

La atención primaria como puerta de entrada de las urgencias en el sistema sanitario

Julio Zarco Rodríguez

Médico de Atención Primaria. EAP La Plata. Torrejón de Ardoz. Área III de Madrid.

En el momento actual nos encontramos ante un debate candente, pero a mi entender estéril, acerca de si la atención primaria es realmente la puerta de entrada de las urgencias dentro del sistema sanitario o, por el contrario, no ejerce la labor de atención de las mismas y filtro de los niveles secundario y terciario del sistema.

Este debate ha sido promovido por el nivel especializado en cuanto que se tiene la percepción desde las urgencias hospitalarias de que el nivel primario no es el primer punto de contacto con el usuario en situación de urgencia. Como veremos más adelante esta percepción no es solamente errónea, sino que no está fundamentada por unos datos estadísticos que la avalen; por el contrario, está cimentada por el afán de protagonismo del nivel especializado, y mantenida por la mala organización y gestión de los servicios de urgencias hospitalarias.

Es evidente que la demanda de atención urgente es enorme y va en aumento progresivo, objetivándose que tan sólo en la Comunidad de Madrid hay más de dos millones de urgencias al año, siendo un 70% de la población la que acude como mínimo una vez al año a un punto de urgencias¹. Si queremos ser realistas y objetivos debemos basarnos en los registros estadísticos, y mientras que la mayor parte de las fuentes de datos son hospitalarias, en atención primaria estos datos brillan por su ausencia, debido a la dificultad en evaluar y registrar de una manera homogénea las urgencias, y a la sobreposición que se produce en la atención continuada del centro.

Según datos del Insalud, en 1988 se producían 237 urgencias anuales por 1.000 habitantes, incrementándose en 1993 hasta unas 259. Los datos de la Comunidad de Madrid refieren un incremento de 225 a 263 urgencias por 1.000 habitantes y año en el mismo período de tiempo. Parece, pues, que dicho incremento es evidente. En España no existen estudios sobre la idoneidad de la utilización de los servicios de urgencias, lo cual nos daría un marcador objetivo sobre la adecuación de las derivaciones a estos sistemas. En 1980 en los EE.UU. la utilización inadecuada de los servicios de urgencias supuso un coste al sistema de unos dos millones de dólares aproximadamente².

Gran parte de la percepción de "saturación" de las urgencias hospitalarias viene dada por la procedencia de las mismas. No es cuestión, a mi entender, de que la atención primaria no tenga capacidad resolutoria para tratar las urgencias, sino más bien por el hecho de que el 80% de las urgencias hospitalarias sean por iniciativa propia del paciente o familiares³; siendo estos porcentajes muy variables (desde el 11,5 al 93,5%, según las distintos estudios)². De estos pacientes que acuden por iniciativa propia y que pueden ser denominados "pacientes urgecentristas" ingresan en el hospital entre el 12 y el 19,89%, frente al 38% que ingresan derivados desde la atención primaria. Parece evidente, según estos datos, que el primer nivel manifiesta realmente ser un buen filtro de las urgencias, pues cerca de la mitad de los pacientes derivados al tercer nivel son subsidiarios de ingreso.

Existen pocos estudios realizados en atención primaria sobre la atención a urgencias y la derivación al hospital, pero algunos de los más actuales reflejan que dicha derivación tan sólo abarca un 12-13% del total de las urgencias⁴, aunque ello está muy condicionado por la dotación del centro, formación y preparación del personal y, sobre todo, por la situación geográfica con respecto al hospital².

El perfil de individuo que acude a las urgencias hospitalarias es el de paciente del medio urbano, con residencia cercana al hospital, joven, con pocos antecedentes patológicos, y cuyo problema se resolvió en breve tiempo y con poco número de pruebas complementarias. De todos ellos, cerca de un 90% son derivados de nuevo a su domicilio². Es muy probable que estos pacientes encajen en el perfil de "pacientes urgecentristas", que acuden por problemas puntuales y la mayor parte de las veces banales; mientras que las causas más frecuentes entre los pacientes derivados desde la atención primaria son traumatismos y dolor abdominal^{2,5}.

El análisis que se realiza de los pacientes que acuden a urgencias hospitalarias es que en el 32% de los casos era necesario acudir al hospital (cifra equiparable al 38% de los pacientes que necesitan ingreso y son enviados desde el primer nivel); y un 40% de aquellos pacientes que acuden por iniciativa propia deberían haber sido atendidos y su problema resuelto extrahospitalariamente. Esto indica

que nos encontramos con una población de un 40-50% de "urgencentristas", que acuden a las urgencias hospitalarias por iniciativa propia, y que son los que "saturan y sobrecargan" la dinámica de la urgencia hospitalaria.

Para hallar soluciones reales habrá que estudiar las motivaciones que llevan a casi la mitad de la población enferma a visitar las urgencias hospitalarias, esquivando el nivel de atención primaria, teniendo en cuenta que cada vez esta especialidad tiene una mayor capacidad resolutoria, una mejor formación de los profesionales que trabajan en ella y que cuenta cada vez con mayor confianza de la población. Como algunas de estas motivaciones podemos avanzar las siguientes:

- Supravaloración del hospital, desde el punto de vista de los grandes avances tecnológicos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

- Consultas de atención primaria masificadas, con una excesiva presión asistencial, e incremento del tiempo de demora en la asistencia.

