

Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo*

Juan Gérvas; Mercedes Pérez Fernández

Equipo CESCA, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, España

Introducción

En cierta forma, la antigua aspiración del Renacimiento tiene su expresión médica actual en la Atención Primaria. No es una representación perfecta, evidentemente, pues es imposible lograr la plenitud del ser humano, la polivalencia, el dominio simultáneo de las artes, las ciencias y las humanidades. Pero el médico general**, el médico de Atención Primaria, aspira también a un imposible: a dar respuesta al 100% de las demandas de la población, y a resolver por sí mismo más del 90% de las mismas***. Esa polivalencia, esa capacidad de respuesta, depende de múltiples factores. El principal, que los propios médicos generales aspiren a dicha polivalencia (lo que a su vez depende de la formación en el pre y el post-grado). Ante los retos, lo clave es creer en uno mismo. En este caso, cuando el médico general cree en sí mismo, aparece una auto-exigencia, una autoridad profesional, humana y científica, y una responsabilidad social que llevan a la polivalencia, a la competencia, y a la capacidad de respuesta múltiple¹.

Es fundamental que los médicos generales tengan claro que su obligación central es ofrecer variados servicios profesionales personales diagnósticos y terapéuticos que eviten el uso de otros servicios externos (que cuando no son necesarios pue-

den ser excesivos y potencialmente dañinos)². Las características básicas clínicas del médico general son el control de la incertidumbre, la coordinación de cuidados en pacientes con múltiples enfermedades, y la especialización en “lo frecuente”³⁻⁵.

En la organización del sistema sanitario, lo lógico es la concatenación de una respuesta escalonada, que lleve al paciente desde la comunidad al hospital universitario pasando por la Atención Primaria, de forma que la respuesta médica sea apropiada a las necesidades⁵⁻⁷. Lo que se precisa es “alta calidad con tecnología apropiada, tan cerca del paciente como sea posible”. Lo importante es lograr prestar atención clínica de alta calidad, que se puede conseguir con baja o alta tecnología, en el hospital, el ambulatorio o en casa del paciente⁵.

En este texto analizaremos los factores clave en la evolución actual de la Atención Primaria, con alguna pincelada respecto al futuro. El objetivo es demostrar que una Atención Primaria “fuerte” es conveniente y necesaria para la sociedad, para el sistema sanitario y para los profesionales (médicos generales y especialistas), tanto en países desarrollados como en desarrollo.

Atención Primaria “fuerte” es aquella en que los médicos generales cuentan con el aprecio social y profesional, tienen una formación de altura, son activos en inves-

* Este texto se basa en la presentación del primer autor en el “*First Seminar of Primary Care*”, celebrado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo (Brasil), del 22 al 24 de marzo de 2006.

** En el mundo se suele llamar médico general al médico de Atención Primaria. En EE.UU. y en los países de su influencia, la Medicina General viró a Medicina de Familia como única forma de lograr su reconocimiento como especialidad en los pasados sesenta. En la Unión Europea (25 países, cuatro millones de kilómetros cuadrados, y 450 millones de habitantes) la Medicina General es una especialidad que exige cuatro años de post-grado y que conserva tal nombre en la mayoría de los países. Aunque la profesión médica está cada vez más feminizada (sobre todo en Atención Primaria), se emplea el masculino por conveniencia. También por razones de conveniencia hablamos de “especialistas” respecto a los especialistas que no lo son en Medicina General/de Familia.

*** Dar respuesta, la “capacidad de respuesta” se refiere a tener una orientación, una propuesta de mejor curso de acción, no una solución, para el 100% de los problemas (incluye, claro, el derivar adecuadamente). La “capacidad de resolución” se refiere a dar ayuda que no requiere la derivación, al menos en el primer momento (es, en cierta forma, “capacidad de contención”). Con la capacidad de resolución no se solucionan, claro, los problemas irresolubles, como la muerte, pero sí se prestan cuidados paliativos de calidad al paciente terminal, en el mismo ejemplo.

tigación, reciben una remuneración adecuada, tienen auto-estima, y trabajan en un sistema sanitario que les protege de la "competencia salvaje de los especialistas" (con regulaciones pro-coordinación, como el filtro o *gatekeeping**, que favorecen la cooperación y evitan la competición)⁸.

Líneas de progresión de la Atención Primaria en el mundo, con énfasis en Europa

En todos los países desarrollados existe un nivel accesible y cercano de atención clínica, de servicios médicos personales (de médicos generales/ de familia), que llamamos Atención Primaria⁹⁻¹¹. En todos los países desarrollados la población tiene asegurada la financiación pública de los servicios sanitarios**. En estos países, el sector no asegurado es el de los ricos, los que están obligados a contratar servicios privados, pero que tienen los riesgos catastróficos cubiertos con financiación pública. En todos los países desarrollados hay correlación entre el nivel de riqueza y el estado de salud de su población. En todos los países desarrollados el gasto sanitario total está controlado, en torno al 9% del Producto Interior Bruto (PIB).

Hay una notable excepción a las cuatro características señaladas en los países desarrollados: los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU). Allí, el nivel de Atención Primaria existe sólo en algunas organizaciones, hasta el 25% de la población carece de cobertura sanitaria (y son

los pobres los que carecen de ella), los resultados en salud son mucho peores de los esperados por riqueza, y el gasto sanitario total se sitúa en torno al 15% del PIB, y crece sin control.

Los países desarrollados, con la excepción comentada de EEUU, ¿tienen una Atención Primaria bien definida, y cobertura pública de toda la población por ser ricos, o viceversa?. Viceversa, parece. Decimos "parece", porque no hay ningún ensayo ni experimento que demuestre el impacto de la Atención Primaria en la riqueza de una nación, aunque la opción por la Atención Primaria forma parte del Estado de Bienestar (casi inexistente en los EEUU), que ayuda a la cohesión social, al desarrollo de la democracia y al progreso económico. Por ejemplo, en los países ex-comunistas europeos se introdujo la Atención Primaria con la instauración de la democracia y de los derechos humanos, en una situación económica muy complicada***.

