

¡Por favor, inviertan en los centros de salud! No especialicen

M. Seguí Díaz

UBS Es Castell. Centro de Salud de Dalt Sant Joan de Mahón. Menorca

Las tres primeras impresiones que me surgieron tras la mesa redonda moderada por el profesor y economista Guillem López Casasnovas, en la que participaron el epidemiólogo Sr. Maties Torrent, el Gerente del IB-Salut, Sr. Juli Fuster, el Conseller de Salud de Menorca, Sr. Miquel Gascón y el Director de Calidad Asistencial del Servei Català de la Salut, Sr Oriol Morera, en el Ateneo de Maó hace algunos días sobre “El futuro de la Sanidad” en nuestra isla, fueron:

—Que la sanidad es cosa de los médicos, dada la práctica ausencia de público no sanitario.

—Que, como se dijo, “La Atención Primaria no lo puede asumir todo”. Que enlazó con...

—Que existen toda una serie de intenciones por parte de los representantes de la administración para potenciar económicamente al hospital y a la atención especializada.

Y es que el acto da que pensar ¿Creen realmente los habitantes de Menorca que la sanidad es un asunto de sanitarios? Pues, haciendo el esfuerzo de ponerme en el lugar de un simple ciudadano creo que me preocuparían cuestiones tales como: ¿Se utilizan correctamente mis impuestos?, ¿en qué se invierten?, y si es para un asunto tan sensible como es la sanidad, ¿en qué orden de importancia se gastan? La salud como dice el eslogan “es lo más importante”. De modo que, como es prioritario, no se puede asentar mansamente.

En cuanto a la poco afortunada frase con la que se dio pie al resto de intervenciones, estamos de acuerdo: “La Primaria no puede asumirlo todo”. Pero, ¿por qué no puede asumir todas su competencias? Por una razón muy clara porque no se invierte en ella. Se la deja morir por consun-

ción “de finor, como se dice aquí”. Lo importante es la especializada.

Se entiende que las intenciones de nuestros políticos sea potenciar al hospital, a los especialistas, ya que los ciudadanos identifican a la calidad con la técnica y la especialización. Lógicamente bajo este punto de vista es más electoral garantizar una mayor accesibilidad al especialista que al médico de cabecera, no en vano quienes pueden elegir al menos los 6.000.000 de personas que tienen un seguro privado) optan por acceder a este nivel sin contar con su médico de familia. Sin embargo, se sabe que esto es una equivocación, ya que no se puede olvidar, y se debe repetir hasta la saciedad, que mayor tecnificación, o mayor especialización de la sanidad pública, no es sinónimo de mayor salud. Antes al contrario, es peligroso para la sociedad y para el erario público, que es quien a la postre nos tiene que garantizar la sostenibilidad financiera futura del sistema sanitario.

La accesibilidad a los especialistas es importante, pero aún lo es más al médico de cabecera, pues cumple la función de agente del ciudadano y de portero del sistema. Cosas tan simples como el acceso telefónico no está garantizado ni con la actual organización de los centros de salud (admisión) ni con la infraestructura de los mismos (central de telefónica), cuando justamente la cita previa se realiza por teléfono. Tener, por ejemplo, un teléfono cada médico, o una centralita que permita varias llamadas al mismo tiempo, o suficientes administrativos que puedan procesar toda la burocracia que genera un centro, produce escritos y negociaciones que duran años en nuestra Unidad básica (Es Castell), cuando al mismo tiempo vemos multiplicarse los especialistas en especialidades dependientes de una epidemiología, que en buena medida no ha variado.

Potenciar la especializada (ESP) por encima de la Atención Primaria (AP), o que aquélla asuma competencias de ésta, es sumamente arriesgado. Si nos fijamos en EE.UU., por ejemplo, paradigma de la especialización y de la medicina de tercer nivel, que dedica el doble del porcentaje del producto interior bruto que nosotros a la sanidad, nos encontramos que tiene unos indicadores de salud inferiores a los nuestros, posicionándose según el *World Health Report* 2000 por detrás de la mayoría de los países europeos, hecho achacado en buena medida a su poco desarrollo de

Correspondencia:
Dr. M. Seguí Díaz.
C/. Noria den Riera, 3.
07720 Es Castell.
Menorca.
Correo electrónico: mseguid@meditex.es

Texto publicado en dos artículos de opinión sanitaria en el Diario insular MENORCA los días 6 y 7 de abril de 2002 (18774, 18775).

la Atención Primaria. La Atención Primaria, pues, es capaz de mejorar el nivel de salud de un país por encima de sus desigualdades sociales y de su renta, algo que ya se puede comprobar en España^{1,2}.

