a las embarazadas sin factores de riesgo.

Lo lógico es que la menopausia normal dependa del médico general, que necesita libre acceso y formación respecto a las pruebas necesarias para dilucidar su correcto seguimiento.

Los cuidados domiciliarios de los pacientes terminales deben ser responsabilidad de la atención primaria, de forma que se enlace la prestación de servicios hasta la muerte, y que se requiera de la ayuda de otras redes, profesionales y especialistas en las mismas condiciones y circunstancias que rigen para otros pacientes.

Los especialistas no actúan de consultores. Se «secuestran» y anclan a los pacientes en atención especializada, lo que contribuye a la creación y mantenimiento de las «listas de espera» y al desprestigio innecesario de la atención primaria.

El modelo de receta consigue que la obtención de una renovación de la prescripción de los crónicos sea la causa más frecuente de contacto con el sistema sanitario en España.

Las recetas que no hacen los especialistas y la cumplimentación de volantes de derivación para revisiones programadas desde el nivel especializado engrosan y vician nuestro trabajo.

de la especialidad que la salud de la población. Son ejemplos emblemáticos la citología de cuello de cérvix y el PSA-tacto rectal-ecografía prostática^{20,21}. Es hora de que los médicos de atención primaria defiendan a sus pacientes de prácticas sanitarias sin rigor científico.

Implantación de consultas de especialistas en los centros de salud

Los especialistas a los hospitales. En los centros de salud sólo necesitamos médicos generales/de familia. Los policlínicos soviéticos, hacia los que se encaminan muchos centros de salud ingleses, lograron hacer desaparecer al médico general, en perjuicio de la salud de la población.

Implantación de «puntos de atención continuada» (PAC) en los hospitales

Puesto que las urgencias crecen sin cesar, pese a la reforma, hay una tentación enorme de instalar centros de atención continuada anejos a los servicios de urgencias, que funcionen como las *walk-in* estadounidenses; es decir, prestación de servicios de atención primaria sin una población definida y sin cita previa. Este desarrollo es absurdo, ya que rompe completamente la longitudinalidad y la base poblacional de la atención primaria.

«Anclaje» de los pacientes en los servicios de especialistas

Las consultas de los especialistas atienden a un porcentaje enorme de pacientes con enfermedades estables a los que se cita y recita sin fundamento científico. Los especialistas no actúan de consultores. Se «secuestran» y anclan los pacientes en atención especializada, lo que contribuye a la creación y mantenimiento de las «listas de espera» y al desprestigio innecesario de la atención primaria, que podría hacerse cargo de los pacientes una vez resuelto el cuadro que requirió la asistencia especializada.

Otros problemas del ámbito administrativo/burocrático

Modelo de receta

El modelo de receta consigue que la obtención de una renovación de la prescripción de los crónicos sea la causa más frecuente de contacto con el sistema sanitario en España. Hay que cambiarlo y promover la verdade-

ra receta de crónicos, estilo la de Suecia (una prescripción por año y control de cada dispensación por el farmacéutico comunitario/oficina de farmacia).

Burocracia delegada

Las recetas que no hacen los especialistas y la cumplimentación de volantes de derivación para revisiones programadas desde el nivel especializado engrosan y vician nuestro trabajo.

Autorización del especialista para algunas prescripciones

La inspección exige el informe del especialista para autorizar la dispensación de algunas especialidades farmacéuticas (antiagregantes, finasterida, oxígeno), cuando es el médico general/de familia el que mejor conoce los procesos del paciente y está, por lo tanto, capacitado para informar.

Uso de recetas y bajas laborales por los especialistas

Los especialistas deberían emplear los nombres genéricos en sus informes, y deberían utilizar las recetas oficiales en sus consultas ambulatorias y hospitalarias (incluyendo urgencias); lo mismo respecto a las bajas laborales (por ejemplo, es absurdo que el médico general/de familia lleve la baja del paciente ingresado).