Los hechos demuestran que la opción por la Atención Primaria fuerte se adoptó en los países desarrollados en situaciones de incertidumbre económica y social¹². Por ejemplo, la Atención Primaria fuerte se desarrolló como tal en Europa, planificada con legislación que promovía la función de filtro del médico general, tras la II Guerra Mundial, cuando la situación económica era desastrosa, de gran penuria. Así fue, por ejemplo, en Dinamarca, España, Holanda y el Reino Unido. Otros países, como Italia y Portugal, desarrollaron la Atención

* La palabra *gatekeeping* tiene connotaciones diferentes en Europa y en EE.UU. Para los europeos, la función de puerta de entrada da racionalidad al flujo de paciente y protege la población de cuidados innecesarios, al tiempo que confirma la confianza social en los médicos generales al controlar "la competencia salvaje" de los especialistas. En los EE.UU., los mecanismos de *gatekeeping* se asocian al control del gasto, a la imposición de barreras al libre acceso a los especialistas. Para evitar malos entendidos utilizaré la expresión "función de filtro", o "función de puerta de entrada" como sinónimos de *gatekeeping* según el punto de vista europeo.

** La financiación pública de los servicios sanitarios, y el acceso de toda la población a los mismos, no es sólo una opción "altruista". Puede verse también como una alternativa de "egoísmo ilustrado". Por ejemplo, al dar cobertura a los inmigrantes ilegales [en condiciones de igualdad con los ciudadanos nacionales] en España se intenta tanto dar respuesta al sufrimiento de ese sector de la población como limitar los daños a terceros de sus enfermedades (tuberculosis, por ejemplo) y sus conductas (violencia, alcoholismo, utilización de los servicios de prostitutas, y demás).

*** En los policlínicos soviéticos el médico general desapareció, representado sólo por el médico "del distrito", cuya función era derivar al especialista, principalmente (tasa de derivación del 30% contra el 6% del médico general en la Europa no comunista). La preponderancia de la atención especializada llevó a reconocer hasta 291 especialidades distintas, por ejemplo. También fue típico en los países comunistas, por el predominio de los especialistas, la organización "por programas", del niño sano, de la mujer, de la tuberculosis, y demás. Esta organización vertical "rompe" la atención y "rompe" a los pacientes, y a ella se opone la organización horizontal, con una Atención Primaria fuerte y polivalente. Es también característica típica soviética la rigidez en la organización de los servicios, como las normas que impiden la libre elección del médico general por el paciente, o la sectorización inflexible (que existe, por ejemplo, en Finlandia y Portugal).

Primaria en la crisis del petróleo, de los setenta. A finales del siglo XX, todos los países ex-comunistas europeos introdujeron la Atención Primaria con un médico general polivalente, y en muchos países con función de filtro, como forma de ofrecer servicios demandados por la población a un coste sostenible (con mayor éxito en algunos países, como Eslovenia y Estonia). De nuevo, al comienzo del siglo XXI, cuando ha habido problemas para asegurar el Estado de Bienestar típico europeo (la “paz social”), los gobiernos de países con libre acceso a especialistas, como Alemania, Bélgica y Francia, han introducido legislación que refuerza la función de puerta de entrada de la Atención Primaria*. También se refuerza esta función en Canadá, donde se está cambiando del filtro financiero al filtro normativo, al implantar la lista de pacientes y el pago por capitación (en la provincia de Ontario deberá acabar el proceso en 2007).

En los países en que los médicos generales tienen la función de filtro (de puerta de entrada) habitualmente se acompaña de la existencia de la “lista de pacientes” (un cupo de pacientes, agrupados frecuentemente por familias y comunidades, que tienen un médico general de referencia, “de cabecera”). La lista de pacientes asegura, entre otras cosas, la distribución homogénea de los médicos generales por todo el país**. También permite tener en cuenta, o al menos genera una sensación de responsabilidad, incluso de los pacientes que no acuden a la consulta (normalmente, los que más lo necesitan, como veremos luego). Y, puesto que asegura un

“lazo” de unión, facilita la longitudinalidad de la atención (el ser atendido de múltiples problemas por el mismo médico), y cierta tranquilidad en el diagnóstico (el típico “esperar y ver” del médico general)⁹.

Pero no todo es tan claro, y en el mundo desarrollado hay tendencias contrapuestas. Por ejemplo, a favor de llevar la especialización a los médicos generales y a los hospitales, en el Reino Unido, donde la experiencia demuestra el fracaso de esta opción (los médicos generales “especializados” derivan más a los especialistas de su campo de especialización, entre otros efectos inesperados)¹³.

Existe también la tendencia opuesta, a favor de aumentar la capacidad de respuesta (la polivalencia) del médico general – reformas pro-contenido*** - como en Bélgica, Eslovenia, España, Estonia, Hungría, Italia, y el mismo Reino Unido. O incluso a favor de llevar al propio médico general al hospital, como médico de urgencias (en España y el Reino Unido, por ejemplo), con éxito demostrado de estas opciones¹⁴. En otro ejemplo, el aumento de determinadas enfermedades, como las de transmisión sexual, lleva a dar más poder a los médicos generales en ese campo, cerrando en el Reino Unido uno de los pocos “escapes” al papel de puerta de entrada de la Atención Primaria. Con ello los médicos generales ingleses son más generales¹⁵.