La AP no sólo mejora los indicadores de salud de una población (esperanza de vida, mortalidad infantil etc.), sino que protege al ciudadano del sistema sanitario (lo que algunos autores denominan como “prevención cuaternaria”). Siguiendo con el ejemplo anterior, según datos que aporta Barbara Starfield³ el 20%-30% de los pacientes en EE.UU. reciben tratamientos contraindicados y entre 44.000 y 98.000 mueren cada año a consecuencia de errores médicos.

Sin embargo, se cree que el problema es aún mayor. Así, diversos estudios estiman que 12.000 muertes al año se deben a cirugía innecesaria, 7.000 a errores en la medicación dentro de los hospitales, 80.000 por infecciones nosocomiales, 106.000 por efectos adversos de medicaciones hospitalarias y por último, 20.000 muertes se deben a otros errores cometidos dentro de los hospitales. En total 225.000 muertes por causas yatrogénicas relacionadas con la hospitalización y la especialización. Estimándose, según diversos autores, como a la tercera causa de muerte en EE.UU.³.

Y es que el médico de familia, además de ser especialista en la persona sana, en lo frecuente, en lo diverso, es especialista en manejar la incertidumbre. Es decir, es capaz de esperar, utilizar el tiempo como recurso terapéutico, o llegado el caso, con el mínimo de pruebas llegar a un diagnóstico y aplicar el tratamiento que en su justa medida cure al paciente con los mínimos perjuicios.

El médico de familia sabe que toda prueba practicada innecesariamente es peligrosa, a lo que yo aún incluiría una afirmación todavía más dura: toda derivación a un nivel de especialización superior sin un criterio adecuado es un riesgo en sí mismo. Y de ahí el peligro de permitir el libre acceso del paciente al hospital (existen, lógicamente excepciones), o de ambulatorizar a los especialistas, como muestra la tendencia actual.

Existen peligros de:

—Sobrediagnóstico (falso positivo), neurotización del paciente por creerse portador de una enfermedad que no existe y todas las pruebas posteriores que se le realizarán para descartarla. Tratamientos innecesarios por falsos diagnósticos (tanto quirúrgicos como médicos), o peligro de yatrogenia.

—Peligro de falsa seguridad (falso negativo), que no se vea no quiere decir que no exista. Por aquello tan oído de “Me han hecho tal prueba, ahora ya me encuentro tranquilo”.

—Peligro de fijar diagnósticos, que sería una forma de sobrediagnóstico, es decir, diagnósticos sobre anomalías existentes en las pruebas que no tienen que ver con la enfermedad que padece el paciente. Problemas que muchas veces están relacionados con la personalidad del paciente o con su estado de ánimo y no con su cuerpo. En una reciente revisión que publicamos sobre el dolor lumbar⁴,

podimos hacernos eco de multitud de trabajos científicos en los que se mostraba una gran disparidad entre la clínica (el dolor) y las imágenes en pruebas diagnósticas. A modo de ejemplo: el 27% de las personas que nunca han tenido dolor lumbar presentan a la resonancia magnética hernias discales (no protusiones que abundan en el 50% de la gente normal), que llegan al 36% en los mayores de 60 años⁴.

—Por último, peligro de dependencia del paciente del nivel especializado, que anula la figura del agente del paciente, del coordinador de la asistencia, cuando el médico de familia entra en competencia con el especialista. Diferentes criterios, diferentes diagnósticos y diferentes tratamientos. Tal como indica la sabiduría popular: “Tener dos médicos es tener medio, y tres ninguno”.

De ahí que sea fundamental potenciar el papel del médico de cabecera, de los centros de salud y de la AP por encima de la ESP. Hacerla accesible y resolutive al máximo, convertirla en el eje del sistema, para con ello incrementar el nivel de salud de nuestros ciudadanos.

Existen, por otro lado, múltiples trabajos que comparan la actividad del médico de familia con la de los especialistas. Según éstos los especialistas en medicina interna solicitan más pruebas (73% de las visitas) y más exploraciones radiológicas (53% de las visitas) que los médicos generales (34% y 19% respectivamente) para llegar a los mismos diagnósticos y resultados. En nuestro caso, sólo hace falta pensar en el distinto tratamiento que recibe un mismo proceso (por ejemplo un esguince de tobillo), atendido por el médico de cabecera o atendido en urgencias de hospital. También existen trabajos comparando la actividad del médico de familia con el pediatra, y dan resultados parecidos, de manera que, no es de extrañar que yo sea un firme defensor de que el médico de familia atienda a la infancia. Es bueno para los niños⁵⁻⁸.