- Incremento de las listas de espera para acudir al nivel secundario y terciario. Sería interesante realizar estudios acerca de los pacientes que, habiendo sido derivados al hospital por su médico de atención primaria, están a la espera de ser atendidos en estos otros niveles de atención sanitaria.

- Existe una escasa información de la población con desconocimiento de los recursos sanitarios a su alcance, y una falta de educación sanitaria que facilita la hiperfrecuentación.

Sin duda existen otras variables que condicionan estas conductas "urgencentristas". Es evidente la inadecuada dotación de muchos centros de salud en cuanto a los recursos técnicos mínimos. El 98% de los profesionales de primaria encuestados¹ consideran que cuentan con una mala dotación en material sanitario de urgencias, y a esto se añade, por supuesto, que sólo un 0,3% de los centros de salud disponen de las pruebas complementarias necesarias, en la mayor parte de los casos, para la resolución diagnóstica de una urgencia (radiografías y analítica).

De toda esta reflexión se ponen de manifiesto varios hechos. En primer lugar deben implementarse controles de calidad, con evaluaciones y medidas correctoras en las urgencias hospitalarias y, lo que es más importante, en los centros de salud. Debemos realizar registros adecuados que sirvan para estos intereses⁶. Se debe incrementar el nivel de formación y competencia del personal de atención primaria en materia de urgencias, pero no de manera puntual y concreta, sino encuadrándose en planes de formación continuada, con evaluaciones periódicas, mientras que al unísono se incrementa la dotación material de los centros de salud. Una óptima coordinación entre el nivel primario y el área de especializada, sobre todo en materia de urgencias hospitalarias, no solo es deseable, sino nece-

sario. El establecimiento de planes de emergencias en los distintos centros, con protocolos y guías de actuación y derivación, debe ser una realidad.

Habría que hacer una valoración y evaluación de la coordinación de los sistemas de urgencias, mediante el sistema integral de emergencias con un único número, pues nuestra percepción es la de cierta descoordinación, con una innecesaria movilización de recursos sanitarios y un incremento en las demoras asistenciales.

Una experiencia que está siendo contemplada en otros lugares es el establecimiento en el nivel primario de aquellas especialidades que supongan un mayor porcentaje de derivaciones a áreas especializadas (oftalmología, ginecología, traumatología, etc.). Esto conecta con la idea de agilizar las listas de espera de atención especializada, para evitar el "efecto embudo", donde el médico de atención primaria atiende a la población que demanda asistencia, y aquellos pacientes que deben ser derivados al nivel secundario se encuentran con listas que limitan el número de enfermos por consulta y día. El sentido común se impone en estos casos.

La atención primaria de que disponemos en nuestro país es una de las mejores del mundo, debido al alto nivel de capacitación y resolución de nuestros profesionales sanitarios; aun así debemos dotarla de mayores medios diagnósticos (pruebas complementarias) y materiales. Con esto reduciremos aún más el nivel de derivaciones al área especializada, y por supuesto a las urgencias hospitalarias; pero señores gestores, la atención primaria hace todo lo que puede y más, por encima de sus posibilidades, facilitando el desgaste y *burn-out* de los profesionales⁷. Pongan ustedes sus ínclitos ojos en la atención especializada, y sobre todo en ese nivel intermedio, que es el secundario, donde se genera una dinámica densa e ineficaz.

Todos hacemos lo que podemos, el problema es que algunos, los médicos de atención primaria, siempre podemos hacer más, y otros colectivos parecen cada vez menos dispuestos a hacer algo.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Criado EI. Problemática de la urgencia en atención primaria. Mesa redonda. XXI Congreso Nacional de Semergen. Madrid, 1999; 44-50.
2. Vaquero Roncero LM, Sánchez Montero MB, Muñoz Canora MJ, Ferreras de la Fuente A. Urgencias autorizadas y voluntarias generadas en un área de Salud. Centro de Salud, noviembre de 1999; 616-621.
3. Moya Mir MS. Actuación en urgencias en atención primaria. Lito-finter, 1995.
4. Ramírez Puerta DN, Casado Pérez P, Vázquez Castro J, Ricote Belinchon M. Control de calidad en la atención a urgencias en el EAP de Daroca II. Barbacana, marzo de 1999: 1-3.
5. INE. Anuario estadístico 1998. Jano 2000; 1343: 60-67.
6. Ramírez Puerta DN, Casado Pérez P, Ricote Belinchon M, Zarco Rodríguez J. Control de calidad de la "atención urgente" en un EAP. Aten Primaria 1999; 24: 332.
7. Fernández Nuñez JM, Luque Panduro JC, Sánchez Porro-Parejo A, Matsuki Sánchez L. Grado de satisfacción en el profesional de la urgencia. Salud Rural 2000; 17: 45-59.