

EDITORIAL

Atención primaria y epidemias invernales

Palabras clave: Epidemias; Gripe; Urgencias.

Las crisis en los servicios de urgencias hospitalarios coincidentes con las epidemias de gripe empiezan a formar parte del paisaje navideño de nuestro país y de otros países europeos. Son fáciles de describir a grandes rasgos: la necesidad crece (hay mayor número de personas que se sienten mal), aumenta la demanda (hay más personas que expresan su necesidad como demanda de atención sanitaria) y acuden (o llaman por teléfono) para solicitar esa atención a los dispositivos que conocen.

El resumen de esta situación es: demanda mayor y oferta, ¿qué? Si la oferta es igual o menor (por vacaciones) que la habitual, se saturará (aumentará la demora de atención), la demanda se derivará a otros dispositivos existentes (a las urgencias hospitalarias) o se disuadirá, con la consiguiente frustración. La «alarma social» (seguramente exagerada), la explosión mediática (relacionada con lo anterior) y el debate político (entre gobierno y oposición), completarán el panorama y convertirán la situación en más compleja. Sin olvidar el impacto en esperas, frustración o angustia que estas situaciones pueden representar para la población.

Si la oferta crece, puede compensar algún efecto de la mayor demanda. Entonces las preguntas serán cuánta mayor oferta, en qué franjas horarias, con qué capacidad de anticipación a los acontecimientos y con qué grado de flexibilidad. Alguna oferta adicional puede asumir demanda nueva, que antes no era atendida, sin descargar otros dispositivos. Habrá que considerar estos factores del momento de crisis y los relacionados con los «estragos después de la batalla», es decir, los relacionados con la capacidad de los centros de recuperar su actividad normal y programada. La excelente revisión de Boro Peiró¹ acerca de la efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias muestra la escasa utilidad de un elevado número de las medidas que se han venido utilizando para su control.

Algunos estudios recientes, pendientes de publicación, realizados en la ciudad de Barcelona por el Consorcio Sanitario de Barcelona y el Instituto Municipal de Salud Pública de la ciudad, en el marco de los planes de acción para las urgencias invernales en la urbe y en Cataluña, han abordado algunos elementos de la situación. El análisis de la demanda, tanto en su vertiente de tipología y número de atenciones, como en la relacionada con los conocimientos, motivaciones y prácticas de uso de los clientes, ofrece algunos datos de interés. Destaca el escaso grado de conocimiento de la población acerca de algunos dispositivos de urgencias de la ciudad y la convicción con la que los pacientes acuden al hospital.

Desde hace años se advierte un lento, pero continuo, crecimiento en la atención urgente en los servicios hospitalarios². En el Reino Unido se constata en los últimos 20 años un crecimiento anual promedio del 4%, que desplaza la capacidad de internamiento programada por una mayor presión de urgencias sobre un volumen de camas hospitalarias que ha decrecido. Tan sólo una pequeña parte de este incremento de las atenciones urgentes puede explicarse por el envejecimiento de la población, no existiendo evidencias de cambios de morbilidad destacables (salvo para el asma infantil y los intentos de suicidio). También crecen las visitas espontáneas y a domicilio en las actividades «fuera de horas» de los médicos generales, que saturan su capacidad y aumentan la presión sobre los residentes hospitalarios, que no se atreven a rechazar el ingreso propuesto. En un estudio³ realizado en el área urbana de Londres, se observaron diferentes tasas de derivación a las urgencias hospitalarias entre los distintos médicos generales de su ámbito de influencia. Los factores que mejor explicaban esa variabilidad eran los relacionados con las características sociodemográficas de los pacientes, y en segundo lugar con los criterios de ingreso de los hospi-

tales, siendo prácticamente nula la aportación de los factores relacionados con las características de los profesionales de la atención primaria y con su práctica organizativa. Sin embargo, otros estudios sugieren utilidad de las medidas de información al paciente sobre la orientación del tipo de recurso a utilizar⁴ o sobre la coincidencia de diversas mejoras en la atención primaria y una menor frecuentación hospitalaria⁵.