Modelo de baja

Debemos tender hacia el modelo que existe en otros países europeos de un parte de baja único, salvo complicaciones (se estima el tiempo de duración de la baja y un solo papel sirve de baja y alta).

Control de las bajas del médico general/de familia por los especialistas y mutuas

Determinados especialistas, sin mucha implantación, como reumatólogos, están empezando a controlar las bajas laborales que dan los médicos generales/de familia a pacientes con cuadros de su «especialidad», como lumbalgias, para demostrar que dan altas precoces. Es un experimento insostenible y sesgado que elimina cualquier resto de prestigio que pueda quedar del buen trabajo en atención primaria. Idéntico razonamiento se aplica al control de las bajas por los servicios médicos de las mutuas laborales²².

Implantación de sistemas informáticos con objetivos puramente administrativos
Sirvan de ejemplo el TAIR y el SICAP, dos aplicaciones del INSALUD cuyo interés es puramente burocrático. Deberían evitarse estas experiencias e implantar historias clínicas informatizadas y normalizadas²³.

Modelos de petición de pruebas de laboratorio
En algunas áreas de salud hay un modelo distinto para cada tipo de petición (hematología, microbiología, bioquímica...) lo que hipertrofia la burocracia.

Limitación a la solicitud de pruebas complementarias
Hay limitaciones artificiales a la solicitud de pruebas complementarias por los médicos de cabecera. A veces son las ecografías ginecológicas (como forma de control por los tocólogos y ginecólogos del ámbito de su especialidad), a veces son pruebas analíticas o radiológicas, siempre sin base científica.

Dificultades con la enfermería
Especialmente en lo que respecta a la longitudinalidad de la atención y a la definición de la población; parece que lo lógico es la responsabilización respecto a una lista de pacientes compartida con el médico, y el ofrecimiento y seguimiento de todos los cuidados necesarios a la misma (sin cerrarse exclusivamente a unas pocas enfermedades crónicas), sin turnos para curas a domicilio y demás prácticas de «seudoespecialización», como los turnos en el cuarto de curas, para la realización de ECG, por ejemplo²⁴⁻²⁶.

Introducción de pautas burocratizadoras de la práctica clínica
Son prácticas burocratizadoras, por ejemplo, los protocolos sin base científica y la «cartera de servicio»; también las auditorias que se «preparan» con impresos tipo «quinielas», ya que vacían de contenido las actividades clínicas diarias. Todo ello debería eliminarse.

Creación de equipos sobredimensionados
Puesto que hay acuerdo acerca del número ideal de profesionales para poder trabajar en equipo –unos 12–, parece poco recomendable la existencia de centros de salud con 60

y 70 profesionales. Merecería la pena revisar toda la filosofía de los equipos de atención primaria^{7,27}.

Sobrecarga de las estructuras docentes de la especialidad
La residencia y la especialidad de medicina de familia y comunitaria se han consolidado (al menos los aspectos teóricos), pero el incremento del número de residentes a partir de 1995 y el ingreso («forzado») de muchos aspirantes ha generado sobrecarga de las estructuras docentes y desencanto en los médicos en formación.

Libre elección de especialista
En muchas áreas de salud ha quedado restringida a los especialistas de zona, sin que se pueda elegir por parte del médico general/de familia el servicio hospitalario al que deriva a sus pacientes.

Prácticas perversas
Amparándose en el equipo, de tapadillo, eludiendo responsabilidades administrativas y laborales, a espaldas de la empresa, sin importar para nada la integralidad y la longitudinalidad de la atención, olvidando la confianza que depositan los pacientes en su médico, en algunos centros los avisos a domicilio los hace un solo médico o se contrata a un refuerzo para que los haga. En algunos casos se alarga un día el fin de semana (viernes o lunes) haciéndose el trabajo entre compañeros. Estos son ejemplos de la desidia y falta de profesionalidad que impera en algunos colegas.

