
Capacidad de resolución del médico de Atención Primaria

José Antonio Otero Rodríguez

Vicepresidente Nacional de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN).

Al inicio de la reforma de la Atención Primaria existía una gran diferencia entre la práctica del médico, dependiendo del ámbito donde trabajase, ya fuera rural o urbano; en relación con el tema que voy a desarrollar la capacidad de resolución del médico se ejerce en el primer nivel de atención.

La presión asistencial sufrida por el médico de Atención Primaria urbano, en los consultorios que hoy llamamos del modelo tradicional de dos horas y media de consulta, hacía imposible cualquier intento de resolver algo que no fueran procesos infecciosos agudos y pocas cosas más, con carencia de todo salvo el fonendoscopio, propio en la mayoría de ocasiones; a nivel rural, en cambio, la situación era diferente, la distancia con el hospital y la poca accesibilidad de otros especialistas hacía que el médico del pueblo se involucrara más en el tratamiento de numerosas patologías. Por tanto, y sin

entrar en muchos matices que no se pueden soslayar cuando se habla de otras cuestiones, podemos decir que la capacidad resolutoria del médico de Atención Primaria en nuestro entorno viene sesgada desde el inicio por las pésimas condiciones en las que el médico de cabecera urbano se vio obligado a trabajar.

¿Qué es capacidad de resolución?, ¿cómo se mide? Como ejercicio teórico intelectual tiene mucho interés pero grandes dificultades para trasladarlo a la práctica, pudiendo llegar a ser una discusión tan estéril y artificial como la prescripción inducida por el médico del hospital en el deber del de Atención Primaria, y no exento, tanto un debate como el otro de determinados peligros cuando, como en el caso que nos ocupa, utilizamos indicadores como la tasa de derivaciones por 1.000 consultas e intentamos asociar tasas bajas a mayor capacidad de resolución, y como consecuencia

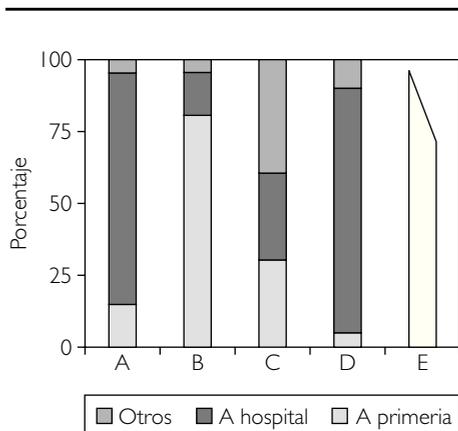


Figura 1. Especialidad y competencia.

mejor práctica clínica, y mas aún si desde el punto de vista cualitativo desde hace mas de 10 años no vamos mas allá de valorar la legibilidad de los documentos, la constatación de datos administrativos y determinados datos clínicos sin entrar en otras consideraciones que probablemente tendrían mayor interés como la adecuación, la pertinencia, si es derivación o interconsulta o si esa decisión está de acuerdo con las guías o protocolos acordados en cada área teniendo en cuenta los recursos disponibles.

Parece necesario definir nuevos indicadores como los que se refieren a enfermos ingresados en el hospital que podrían ser atendidos en su domicilio o ambulatoriamente, y otros que consigan definir de forma más correcta hasta qué

punto un servicio, una parte del sistema, hace o resuelve lo que se espera que resuelva de acuerdo con unas especificaciones predefinidas.

A esta situación, muy deseable para los gestores, se puede llegar por varios caminos, uno de ellos (fig. 1) en la que cada columna representa a una especialidad o área de conocimiento y la parte inferior de cada una marca el nivel de competencia de la Atención Primaria en ese campo, por ejemplo, si la columna A fuera el área de conocimiento de Cardiología se podría llegar a decir que la hipertensión arterial, el seguimiento de la insuficiencia cardíaca y algunas cosas más dependen del médico de Atención Primaria, mientras que la ablación en la fibrilación auricular o el diagnóstico de las valvulopatías son competencia del cardiólogo del hospital. Si esto es difícil, no es más fácil (también en la misma figura) si aplicamos la ahora tan de moda gestión por procesos, siendo cada columna un proceso asistencial en el que se definen las responsabilidades de cada profesional que interviene en el proceso; debemos esperar un tiempo prudencial para valorar si experiencias como la llevada a cabo en Andalucía con la divulgación de 40 procesos permite conseguir los objetivos que se pretenden en cuanto a mejorar la continuidad asistencial.