Hay, también, reformas pro-coordinación, que refuerzan el papel central del médico general en la coordinación del conjunto de servicios que necesitan los pacientes. Ya hemos señalado el empuje

* La financiación pública define que un sistema sanitario sea público. La provisión (la prestación de servicios) puede ser privada. Así, en Atención Primaria, los médicos generales son profesionales independientes, y ofrecen servicios privados con financiación pública en la mayoría de los países desarrollados: Alemania, Australia, Austria, Canadá, Bélgica, Dinamarca, Holanda, Irlanda, Italia, Japón, Nueva Zelanda, Noruega, Reino Unido, Singapur, y Suiza. Lo habitual es el trabajo en solitario (*solo practice*), con la excepción del Reino Unido, donde predomina el trabajo en pequeños grupos de 2-3 médicos generales en centros de salud (centros de salud de propiedad privada, de los propios médicos generales, tanto en el Reino Unido como en Canadá y Holanda, y en otros países). El médico general es un profesional asalariado y trabaja en centros de salud de propiedad pública en España, Finlandia, Portugal y Suecia (y en las áreas rurales de Grecia).

** Donde no hay listas de pacientes, los médicos se concentran según un patrón paralelo a la distribución de la población pudiente (rica). Así, en Francia, un tercio de los médicos de localiza en París, otro tercio en la Costa Azul, y el tercio restante en lo que queda de país (la mayor parte, en cuanto a geografía y población, no a riqueza).

*** Las reformas pro-contenido mejoran y amplían la cartera de servicios, con más recursos y formación que permiten ampliar el conjunto de servicios que se ofrecen en Atención Primaria. Por ejemplo, en España añaden la cirugía menor, el control de la anticoagulación, el ecógrafo como herramienta básica, el tratamiento directamente observado en la tuberculosis, la implantación de DIU, y demás.

al filtro en Alemania, Canadá, Bélgica y Francia. Es de destacar la experiencia danesa de llevar médicos generales a los hospitales, contratados unas horas al mes, para asesorar sobre coordinación con la Atención Primaria y la mejor continuidad de cuidados¹⁶. Pero también se ha aumentado la fuerza del médico general en países donde ya tenía el papel de filtro, con la asignación de presupuestos y poder de compra de servicios especializados (“el dinero sigue al paciente”, de forma que el médico general genera ingresos cuando deriva al paciente al especialista), y con otras regulaciones en el Reino Unido, y por otros mecanismos más o menos experimentales en Finlandia, Holanda, Italia, Portugal y Suecia^{11,12,14,15*}.

Por otra parte, se está innovando con soluciones que apoyen a los médicos generales, y que les descarguen de trabajo de menor importancia. Así, teléfonos de 24 horas, enfermeras como primer contacto, y otras. Falta la evaluación de estas experiencias.

En países como EEUU, donde se favorece en mucho la alternativa vertical (*disease management*, y programas del estilo) frente a la horizontal de la Atención Primaria polivalente, finalmente los programas verticales de tercera generación llevan a la “gestión global”. La gestión global no es más que Atención Primaria.

Otro buen ejemplo de “opción en la práctica” por la Atención Primaria son los programas verticales de seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca, que remedan desde los hospitales (las “unidades de insuficiencia cardíaca”), lo típico de la Atención Primaria (visitas a domicilio, gran accesibilidad, profesional de cabece-

ra, implicación de la familia y del paciente, educación sanitaria, controles simples, trabajo multidisciplinar)¹⁷.

Las cuestiones prácticas respecto a innovación sanitaria en el mercado están llevando, en EEUU y en otros países desarrollados a un uso de la tecnología que facilita la atención del paciente lejos del hospital y del especialista, en Atención Primaria (por ejemplo, respecto al auto-control de la anticoagulación por el paciente o la familia)^{5,18,19}. De ahí que “el mercado” afecte incluso la enseñanza médica en la Universidad, que está girando en EEUU desde la habitación hospitalaria hacia la consulta del médico de primaria y al domicilio del paciente, con el impacto consiguiente en el contenido y la metodología docente^{18,19**}.

Dos factores adicionales soplan a favor de la Atención Primaria, y de su función de puerta de entrada, en los países desarrollados: la morbilidad (cronicidad, comorbilidad, problemas médicamente inexplicables^{***}) y la necesidad de controlar la “intensidad de atención” (el número de intervenciones preventivas y curativas, diagnósticas y terapéuticas, por problema atendido, mucho mayor por parte de los especialistas respecto a los médicos generales, para problemas y resultados similares). La intensidad de atención es la clave en el aumento del gasto sanitario en los países desarrollados. Contra lo que se suele admitir, el aumento del gasto no se debe fundamentalmente ni al envejecimiento de la población ni a las nuevas tecnologías (incluyendo los medicamentos), sino al mayor número de intervenciones preventivas y curativas, diagnósticas y terapéuticas, por problema atendido²⁰.

* En Finlandia y en Suecia, se han implantado programas del “médico personal”, con cambio de la forma de pago, de salario a capitación, e introducción de “listas de pacientes”, que buscan cambiar la rigidez esclerosada de la sectorización excesiva. En Finlandia, además, se ha introducido el programa 4x3, para reducir la lista de espera en Atención Primaria, que había llegado a ser de hasta 40 días, a un máximo de 4. Estas listas de espera en Atención Primaria cambian por completo la carga de trabajo del médico general, que sólo atiende de problemas crónicos a “su población”, como se ha demostrado en Portugal.

** Se obtienen mejores resultados docentes cuando la formación de los estudiantes se basa en el trabajo de médicos generales en la comunidad, si se comparan con la enseñanza tradicional exclusiva en el hospital universitario. Ello, demostrado en Australia, no justifica las experiencias sin control en que los estudiantes de Medicina van a los centros de salud un poco como al zoológico (en España, por ejemplo).

*** Los problemas médicamente inexplicables no tienen muchas veces causa psíquica o psicológica. Son problemas agudos o crónicos que no es posible etiquetar (diagnosticar), y que conviene no minusvalorar, por su impacto en la calidad de vida del paciente. Son, por ejemplo, dolor, mareo, cansancio y demás. Pueden durar más de cinco años, y no mejorar.

En síntesis, por el lado de la efectividad y de la eficiencia (y del gasto), los caminos convergen en una Atención Primaria fuerte en los países desarrollados*. Faltan, no obstante, datos y estudios experimentales que den contenido científico a las distintas alternativas. Y, por supuesto, no hay soluciones ni mágicas ni universales.