En este aspecto, también existen estudios en los que se observa que sólo más médicos de familia son capaces de evitar hospitalizaciones. Hecho que se observa incluso en la edad pediátrica. Es decir, que mayor número de pediatras no hace descender las tasas de hospitalización infantil. Es un error, en mi opinión, crear más plazas de pediatras, y máxime cuando no existen recursos humanos para las existentes. Los médicos de familia deben asumir mayor tramo de edad infantil⁹.

Estas ventajas en la atención por el médico de familia se achacan a una (entre muchas) de las cualidades de éste: la longitudinalidad en la atención, o la duración en la relación médico/paciente, que tiene que ver con el aumento de los conocimientos adquiridos del paciente y de su familia, por el paso del tiempo. Este hecho también afecta procesos como la patología perinatal (bajo peso al nacer), que también disminuye cuando el embarazo se enmarca en una asistencia continuada y anterior a la gestación en el primer nivel¹⁰⁻¹².

La incertidumbre del paciente, cada vez más angustiado por lo que pueda padecer se aminora si existe una larga e intensa relación con su médico de familia y acepta mejor

el criterio del mismo, además de la no utilización de pruebas diagnósticas innecesarias.

Si el médico de familia es capaz de diagnosticar y tratar al paciente con el mínimo de recursos y evitar hospitalizaciones, lo lógico es que el gasto que realice el médico de Primaria sea considerablemente menor que el del especialista. Y todo ello sin hablar de la prescripción farmacéutica que, como ya demostramos hace algunos años en nuestra Unidad básica, la medicación generada por el hospital e inducida al médico de familia en nuestra isla es más cara¹².

En cualquier caso, la pregunta que flotó en el ambiente de la mesa es ¿cuáles son los recursos tanto materiales como humanos necesarios para nuestra isla? Y no hubo contestación. La razón de la insularidad siempre sale a colación para que con una población de 70.000 habitantes se incrementen los especialistas sin una base demográfica clara y sin una epidemiología que lo justifique.

Lo que queda claro es que sin una gestión clínica óptima del especialista el incremento de recursos humanos sólo es un parche que no mejora la salud de nuestros pacientes (tal como he señalado), que la hace peligrar con el tiempo, y que incrementa el costo exponencialmente al aumentar la oferta en un mercado de necesidades infinitas. Por ejemplo, a nivel general, la práctica de una citología anual a nuestras mujeres realizada por ginecólogos existiendo lista de espera, que se intenta paliar contratando más ginecólogos, no es una práctica recomendable. Lo lógico es que esta prueba preventiva, primero, se haga en el intervalo de tiempo que está admitido (3-5 años) para uno de los países que menos cáncer de cuello uterino tiene del mundo, y que la realicen los médicos y enfermeras de familia como se hace en muchos centros de salud de nuestro país y como es práctica habitual fuera de nuestras fronteras. Aumentar el número de especialistas hace que actuaciones del primer nivel sean realizadas por niveles superiores con todos los riesgos que ello comporta. Y es que llegando al absurdo, no es difícil pensar que si hubiera el doble de urólogos los varones acabaríamos con un tacto rectal anual (no en vano, el cáncer de próstata es más frecuente que el de cérvix en España). Más especialistas es aumentar la oferta, y la oferta induce demanda a un nivel que no es el adecuado. Por tanto, por favor, piensen en las necesidades reales, los recursos que se solicitan y el gasto y consecuencias que a la larga producirán tales decisiones¹³⁻¹⁵.

La Atención Primaria es la cenicienta de nuestra isla. Adolece de recursos humanos y de condiciones para crecer y asumir gran parte de las competencias que le faltan. No creo, por tanto, que sea lo más lógico para mejorarla pensar que parte de sus competencias deban ser realizadas por especialistas.

Mas, volviendo a la frase que ha dado pie a este artículo: "La AP no puede realizarlo todo". De acuerdo, pero está demostrado que puede con más del 95% de las necesidades de la población si se le apoya y potencia.