Escaso impacto de los incentivos o impacto negativo de éstos
La implantación de un sistema de incentivos no ha tenido apenas impacto en la práctica clínica o el impacto ha sido negativo al no incentivar el trabajo de calidad²⁸. La ausencia de incentivos eficaces se suma al conjunto de elementos desmotivadores descritos previamente y en la bibliografía^{29,30}, lo que explica la existencia de las prácticas perversas comentadas. Los incentivos económicos, o de otro tipo, deberían orientarse a incrementar la productividad de los profesionales, pero evaluada mediante la medición de resultados clínicos y no basada en contabilizar el proceso de las actividades sanitarias³¹.

Parece que lo lógico es la responsabilidad de la enfermería respecto a una lista de pacientes compartida con el médico, y el ofrecimiento y seguimiento de todos los cuidados necesarios a la misma.

Se llevan a cabo prácticas perversas amparándose en el equipo, a espaldas de la empresa, sin importar para nada la integralidad y la longitudinalidad de la atención, en algunos centros los avisos a domicilio los hace un solo médico o se contrata a un refuerzo para que los lleve a cabo.

La implantación de un sistema de incentivos no ha tenido apenas impacto en la práctica clínica, o el impacto ha sido negativo, al no incentivar el trabajo de calidad.

Como profesionales esperamos que se restablezca la unidad de acción entre las sociedades profesionales de atención primaria y que se hagan esfuerzos para enaltecer la imagen y el valor del médico de familia.

La sociedad española necesita una atención primaria fuerte, porque la asistencia al enfermo es más eficaz y más segura, porque es más eficiente para la economía nacional y porque es el ámbito asistencial que mejor garantiza las relaciones humanas

En España: *a)* la presión del paro profesional entre los especialistas; *b)* la presión de la tecnología médica y del sector farmacéutico, y *c)* los fuertes intereses económicos de las empresas aseguradoras y del sector asistencial privado (y la actividad política proclive a esos intereses), unidos a *d)* el menor peso profesional y proporcional de los médicos generales/de familia respecto a los especialistas, y *e)* la división en las organizaciones de legitimación social y profesional (hay 3 sociedades científico-profesionales: SEMERGEN, semFYC y SEMG, que frecuentemente mantienen posturas contradictorias, cuando no abiertamente enfrentadas) están minando poco a poco las esencias de la atención primaria, además de su propio espacio laboral (¿cuánto tiempo, por ejemplo, van a tardar los geriatras en pretender incorporarse a algunos centros de salud con alto índice de envejecimiento?).

La sociedad española necesita una atención primaria fuerte, porque la asistencia al enfermo es más eficaz y más segura, porque es más eficiente para la economía nacional y porque es el ámbito asistencial que mejor garantiza las relaciones humanas¹⁻⁵. Además, como profesionales que creemos en ella, esperamos que se restablezca la unidad de acción entre las sociedades profesionales de atención primaria (y orgánica, deseablemente), y que se hagan esfuerzos para enaltecer la imagen y el valor del médico de familia.

La relación de problemas que hemos enunciado, que probablemente se puede ampliar, y que puede adolecer de sesgos no compartidos por otros compañeros, la sometemos a la consideración de los médicos generales/de familia y de sus sociedades, con el fin de avivar la discusión sobre éstos, de manera que la atención primaria gane terreno en la consideración social y en la eficacia, de forma que día a día sea capaz de resolver cada vez más, y mejor, los problemas de salud de la población.

Bibliografía

1. Ortún V. La atención primaria, clave de la eficiencia del sistema sanitario. *Jano* 1995; 1.148: 1587-1602.
2. Ortún V, Gérvás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 97-102.