En los países en desarrollo, las políticas parecen dictadas desde la riqueza, pues se destina una Atención Primaria desprestigiada y escasa de recursos a la aventura imposible de resolver los problemas de salud de los pobres desde la comunidad. Se imita, en cierta forma, la política sanitaria de los EEUU, lo que incluye la prestación de servicios privados de alta calidad a la elite del país, y la implantación de los programas de salud gestionada para la misma (HMO y similares)²¹. Da la impresión de que se despilfarra. Parece que la idea predominante asocia cantidad a calidad. “Más es mejor”. Más de pruebas diagnósticas y de intervenciones terapéuticas, más de especialistas, más recursos sin mucha racionalidad. Se reclama más, más moderna y más alta tecnología. Sin embargo, hay conocimiento empírico para reclamar “alta calidad con baja tecnología”²², justo lo que ofrece una Atención Primaria fuerte.

Lamentablemente, cuando no se puede dar “más” se substituye por una Atención Primaria débil, desprestigiada, y sin auto-estima. Se mezcla en un *totum revolutum* Atención Primaria, Salud Pública, Salud Comunitaria, Política Sanitaria, protección, promoción, prevención, atención curativa y cuidados, servicios personales y servicios a la población. Además, se suele considerar la salud como un de-

recho constitucional, y “Salud para Todos en el Año 2000” como un lema factible^{23,24**}. El resultado suele ser frustrante para profesionales, políticos y pacientes. El médico general se pierde en un cúmulo de planes con poco o nulo fundamento científico, y abandona lo que le es característico (“servicios diagnósticos y terapéuticos profesionales variados a pacientes individuales, en forma que se evite el uso innecesario de otras intervenciones, y la derivación innecesaria al especialista”). Entre la opción por la “comunidad” y el relumbrar de las técnicas de los especialistas, el médico general olvida que hay que ser humano para ser científico. Con ello se cierra el círculo del desprestigio social, y la preferencia por las urgencias y por los especialistas.

En síntesis, la Atención Primaria en los países en desarrollo se ve como una atención para pobres, básica y primitiva, con un débil componente clínico^{***}. Se precisa una política sanitaria y profesional que rompa el círculo vicioso de la baja consideración social y la falta de auto-estima de los propios médicos generales.

Los compromisos del médico general con la sociedad

Un médico es un profesional sanitario capaz de enfrentarse a problemas de salud complejos, de gran incertidumbre, con decisiones generalmente beneficiosas para el paciente. Tan complejo es el trabajo de un cirujano cardiovascular en el quirófano en un hospital universitario como el trabajo en un pueblo remoto de un médico general que se enfrenta a un brote de cólera. Son complejidades distintas, pero por los pecu-

* La efectividad y eficiencia tienen que ver, por ejemplo, con el gasto en la administración del sistema, que puede ser del 25% en EEUU, del 15% en países europeos de pago por acto como Alemania, Bélgica y Francia, y del 5% en países de pago por capitación o salario, como Dinamarca, España, Holanda, Italia, Portugal, y el Reino Unido. El diferente gasto sanitario explica incluso, por ejemplo, el menor “gasto en salud” de los automóviles japoneses frente los automóviles estadounidenses y alemanes.

** Además, lamentablemente, hay muchas dudas acerca de la eficacia real en salud de las intervenciones comunitarias, como bien demuestra la de North Karelia, en Finlandia, exhaustivamente evaluada. Lo mismo sucede con las intervenciones con “grupos”, apenas justificables si no se refiere al tabaquismo.

*** Frente al modelo biológico médico se opone el modelo bio-psico-social del gringo Engel. Este modelo, de la incertidumbre, exige el manejo de los problemas en su contexto personal (del paciente y su medio ambiente) y científico (de la prueba prudente de la actividad a realizar). El modelo de Engel mal entendido refuerza el *totum revolutum* previamente comentado, en el que lo social se mezcla sin tino con lo comunitario y psicológico, y el médico general puede creerse al tiempo un salubrista, un trabajador social y un psico-terapeuta.

liares conocimientos y habilidades que se requieren en su resolución, no por su profundidad. Por ello, los compromisos éticos del médico general con la sociedad son similares a los de los especialistas. Estos compromisos son puentes con los políticos, gestores y pacientes²⁵.

Entre ellos destacaremos:

- Ética de la confianza. El trabajo como “agente del paciente” (asesor personal), de forma que las decisiones que se aconsejen sean las mismas a las que llegaría el paciente si tuviera los conocimientos del propio médico.
- Ética de la microgestión. El uso razonable de los recursos puestos a disposición de la Atención Primaria por la sociedad. Desde las habilidades del médico a su tiempo; desde el uso de medicamentos, a la derivación al especialista. Con la búsqueda de un equilibrio entre la irracionalidad romántica (todo para el paciente) y la irracionalidad técnica (todo para la organización).
- Ética de la negativa. Un compromiso de respuesta sensata y firme a las expectativas excesivas. La renuncia a la promoción del consumismo sanitario.
- Ética de la ignorancia. Ni somos dioses ni tenemos respuesta a todo. Conviene compartir con los pacientes, los gerentes, los políticos y la sociedad en general nuestra ignorancia. Cuando los médicos se comportan como si no tuvieran límites, cuando los desconocen y no los transmiten a los pacientes, no estamos ante médicos sino ante brujos.
- Ética de la humildad. El trabajo humilde, prudente y sencillo, lejos de la arrogancia en la prevención y en la curación (con promesas que avergüenzan, que hacen creer, casi, en la vida y juventud eterna).
- Ética del error. Se equivoca el médico general que toma decisiones, que pasa consulta. Es imposible trabajar sin errar. Pero hay que identificar los errores, repararlos y establecer mecanismos de calidad que disminuyan su frecuencia e intensidad (sus consecuencias).
- Ética de la responsabilidad. La complejidad de nuestras tareas, la necesidad de la acción, exige un compromiso de auto-control, de auto-gobierno responsable. Necesitamos creer en nosotros mismos y que nos crean nuestros pacientes. Necesitamos mecanismo de auto-regulación.
- Ética de la coordinación. Se trata de resolver los problemas donde es más conveniente al paciente (y a su familia), en el domicilio, en la consulta, en urgencias, en el despacho del especialista o en el hospital. Es un compromiso de trabajo cercano, científico y humano. Exige una atención integral y polivalente.
- Ética de la innovación. No hay soluciones perfectas y, además, necesitamos innovar para responder al cambio de la sociedad. Mejorar es una exigencia en el trabajo diario.
- Ética de la equidad. Puesto que siempre se cumple la “ley de cuidados inversos” (quienes más necesidades médicas tienen, menos atención reciben, y esto se cumple más cuanto más se orienta al mercado el sistema sanitario) conviene que los médicos generales lo documentemos, y lo evitemos en lo posible. Por ello, la Atención Primaria nunca puede ser ni pobre ni primitiva. Nuestros pacientes, aunque sean pobres, merecen lo mejor, una Atención Primaria de primera, la prestada por médicos generales competentes y polivalentes.