El médico y enfermera de familia se encuentran en un lugar privilegiado para realizar actividades preventivas a la

comunidad, desde las conocidas (niño sano, diabetes, hipertensión) a las no asumidas, tales como: seguimiento del embarazo de bajo riesgo (se realiza en Andalucía, Cantabria, Murcia), citologías (Salamanca), niños, como para asumir competencias que hasta hace poco realizaban especialistas: la cirugía menor, infiltraciones (en gran parte de España). Sin embargo, el médico y enfermera de familia se encuentran agobiados por el papeleo. Dedicar buena parte de su consulta a solucionar una burocracia (20%-40% de las consultas), muchas veces estructural (recetas inoperantes, partes de baja) y una generada en buena medida por el especialista y la mala comunicación entre niveles. Una burocracia necesaria (registros e historias clínicas) y otra innecesaria (repetición de recetas, volantes, bajas).

Lo que necesitan nuestros ciudadanos es que el médico y la enfermera de familia sean accesibles (de ahí la importancia del acceso telefónico), que hagan su trabajo, lo que saben hacer, que destinen al paciente un tiempo razonable y digno, y que todo lo supérfluo, todo ese ruido que distorsiona la relación médico/paciente, sea realizado por quien le corresponde. "Que cada palo aguante su vela"¹⁶⁻²².

La especializada debe asumir su burocracia y no utilizar a la AP como su "secretaria" personal ni como a un "comodín" que utilizar cuando la demanda le supera. Partes de baja (que legalmente tiene que firmarlos quien atiende al paciente), volantes de ambulancias, repetición de medicación, analíticas, pruebas varias etc., que convierten, además, al paciente en una pelota de ping pong del Sistema.

La admisión en los centros de salud debe poder asumir toda la burocracia innecesaria y regular y organizar la necesaria. Para ello necesitan recursos humanos (todos los centros de nuestra isla son deficitarios en personal administrativo), en organización (atención al público, *front office*, telefónica y administrativa, *back office*), y en infraestructuras (ubicación, superficies, centrales telefónicas adecuadas). Un sólo administrativo durante tres horas al día es capaz de realizar las recetas que generan seis médicos²³⁻²⁵, y con la informatización menos.

Y es que implementar programas como la detección precoz de cáncer de cérvix sólo equivale a una o dos horas semanales del médico o de la enfermera de familia. El control de embarazo un tiempo parecido, etc. Horas que, aunque le parezca mentira al ciudadano de la calle, les faltan. Es por ello que no se mejorará el rendimiento del médico de familia "pegando al burro" sino simplemente "descargando el carro". Descargando el carro de la burocracia.

Resumiendo, en nuestra opinión, si quiere mejorar la salud de los ciudadanos de Menorca se debe invertir en:

—Garantizar una AP de calidad. Para ello deben apostar por desburocratizar los centros de salud: aumento de personal administrativo, mejorar la conexión telefónica e impulsar la informatización. Reestructurar los servicios de admisión para que puedan gestionar eficazmente la burocracia necesaria y procesar la innecesaria.

—Mejorar las infraestructuras de los centros. Más competencias precisan de ampliaciones, mobiliario e instrumental.

—Aumentar la cartera de pruebas diagnósticas que el médico de Primaria puede solicitar, para así hacerlo más resolutivo.

—Mejorar la comunicación entre niveles: es importante mejorar las conexiones telefónicas y telemáticas entre el hospital y los centros de salud. Garantizar que las interconsultas no se conviertan en derivaciones, y que por tanto, sean contestadas.

—Por último, creemos que es necesario garantizar que cada nivel asistencial se responsabilice de su propia actuación (burocracia, gasto farmacéutico, IT).

Como ven lo que se pide no es muy vistoso, tal vez no muy electoral, y no se solicitan más profesionales sanitarios como es lo habitual (aunque se necesitan). Lo que se reclama tiene que ver justamente con mantener y mejorar nuestro nivel actual de la AP, con hacerla más resolutiva, y con asumir las actuaciones propias de la AP que hoy por hoy realizan especialistas.

Y es que tal como están las cosas, como dijo el viejo profesor delante del General Astray en 1936 “quedarse callado significa mentir. Porque el silencio puede ser interpretado como aquiescencia” (Hugh Thomas).