3. Starfield B. Primary care. Balancing health needs, services, and technology. Nueva York: OUP, 1998.
4. Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, 2001.
5. Boerma WGW, Jong FAJM, Mulder PH. Health care and general practice across Europe. Utrecht: NIVEL, 1993.
6. Flocke SA. Measuring attributes of primary care: development of a new instrument. *J Fam Pract* 1997; 45: 64-74.
7. Martín A, Ledesma A, Sans A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Aten Primaria* 2000; 25: 48-58.
8. Knottnerus JA. Medical decision making by general practitioners and specialists. *Fam Pract* 1991; 8: 305-307.
9. Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Gatekeeping revisited. Protecting patients from overtreatment. *N Engl J Med* 1992; 327: 424-429.
10. White KL, Williams F, Greenberg B. Ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961; 265: 885-887.
11. Gérvás J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Aten Primaria* 1995; 16: 501-506.
12. Escuela Andaluza de Salud Pública y Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Evaluación del modelo de reforma de la atención primaria en Andalucía: conclusiones de la revisión documental y evaluación estratégica de la reforma de la atención primaria. Jaén: SAMFMC, 1994; 132.
13. Mauri Puig JM. La atención del adolescente. *El País* 2000; 12 sept.: 34.
14. Seguí M. La infancia como responsabilidad del médico de cabecera. *SEMERGEN* 2000; 26: 178-179.
15. Tucker JS, Hall MH, Howie PW, Reid ME, Barbour RS, Florey CDV et al. Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre randomised controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by obstetricians. *BMJ* 1996; 312: 554-559.
16. Rueda JR. Menopausia, frente a los nuevos mitos y la medicación injustificada. *Aten Primaria* 1998; 22 (Supl 1): 205-207.
17. Contel JC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida. *Aten Primaria* 2000; 25: 526-528.
18. Stuart J, Ridsdill R, Cantor T, Chesover D, Yearsley R. General practitioners as providers of minor surgery - a success story? *Br J Gen Pract* 1997; 47: 205-210.
19. Gérvás J, Pérez Fernández MM. Farmacoecología y medicina general. En: Sacristán JA, Badía X, Rovira J, editores. Farmacoecología: evaluación económica de medicamentos. Madrid: EDIMSA, 1995; 185-202.
20. Spagnolo E, Segura A, Vila R, Andrés J, Sans S. Importancia del cáncer de cervix en Cataluña. Consideraciones sobre un eventual programa de cribaje. *Med Clin (Barc)* 1984; 82: 83-86.

21. US Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer. En: US Preventive Task Force, editores. Guide to clinical preventive services. Baltimore: Williams Wilkins, 1996; 119-134.
22. Ruiz A. La incapacidad temporal, termómetro de la sanidad pública. ¿Un problema de costo o de ingresos? MEDIFAM 1998; 8: 349-354.
23. Alonso FA. El desafío de la informatización en atención primaria. Aten Primaria 2000; 26: 437-438.
24. Pérez Andrés C. Aceptación del contrato programa por el personal sanitario de la atención primaria de Madrid: un estudio cualitativo. Rev San Hig Pub 1995; 69: 79-88.
25. Corrales D, Galindo A, Escobar MA, Palomo L, Magariño MJ. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. Aten Primaria 1999; 25: 214-219.
26. Chavida F. La enfermería y la autonomía profesional. Jano 1999; 1303: 2466-2467.
27. Gené J. Diez años de trabajo en equipo. Aten Primaria 1994; 14: 529-531.
28. Prieto MA, March JC, Gutiérrez P, Carmona G. Motivación e incentivos: percepciones diferentes de gestores y profesionales. Aten Primaria 1998; 22: 220-226.
29. Simó J, García MA. Elementos relacionados con la efectividad y eficiencia del trabajo del médico de familia: un estudio Delphi en la provincia de Alicante. Gac Sanit 1999; 13: 282-291.
30. Casajuana J. Diez minutos, ¡qué menos! Aten Primaria 2001; 27: 297-298.
31. Ripoll MA. ¿Es eficiente la cartera de servicios como herramienta de mejora de la calidad? Med General 2000; 27: 794-796.