En síntesis, un médico general comprometido con sus pacientes, la población, el sistema sanitario, los políticos y la sociedad desarrolla simultáneamente cinco actividades: clínica (de calidad), gestión (micro) juiciosa, formación (siempre hay mucho que aprender), docencia (siempre hay algo que enseñar) y investigación (son muchas las cosas cuya mejor respuesta científica ignoramos).

El conjunto de médicos generales comprometidos se agrupa en asociaciones profesionales responsables, que: fomentan y

exigen a sus miembros la calidad, el compromiso social, la ética, la formación, y la investigación en Atención Primaria; promueven la innovación y la experimentación; facilitan las reformas pro-contenido y pro-coordinación de la Atención Primaria y el establecimiento de redes cooperativas; y presionan para que la Medicina General no sea sólo un nivel organizativo sino una disciplina académica con su propio espacio en la Universidad.

La función de filtro del médico general

Podemos utilizar la función de puerta de entrada como indicador de Atención Primaria fuerte. No es otra cosa que un indicador útil, como la temperatura es un útil indicador de la energía cinética de las moléculas. Por ello, la función de filtro existe en un contexto, y es expresión de múltiples factores sanitarios y no sanitarios (de "moléculas", con energía también)*. Pero, como resultado final, expresa el acuerdo social por el que se otorga a los médicos generales el monopolio del primer contacto^{3**}.

El médico general es filtro para la atención especializada en Dinamarca, Eslovenia, España, Finlandia, Holanda, Irlanda, Italia, Portugal, y el Reino Unido. También lo es, con un mecanismo financiero principalmente, más suave que el jerárquico (mayor pago al especialista que recibe pacientes derivados por el médico general), en Alemania, Bélgica, Canadá y Francia¹².

Naturalmente, la función de filtro es una opción "paternalista", puesto que supone que el médico general decide mejor

que el propio paciente. Por ello va contra "la soberanía del consumidor". Pero, hay datos que demuestran que el médico general decide mejor que el paciente. Por ejemplo en urgencias (ingresan más los pacientes que envía el médico general que los que acuden espontáneamente)²⁶. Y en la derivación a los especialistas (los pacientes que deriva el médico general son más complejos (en lo biomédico) y tienen más gravedad que los que acuden por sí mismos a las consultas de los especialistas)²⁷.

En todas las sociedades hay opciones "paternalistas", que controlan la sociedad y el mercado, sin que nos repugnen. Por ejemplo, la legislación sobre seguridad de los automóviles, o las normas y reglamentos sobre el tabaco, o la prohibición de la propaganda a la población de los medicamentos que precisan receta médica^{***}. De hecho, los estudios sobre satisfacción de la población en Europa demuestran que no hay rechazo social a la función de filtro⁹. En países como Holanda, donde una parte (pudiente) de la población sólo está cubierta por el sistema público para riesgos catastróficos, los pacientes de clase alta pueden acceder a los especialistas directamente, pero suelen preferir hacerlo después de haber visitado al médico general²⁹. Ello no excluye que las clases altas de los países desarrollados prefieran en general el acceso libre a los especialistas, y de hecho los utilizan más que las clases bajas^{30,31} (quizá porque la especialización en Medicina nació y creció con la burguesía). Desconocemos el impacto en la salud de los ricos de este mayor acceso a los especialistas, pero los datos demuestran que en EEUU a mayor concentración de especia-

* Por supuesto, parafraseando al filósofo, "un médico general es él mismo y sus circunstancias". No existe un médico general en abstracto, como no existe, por ejemplo, la insuficiencia cardíaca o la diabetes. Todo ello son abstracciones útiles para la práctica, la enseñanza y la investigación. Lo que existen son médicos generales concretos, en el espacio y el tiempo, como existen pacientes concretos con insuficiencia cardíaca o diabetes en las mismas coordenadas.

** La función de puerta de entrada de la Atención Primaria no es absoluta en ningún país del mundo, por fuerte que sea su Atención Primaria. Por ello hay tanto excepciones lógicas (emergencias y urgencias) como históricas. Así, por ejemplo, en el Reino Unido los pacientes con SIDA tienen libre acceso a los especialistas correspondientes. En España, por ejemplo, el pediatra actúa de médico general de la población infantil, con función de filtro.

*** De nuevo EEUU es la excepción, uno de los dos únicos países del mundo desarrollado (con Nueva Zelanda) en que está permitida la propaganda a la población de medicamentos que precisan receta médica. La revisión del impacto en la clínica de esta política de propaganda de problemas de salud y de sus medicamentos demuestra que aumenta el número de pacientes con el problema y el número de prescripciones del medicamento, sin que mejore ni la relación médico-paciente ni la salud de la población²⁸. La Unión Europea ha negado este tipo de propaganda según el "principio de la precaución".

listas se asocia peor salud de la población³². Y, desde luego, mucho de lo que reciben los ricos carece de fundamento científico (y es potencialmente peligroso), como los típicos “chequeos” anuales*, el cribaje del cáncer próstata, o la terapia hormonal en la menopausia³³⁻³⁶.