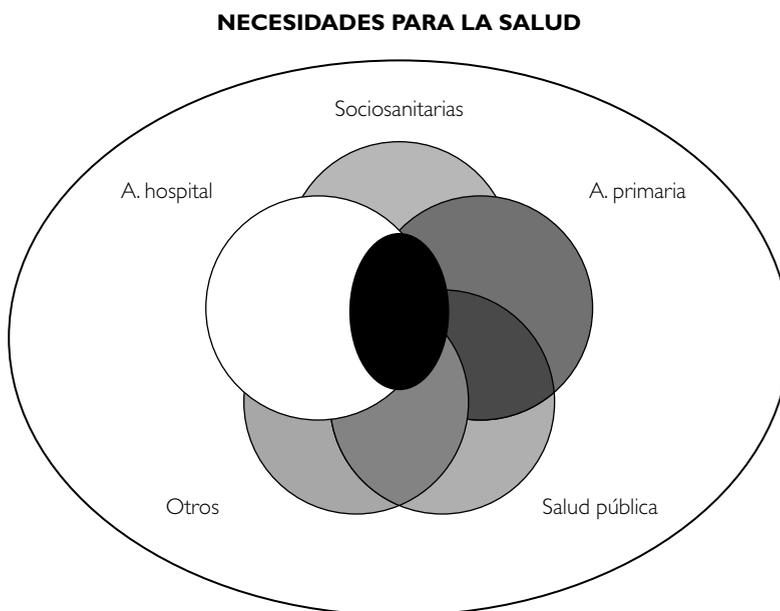


Figura 2. Necesidades para la salud.

Otra forma de observar la situación, más fácil por menos comprometida, es pensar dónde se resuelven los problemas de salud de la población, (fig. 2) desde las federaciones deportivas, asociaciones, mutuas laborales, inspecciones alimentarias, etc., hasta, y fundamentalmente, la asistencia sanitaria, centros de salud y hospitales con sus ambulatorios de consultas externas, que deberán acordar cómo pueden ser más efectivos y eficientes para resolver los problemas de salud de los ciudadanos aprovechando al máximo todos los recursos.

¿Con que orientación? Está probado en numerosas publicaciones que un sistema sanitario es más eficiente cuanto más desarrollada está su Atención Primaria, obtiene mejores resultados en salud y además es más barato. Si la Atención Primaria resuelve más cosas el hospital puede orientar sus recursos a resolver los problemas más prioritarios, baste como ejemplo de cierta actualidad que mientras un oftalmólogo está graduando la vista o haciendo un fondo de ojo a un diabético no está quitando unas cataratas a un paciente.

¿Y cómo aumentamos la capacidad de resolución de la Atención Primaria? El acceso a pruebas diagnósticas es una medida de demostrada efectividad para aumentar la resolución del primer nivel y aumentar la eficiencia del sistema en su conjunto, sin embargo suelen ser los Gerentes de los hospitales los más reacios a poner en marcha esas medidas que de ser aplicadas redundarían en la mejora de muchos indicadores de actividad y lista de espera de consultas externas del propio hospital; la tomografía axial computarizada (TAC) craneal en el estudio de una cefalea, la gastroscopia en la dispepsia ulcerosa, la ecografía para el diagnóstico de una disfunción de la glándula tiroidea, etc., se convierten en

interconsultas evitables si las pruebas están al alcance del médico de Atención Primaria.

En otro orden de cosas hay otro tipo de medidas que podemos clasificar como administrativas que pueden contribuir a aumentar la resolución del primer nivel; de todas ellas cito sólo dos: una muy genérica, que consiste en fomentar la autonomía de gestión, descentralizando la toma de decisiones al médico de Atención Primaria y la consecuente asunción de responsabilidades; y la otra, hoy en día mucho más necesaria que hace unos años, son determinados cambios en el sistema retributivo, sin los cuales es imposible introducir nuevas prestaciones desde la Atención Primaria.