Bibliografía

- World Health Organization. The World Health Report 2000. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 2000.
- Starfield B. Atenció Primària. Equilibri entre necessitats de salut, serveis i tecnologia. Barcelona: Masson; 2001.
- Starfield B. Is US Health really the best in the world? JAMA 2000;284:483-5.
- Seguí Díaz M, Gervás J. El dolor lumbar. SEMERGEN 2002;28:21-41.
- Noren J, Frazier T, Altman I, DeLozier J. Ambulatory medical care: a comparison of internists and family-general practitioners. N Engl J Med 1980;301:11-6.
- Cherkin DC, Roseblatt RA, Hart G, Schneeweis R, LeGerfo J. The use of medical resources by residency-trained family physicians and general internists. Is there a difference? Med Care 1987;25:455-69.
- Fishbane M, Starfield B. Child health care in the United States: a comparison of pediatricians and general practitioners. N Engl J Med 1981;305:552-6.
- Starfield B, Hoekelman RA, McCormick M, Mendenhall RD, Moy-nihan C, Benson P, DeChant H. Styles of care provided to children in the United States: a comparison by physician specialty. J Fam Pract 1985;21:133-8.
- Parchman ML, Culler S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. Department of Family Medicine, Indiana University, Indianapolis. J Fam Pract 1994;39:186-7.
- Kelleher K, Childs G, Wasserman R, McInerney T, Nutting P, Gardner W. Insurance status and recognition of psychosocial problems. A report from PROS and ASPN. Arch Pediatr Adolesc Med 1997;151:1109-15.
- Wasson J, Sauvigne A, Mogielnicki R, Frey W, Sox C, Gaudette C, Roskwell A. Continuity of outpatient medical care in elderly men. A randomized trial. JAMA 1984;252:2413-7.
- Seguí Díaz M, Bartolozzi Castilla E, Ramos Aleixades J, Llach Fernández A, Torrent Quetglas M, Besco Villegas E, Pérez Martos M. Prescripciones de utilidad terapéutica baja inducidas en Atención Primaria. Aten Primaria 1998;22:227-32.
- Gallo P, García-Altés A. Anàlisi de necessitats. En: Jovell AJ, Aymenrich M. Evidència científica i presa de decisions en Sanitat. Monografies Mediques de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. Barcelona 1999;9-31 1997 Flint 1987.
- Sánchez-Seco Higuera P. Càncer de cèrvix uterí SEMERGEN 2002;28:145-51.
- Larizgoitia I. Diagnòstic precoç del càncer cervical: coneixement actual sobre velles i noves tecnologies. Barcelona: Agència d'Evaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Seveí Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Octubre 2001 (BRO2/2001).
- Bailón Muñoz E, Delgado Sánchez A, Arribas Mir L, Melguizo Jiménez M. La atención a las mujeres en Atención Primaria. Aten Primaria 1996;17:483-5.
- Olazábal Ulacia JC, Montero Luengo J, Pastor Mateos F, Alario García MJ, García Paniagua R, García Gutiérrez JF. Diez años de citologías de cèrvix uterí en un Centro de Salud. Aten Primaria 1997;20:293-8.
- Olazábal Ulacia JC, García Paniagua R, Montero Luengo J, García Gutiérrez JF, Pastor Mateos F. La atención a la mujer menopáusica: un objetivo a desarrollar desde la Atención Primaria. Aten Primaria 2000;405-14.
- Arribas Mir L, Bailón Muñoz E, de la Iglesia López B. El médico de familia y el control del embarazo en las distintas Comunidades Autónomas. Aten Primaria 2002;29:233-6.
- Sánchez González R, Álvarez Nido R, Aroca Caballero M, del Río Martín L, Fernández Horcajuelo J, Campoo Cobo C. Control de calidad de seguimiento del embarazo normal en Atención Primaria. Aten Primaria 2001;27:537-41.
- Bailón Muñoz E. Seguimiento del embarazo en Atención Primaria. SEMERGEN 2000;26:537-49.
- Seguí Díaz M. Revisión del niño sano por el médico general/de familia. SEMERGEN 2000;26:196-218.
- Casajuana Brunet J, Alonso López F, Aracil Villar J, Barrios Blasco L, Carneado Martín T, Gervás Camacho J, González Jiménez I, Grifell Martín E, Herrero Sales P, Romero Aguit S. Grupo de Trabajo semFYC-SEMERGEN 1996. Actividad burocrática en la consulta del médico de Atención Primaria. Propuesta para la desburocratización. Aten Primaria 1998;21:489-98.
- Ruiz Téllez A. La demanda y la agenda de calidad. Instituto @ p COM 2001. Barcelona.
- Ruiz Téllez A. La organización de un equipo de Atención Primaria. Centro de Salud 1999;592-606.