La razón básica fundamental para organizar los servicios sanitarios en niveles, y dar una respuesta escalonada a las necesidades de los pacientes (el trabajo concatenado de médicos generales y especialistas), es epidemiológica⁷. La función de filtro (personal, familiar y del médico general) permite ir “concentrando” la morbilidad, en el sentido de prevalencia, complejidad, y gravedad.

El médico general consigue el aumento de la prevalencia, complejidad, y gravedad en la población que deriva a muy bajo coste, por el acervo de información pre-prueba que tiene sobre el paciente y su problema. Así, la probabilidad pre-prueba de enfermedad es muy alta en los pacientes derivados, y esta alta probabilidad la consigue el médico general a muy bajo coste, por su conocimiento previo del paciente en su medio familiar y social, en la comunidad. Por ejemplo, la prevalencia del cáncer de recto y sigma en pacientes con hemorragia rectal pasa del 0,1% en la población al 2% en la sala de espera del médico general (filtro personal y familiar), y al 36% en la sala de espera del especialista (filtro del médico general). Es decir, la probabilidad pre-prueba del cáncer de recto y sigma en pacientes con hemorragia rectal en la sala de espera de los especialistas se multiplica por 360 en un país con médicos generales con función de filtro (en este ejemplo, Holanda)³⁷.

La probabilidad pre-prueba de enfermedad es más importante para juzgar la probabilidad post-prueba de enfermedad que las propias características de la prueba (como bien permite deducir el teorema de Bayes). Es decir, el aumento de la prevalencia de enfermedad pre-prueba cam-

bia en poco la sensibilidad y especificidad de la prueba, pero modifica en mucho el valor predictivo positivo de la misma. Aumenta con ello el porcentaje de pacientes que dan positiva la prueba y tienen realmente la enfermedad (aumentan los verdaderos positivos; y disminuyen los falsos positivos, obviamente).

La concatenación del trabajo del médico general y del especialista es muy beneficiosa para el paciente y la sociedad, pues se someten a las pruebas diagnósticas y terapéuticas de los especialistas sólo aquellos que tienen mucha probabilidad de estar enfermos³⁸. En el ejemplo de la hemorragia rectal, sólo se someten a rectoscopia y sigmoidoscopia (con sus inconvenientes y complicaciones) los pacientes con una alta probabilidad de tener cáncer de recto y sigma.

Hay otras razones que justifican el papel de filtro del médico general. Por ejemplo:

- Mantener y mejorar la capacidad diagnóstica y terapéutica de los especialistas. Cuando los especialistas reciben a pacientes derivados por médicos generales competentes y polivalentes se enfrentan a casos complejos, de mayor rareza y complejidad, y de su especialidad, y eso ayuda a mantener y perfeccionar sus capacidades. El filtro ayuda a mantener “la pureza de raza” de los especialistas, pureza que pierden cuando reciben directamente a los pacientes, con problemas simples, frecuentes, de escasa complejidad, y muchas veces fuera de su campo de especialidad³⁹. Si consideramos a los especialistas como médicos con visión monocular (por contraste con la visión binocular de los médicos generales) el filtro ayuda a conservar y mejorar la profundidad de campo de su monóculo (lente o microscopio, respectivamente para los especialistas y los super-especialistas)³⁸. Esta “profundidad de campo” es la “pureza de raza”, ne-

** Pese a su inutilidad (y potencial peligrosidad), los chequeos anuales son muy populares entre los pacientes. En EEUU es la primera causa para ir a ver al médico. En España, el rey Juan Carlos I se somete al ritual anual, como en Brasil su presidente, Lula da Silva.

cesaria para que los especialistas cumplan su importante función en el sistema sanitario.

- Evitar el uso innecesario de los especialistas, de cascadas preventivas y curativas, diagnósticas y terapéuticas, innecesarias y potencialmente peligrosas⁴⁰. Por ejemplo, ante un paciente con dolor abdominal sin signos de alarma (hemorragia rectal, masa abdominal, vómitos y demás), las probabilidades de enfermedad grave o importante son mínimas, y conviene “esperar y ver”⁴¹. Ello da tiempo a que se resuelvan por sí mismo, espontáneamente, el 40% de los casos de dolor abdominal⁴². El médico general bien formado sabe “nadar y guardar la ropa” en el Mar de la Incertidumbre³⁸. Eso forma parte de su trabajo de prevención cuaternaria (evitar los daños de la excesiva e innecesaria intervención médica), el viejo *primun non nocere*⁴³.
- Coordinar la atención a los pacientes crónicos y con varias enfermedades (co-morbilidad). No basta con la atención perfecta de los distintos especialistas, pues al multiplicar las decisiones diagnósticas y terapéuticas “perfectas” el resultado puede ser desastroso, por los efectos secundarios y adversos, y la incompatibilidad entre las distintas intervenciones. Esta es una importante limitación de los protocolos y guías clínicas⁴⁴⁻⁴⁶. Lo que interesa es la calidad global con la mínima cantidad de intervenciones (la máxima calidad con la mínima cantidad). Sin coordinación es difícil asegurar la seguridad del paciente, el reducir al mínimo las intervenciones médicas y controlar los efectos adversos médicos. Este papel de coordinador del médico general se ve facilitado por la función de filtro, y será más necesario en el próximo futuro, por la complejidad que introducirá la genética clínica (y el mayor tiempo de vida como “sano estigmatizado”, por el resultado de pruebas genéticas de incierta interpretación).