Habrà que pensar en esquemas de atención integrados para garantizar la continuidad de la atención, coordinando y comunicando a diferentes proveedores. Debemos idear fórmulas de atención realistas para que el servicio se preste en el lugar adecuado por el dispositivo apropiado, reducir la duplicación de procedimientos clínicos y administrativos, con la calidad adecuada a las expectativas de los usuarios. Quizás haya que experimentar con espacios más alejados del habitual de la atención primaria, más concentrados y cercanos al hospital, aunque sean gestionados por el médico general. Quizás necesitemos disponer de una mayor oferta de atención domiciliaria los días que los centros de atención primaria permanecen cerrados, garantizando servicios sustitutorios de atención urgente domiciliaria. Debemos aprovechar la tecnología de información más adecuada a la realidad, con objetivos de anticipación, seguimiento y conectividad en los recursos, como el fenómeno de la atención urgente requiere.

Algunas condiciones de la atención primaria (accesibilidad telefónica, horaria y física) deben mejorarse, independientemente de sus efectos sobre las urgencias. La mejora de los equipos de atención primaria, con una gestión de la demanda más adecuada en la frontera entre la atención primaria y especializada, en todas las horas del día, para el mayor número de necesidades posible, con mejor accesibilidad (también cultural) y con mayor grado de autonomía, capacidad de gestión y flexibilidad, parecen estar en la base de las nue-

vas políticas del National Health Service. Lejos de interpretaciones sesgadas⁶ que supongan en la nueva política de cooperación británica, un ánimo de dar soporte a organizaciones mastodónticas, burocráticas y centralistas. Sin olvidar el papel de alerta que además puede desempeñar la atención primaria en los episodios epidémicos invernales.

Habrà que definir las intervenciones con claridad y tener prevista su evaluación. Aunque el sentido común apunte a un conjunto de posibles actuaciones comunitarias, a nuevos esquemas de atención urgente hospitalarios y de atención primaria, y mejoras en la atención social y socio-sanitaria, destaca la necesidad de evaluación del impacto y coste en dichas medidas. Hay que estimular la investigación para detectar las contribuciones específicas de la epidemiología, demografía, clínica y la organización en el fenómeno de la atención urgente, para actuar más en consecuencia.

Siempre es deseable el debate político en cualquier aspecto que afecte a la colectividad. Y las epidemias invernales y las crisis en los servicios asistenciales no escapan de esta regla general. En el Reino Unido las críticas despiadadas entre gobierno y oposición en torno a este tema se han mantenido durante 3 años, pese al relevo en el gobierno, y con argumentos muy similares. Un gobierno que pretenda resolver todo con unas actuaciones puntuales de choque se verá probablemente enfrentado a una problemática compleja y multifactorial, que necesita de acciones no sólo sobre la atención urgente, sino sobre el conjunto del sistema sanitario, su flexibilidad y orientación a los usuarios. Y hemos de ser conscientes de que no existen soluciones mágicas, y menos aún sin movilizar importantes recursos.

R. Manzanera López

Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria
(IMAS). Barcelona.

Bibliografía

1. Peiró S, Sempere T, Oterino D. Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años después del Informe del Defensor del Pueblo. Economía y Salud. Boletín informativo, abril 1999.
2. Capewell S. The continuing rise in emergency admissions. BMJ 1996; 312: 991-992.
3. Reid FD, Cook DG, Majeed A. Explaining variation in hospital admission rates between general practices: cross sectional study. BMJ 1999; 319: 98-103.
4. Coulter A. Managing demand at the interface between primary and secondary care. BMJ 1998; 316: 1974-1976.
5. Pané O, Farré J, Parellada N, Estevan M. ¿Los hospitales comarcales aumentan su actividad para neutralizar el efecto contenedor de la reforma? Cuadernos de Gestión 1995; 1: 105-109.
6. Gené J. Labour's health policy is having paradoxical effect in Iberian countries. BMJ 1999; 318: 466.