

EDITORIAL

Gripe y urgencias del año 2000

Palabras clave: Gripe; Propuestas; Urgencias.

Como todos los años, tras la ola de frío invernal, los servicios de urgencia de los hospitales se saturan de pacientes que buscan una atención sanitaria inmediata. Los profesionales de los hospitales se quejan de la masiva afluencia de enfermos y de la imposibilidad de realizar una buena asistencia, además de insistir en que muchas patologías de índole «menor» no necesitan ser asistidas en un centro especializado y aconsejan que sean atendidas por su médico de familia antes de acudir al hospital.

Este año las autoridades sanitarias, estatales y autonómicas, han lanzado el mensaje de que los ciudadanos vayan a los centros de salud y consultorios, antes de acudir al hospital, argumentando que el nivel primario de atención es más accesible y soluciona antes los problemas, ya que se realizan muchas visitas a urgencias, pero son pocas las que necesitan ingreso hospitalario.

Dice el refrán que «siempre nos acordamos de Santa Bárbara cuando truena»; referirse a la atención primaria como solución de los «colapsos hospitalarios» es, cuando menos, aventurado y poco oportuno. Cuando los dispositivos asistenciales de la atención primaria (centros de salud, consultorios, puntos de atención continuada, etc.) se hallan habitualmente sobrecargados, añadir «una gripe» puede traer consecuencias por todos conocidas: más pacientes por día (50, 60, 70...), más horas de consulta (con menos tiempo por consulta (más visitas y más avisos domiciliarios), más lista de espera (2-4 días), menos calidad asistencial y menos capacidad de resolución «adecuada» de los problemas.

La alternativa que ofrece la Administración sanitaria a este colapso sanitario, sobre todo en el medio urbano de grandes ciudades, es presionar a los médicos de familia para que «vean más pacientes» o que el nivel primario «atienda a más enfermos con los mismos recursos» (a veces incluso menos, porque los profesionales también enferman...).

Es cierto que solucionar esta «gripe del sistema sanitario» no es sencillo; surgen preguntas como: ¿no tendrá nada que decir la salud pública?, ¿se puede planificar la atención a una epidemia «anual»? ¿existe sólo una respuesta «sanitaria» a la gripe? Desde la atención especializada hospitalaria se reclaman más camas, más hospitales de corta y media estancia, más servicios de hospitalización domiciliaria, más residencias asistidas, más unidades de...

Desde la atención primaria, dotada de los recursos y de las formas organizativas «adecuadas», se ven alternativas más orientadas al usuario, que van desde la extensión de la reforma de la atención primaria a la gestión sociosanitaria, pasando por:

– Una relación de confianza con el ciudadano, donde su médico de familia le asesore de lo innecesario de las exploraciones para problemas menores.

– Una mejor accesibilidad al médico de familia (cupos de pacientes adecuado, consulta telefónica, etc.) y a enfermería.

– Una atención familiar o grupal sobre los pacientes con las expectativas de salud elevadas, sobre la cultura «hipocondríaca» y sobre el autocontrol de los pacientes crónicos (bron-

quitis crónica, asma, diabetes, cirrosis, insuficiencia renal, etc.).

– Una atención domiciliaria resolutive y de calidad.

– Una atención comunitaria diversificada, con uso de los recursos locales no sanitarios, con una coordinación entre niveles consensuada, con un trabajo en equipo con los medios de comunicación donde se realicen campañas educativas y de información sobre problemas de salud menores y del uso de los servicios sanitarios.

– Un acceso a la atención hospitalaria, desde el contacto entre el médico de familia y el internista, como guía de entrada al hospital por una puerta «externa a urgencias». Desde la colaboración y cooperación entre los profesionales sanitarios con más visión «integral», podemos conseguir que las puertas de urgencia de los hospitales no sean los únicos lugares de entrada a la asistencia hospitalaria.

La responsabilidad social de la mejora del uso de todos los recursos requiere no sólo experiencia clínica y evidencias científicas, sino fórmulas organizativas, creativas e innovadoras que estimulen la orientación de los servicios hacia las preferencias del ciudadano, incorporando con claridad, a los criterios de eficiencia, ética y equidad.

La gripe es «una competencia» del médico de familia, aunque «las medallas» se repartan entre otros profesionales del «Servicio» Nacional de Salud.

A. Duque Valencia

Vicepresidente de semFYC.