Todo ello lleva: al cese del predominio de la “atención a la enfermedad”, al abandono del énfasis en el diagnóstico, a la soberanía de la “atención personal”, de la atención al enfermo (en su conjunto de problemas biológicos, psíquicos y sociales) y a dar mayor importancia a la selección de la mejor decisión para el paciente individual⁴⁷.

Lo que importa es una atención médica pragmática, típica de la Atención Primaria fuerte, centrada en evitar lo médicamente evitable: la morbilidad, mortalidad y sufrimiento evitable con la intervención sanitaria.

Lamentablemente, sobre la función de filtro del médico general falta investigación. Hay poco publicado, incluso teórico, y hay pocos ensayos y experimentos.

También falta investigación sobre otras cuestiones básicas. Por ejemplo, sobre la mejor forma de pagar al médico general, sobre el mejor tamaño de la lista de pacientes en el pago por capitación, sobre los recursos necesarios para dar soporte a la decisión en Atención Primaria, sobre la “bondad” del trabajo en equipo en Atención Primaria, sobre cuál es la frecuencia de enfermedad que hace conveniente la transferencia de la atención desde los especialistas a los médicos generales, sobre la historia natural de los signos y síntomas, y de las enfermedades, aislados o en grupo, y sobre cómo enseñar el manejo prudente de la incertidumbre en la clínica diaria⁴⁷.

Sin que sirva de consuelo, hay mucha menos investigación acerca de cuestiones que atañen al trabajo de los especialistas, empezando por la cuestión fundamental de su impacto en la salud de los pacientes y de las poblaciones^{32,49}, y la importante decisión de la mejor delimitación de su actividad (¿cuántas especialidades son necesarias y por qué?).

Para terminar, sólo recordar que la dignidad del médico general como persona y profesional es la dignidad de su trabajo, la limpieza de su corazón, el compromiso con el sufrimiento de sus pacientes, el uso razonable de los recursos a su disposición,

el razonamiento lógico y de sentido común, el acervo de conocimientos científicos mantenido e incrementado en lo esencial, el trabajo con cálida calidad, la empatía con el marginado, la rebelión frente a la ley de cuidados inversos, el conocer los límites de su ciencia y práctica y, sobre todo, el responder proporcionalmente a la necesidad del paciente, valorando sus condiciones personales, familiares, laborales, sociales y culturales⁵⁰.

Si los médicos generales quieren cumplir con estos objetivos se necesitan medios y recursos, pero mucho más que simplemente medios y recursos de países desarrollados*. Se precisa una actitud de compromiso, de auto-gobierno exigente, y de responsabilidad profesional, personal, humana y científica ante el paciente, la comunidad y la sociedad. Se necesita una Atención Primaria fuerte.

Lo contrario, una Atención primaria débil y desprestigiada para los pobres y una atención de lujo para los ricos, transforma a los pacientes en consumidores, y los que se lo pueden pagar reciben cuida-

dos de más, y los que no se lo pueden pagar (los que más lo necesitan) reciben cuidados de menos. Todo ellos, además, reciben una atención fragmentaria cuyo coste crece sin control, y sin producir un óptimo en salud^{52,53}.

Nota

Este trabajo tiene mucho de lo escrito y pensado para un libro en prensa, "Reivindicación de una medicina cercana, científica y humana".

El lector interesado puede pedir más referencias bibliográficas específicas (propias y ajenas) que sustentan las distintas afirmaciones del texto, en el correo electrónico del autor.

En este texto han influido el Dr. Gustavo Gusso, y los Profesores Gastão Wagner y Paulo Elias. Estos dos últimos por sus "cartas al director"^{54,55} comentando y criticando un trabajo nuestro previo⁷, y el primero por su trabajo sobre Brasil, publicado en España⁵⁶. Son nuestros, si los hubiere, los errores, confusiones y omisiones.

* Ya en 1963, Donald Combrie, médico general inglés, demostró que en más de la mitad de los pacientes en Medicina General se llegaba al tratamiento y resolución del caso sin un diagnóstico firme, con la utilización sistemática del razonar, entrevistar y explorar al paciente, con apenas medios adicionales⁵¹. Por ello es absurdo utilizar en Medicina General la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS, con sus miles de diagnósticos raros e infrecuentes, y conviene emplear la más racional y lógica Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP), de la WONCA (Organización Mundial de Médicos Generales/de Familia)

Referencias

1. Gérvas J. La Medicina General/de Familia en España a comienzos del siglo XXI: de las expectativas excesivas al desánimo insondable. *SEMERGEN* 2003; 29: 357-9.
2. Heath I. The new medical care practitioners: Newspeak and the dupping of the public. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 891.
3. Pérez Fernández M. Ética y encarnizamiento médico con las mujeres. La terapia hormonal en la menopausia y el climaterio. *SEMERGEN* 2004; 30: 373-4.
4. Lakhani M, Baker M. Good general practitioners will continue to be essential. *BMJ* 2006; 332: 41-3.
5. Gérvas J, Pérez Fernández M. ¿Cuál es el límite en la prestación de servicios cercanos al paciente?. El límite lo marca la tensión entre el síndrome del barquero y el síndrome del gato. *Med Clín (Barc)* 2005; 124: 778-81.
6. Dawson of Peen. *Interim Report on the Future Provisions of Medical Care and Allied Services*. United Kingdom Ministry of Health. Consultative Council on Medical Allied Services. London: Her Majesty's Stationery Offices, 1920.
7. Gérvas J, Pérez Fernández M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8: 2005-17.
8. Boerma WGW. *Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the task of general practitioners* [doctoral thesis]. Utrecht: NIVEL; 2003.
9. Gérvas J, Pérez Fernández M, Starfield B. Primary care, financing and gatekeeping in Western Europe. *Fam Pract* 1994; 11: 307-17.

10. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 2ª ed. Brasília: UNESCO, Brasil, Ministerio da Saude, 2004. [versión original inglesa en 1998; versión en español en 2001].
11. Gérvas J. Cuidados primários de saúde na Europa: tendências atuais. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7: 350-69.
12. Gérvas J, Pérez Fernández M. Western European best practice of primary health care. *Eur J Gen Pract* 2006 [in press].
13. Roland M. General practitioner with a special interests. Not a cheap option. *BMJ* 2005; 331: 1448-9.
14. Gérvas J, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. *SEMERGEN* 2005; 31: 418-23.
15. Department of Health. *The national strategy for sexual health and HIV*. London: DoH, 2001.
16. Rico A, Saltman RB, Boerma GW. Organizational restructuring in European health care systems: the role of primary care. *Social Policy Admin* 2003; 37: 592-608.
17. Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay L. Systematic review of multidisciplinary intervention in heart failure. *Heart* 2005; 91: 899-906.
18. Stoekle JD. The market pushes education from ward to office, from acute to chronic illness and prevention. *Arch Intern Med* 2000; 160: 273-80.
19. Whitcomb ME. Ambulatory-based clinical education: Flexner revisited. *Acad Med* 2006; 81: 105-6.
20. Puig-Junoy J, Castellanos A, Planas I. Análisis de los factores que inciden en la dinámica del crecimiento del gasto sanitario público. Registro histórico y proyecciones 2004-2013. En Puig-Junoy J, López-Casasnovas G, Ortún V (eds). *¿Más recursos para la salud?*. Masson: Barcelona, 2004. págs.93-126.
21. Homedes N, Ugalde A. Las reformas neoliberales de salud en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 17: 210-20.
22. Davis P. Health care as a risk factor. *CMAJ* 2004; 170: 1688-9.
23. Navarro V. A critique of the ideological and political position of the Brandt Report and the Alma Ata Declaration. *Internat J Health Services* 1984; 14: 159-72.
24. Skrabanek P. *La muerte de la medicina con rostro humano*. Madrid: Díaz de Santos, 1999.
25. Gérvas J. El contrato social de los médicos en el nuevo sistema sanitario. *El Médico* 2005; 940 (01-04-05): 11-14.
26. Vilardell L. ¿Por qué ingresan los pacientes de forma urgente en un hospital?. *Med Clín (Barc)* 1994; 103: 543-53,
27. Forrest C, Reid RJ. Prevalence of health problems and primary care physicians' specialty referral decision. *J Fam Pract* 2001; 50: 427-32.
28. Gilbody S, Wilson P, Watt J. Benefits and harms of direct to consumer advertising: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2005; 14: 246-50.
29. Kulu-Glasgow I, Delnoij D, Bakker D. Self-referral in a gatekeeping system: patients' reasons for skipping the general practitioner. *Health Policy* 1998; 45: 221-38.
30. Hurley J, Grignon M. Income and equity of access to physician services. *CMAJ* 2006; 174: 187-8.
31. Rodríguez M, Stoyanova A. The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain. *Health Econ* 2004; 13: 689-703.
32. Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *Int J Health Serv* 1994; 24: 431-58.
33. Laine C. The annual physical examination: needless ritual or necessary routine?. *Ann Intern Med* 2002; 136: 701-3.
34. O'Malley PG, Greeland P. The annual physical. Are physicians and patients telling us something?. *Arch Intern Med* 2005; 165: 1333-4.
35. Barry MJ. The PSA conundrum. *Arch Intern Med* 2006; 166: 7-9.
36. Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ* 2002; 167: 363-4.
37. Fijten GH, Blijham GH, Knottnerus JA. Occurrence and clinical significance of overt blood loss per rectum in the general population and medical practice. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 320-5.
38. Gérvas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria* 2005; 35: 87-90.
39. Gérvas J, Pérez Fernández M. Aguja de marear para técnicos de salud. *Aten Primaria* 2005; 36: 229
40. Pérez Fernández M, Gérvas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clín (Barc)* 2002; 118: 65-7.
41. Master SS, Longstreth GF, Liu A. Results of computed tomography in family practitioners' patients with non-acute abdominal pain. *Fam Pract* 2005; 22: 474-7.
42. Muris JWM, Starmans R, Fitjen G, Knottnerus JA. One-year prognosis of abdominal complaints in general practice: a prospective study of patients in whom non organic cause is found. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 715-9.
43. Gérvas J, Pérez Fernández M. Genética y prevención cuaternaria. El ejemplo de la hemocromatosis. *Aten Primaria* 2003; 32: 158-62.

44. Tinetti ME, Bogardus ST, Agostini JV. Potential pitfalls of disease specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med* 2004; 351: 2870-4.
45. Pereira D. Evidence-based medicine and patient-centred medicine: the need to harmonize. *J Health Serv Res Policy* 2005; 10: 66-8.
46. Weel CV, Schellevis FG. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. *Lancet* 2006; 367: 550-1.
47. Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era. *Am J Med* 2004; 116: 179-85.
48. Gervas J. Reflexiones en torno a la investigación en Medicina General. *SEMERGEN* 2003; 29(supl 1): 13-16.
49. Starfield B. Research in general practice: co-morbidity, referrals, and the roles of general practitioners and specialists. *SEMERGEN* 2003; 29 (supl 1): 7-13.
50. Gervas J. *La dignidad del trabajo clínico existe allí donde ejerce un médico cercano, científico y humano*. 2005. En www.imacedo.org.uy/juancarlos/dign_trabajomed.pdf
51. Crombie DL. Diagnostic process. *J R Coll Gen Pract* 1963; 6: 579-89.
52. Palomo L. Innovaciones estructurales y organizativas en atención primaria. *Salud* 2000 2004; 99: 11-5.
53. Olesen F, Fleming D. Patient registration and controlled access to secondary care. *Eur J Gen Pract* 1998; 4: 81-3.
54. Campos GWS. El filo de la navaja de la función de filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8: 477-83.
55. Elias PEM. O universal e o particular na função filtro do médico geral. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 487-9.
56. Gusso G. Atención Primaria de Salud en Brasil: pasado reciente y retos. *SEMERGEN* 2004; 30: 408-10.