

Hospitalizaciones evitables en España: el poderoso atractivo del hospital y la debilidad de la atención primaria

Son hospitalizaciones evitables las hospitalizaciones necesarias que se podrían haber evitado si se hubieran prestado los servicios de una atención primaria de calidad.

Las hospitalizaciones evitables son parte de la morbilidad y de la mortalidad innecesariamente prematuras y sanitariamente evitables, sobre las que los investigadores españoles han sido pioneros y variados; a citar (por orden alfabético, según la memoria de mosquito del firmante) Ángel Alberquilla, Carmen Casanova, Josefina Caminal, Rosa Gispert y Vicente Ortún. La talla de tales investigadores no ha encontrado eco ni en clínicos, ni en gestores, ni en políticos. Pareciera que lo evitable es “cosa casual”, algo que sucede por designio divino, el producto de las fuerzas de la Naturaleza. Pero no, lo evitable tan frecuente es un indicador de que no lo estamos haciendo bien, de que hay mucho por hacer, de que es cierto el abismo entre la eficacia y la efectividad.

Los fines del sistema sanitario son aparentemente simples: 1) evitar-disminuir el sufrimiento evitable y 2) ayudar a *bien morir*. En ambos fines se incluye la protección, promoción, prevención y atención sanitarias.

Estos fines se olvidan frecuentemente, y muchos profesionales sanitarios terminan ofuscados por los “determinantes sociales”, como si su propio trabajo careciera de importancia y como si el sistema sanitario no fuera un fundamental determinante de salud. Olvidan, por ejemplo, en el campo de los medicamentos, la efectividad de los broncodilatadores en el asma, de los IECA en la insuficiencia cardíaca, de la morfina en la agonía, de los antibióticos en la neumonía, de la rehidratación oral en la deshidratación, y de las estatinas en la isquemia coronaria. Olvidan, en el campo de las intervenciones conductuales, el impacto de unas palabras que reconducen a la normalidad la preocupación por unos labios menores “excesivos”, la efectividad de la terapia psicológica breve en la ansiedad, el uso apropiado de la radiología cuando se enfoca adecuadamente el dolor de espalda, la efectividad del consejo contra el tabaco y la defensa del sentido común ante la medicalización de la sociedad. Olvidan, por ejemplo en el campo de la prestación de servicios, la mejor organización para la atención a pacientes terminales a domicilio, para el seguimiento de los pacientes crónicos complejos y para ofrecer una prevención cuaternaria que evite los daños que produce innecesariamente la propia actividad profesional.

Con tanto olvido se descuidan cosas esenciales, como las hospitalizaciones evitables. Pensando en los determinantes sociales se abandonan las cosas importantes. En la búsqueda de la perfección imposible de una atención regida por algoritmos, guías clínicas, programas y protocolos se prestan servicios descoordinados, fragmentados, reglados, rígidos y sincopados. El olvido de la atención clínica científica y humana se anestesia con la cultura de la queja, y la queja se fundamenta en la “falta de tiempo” (y recursos).

Salen perdiendo, o ni siquiera salen, los pacientes y sus familias, y la propia profesión, por ausencia del debate científico, de la ética clínica y de la profesionalidad. Las palabras, las quejas

y las buenas intenciones recubren la falta de compromiso con los enfermos y con la sociedad, y la exigencia del buen trabajo profesional. Al déficit curativo se le trata con la exuberancia preventiva. Al horror a la incertidumbre clínica se responde con la rigidez de los programas y protocolos. Todo se intenta prevenir y estandarizar, de forma que la prevención clínica ahoga la respuesta debida al sufrimiento que se puede evitar y paliar. La consulta se llena de *tontinaderías*, de prevención sin límites, de actividad superflua, costosa y peligrosa.

Los fallos propios son enterrados por los ajenos, y los gestores y políticos sirven de paraguas de usar y tirar. Pero las hospitalizaciones evitables quedan clavadas en el paisaje, bien visibles desde lo más cercano al horizonte lejano, marcando los caminos no recorridos y el sufrimiento no evitado.

El sufrimiento de los pacientes clama en el desierto con la poderosa voz de los profetas, pero los profesionales están sordos, entretenidos siempre con excusas variopintas, con otros quehaceres y cantando la misma canción, la cantinela de “la falta de tiempo” (y de recursos). El coro desafina, pues no todos los profesionales son iguales por más que la mayoría se instale en un cómodo trabajar “a la moda”, aunque la moda conlleve daños y sufrimientos evitables. Quienes practican clínica desafinando son considerados marginales, nihilistas, radicales y hasta terroristas. Es fácil seguir la corriente, plagarse a los poderes establecidos, a los intereses que interesan, y engañar a los débiles, a los pacientes. Pero las hospitalizaciones evitables son tozudas, ahí están, en el horizonte y en el paisaje, reclamando la acción que las evitaría, el cuidado de calidad en atención primaria.

Las hospitalizaciones evitables no se reparten al azar. Afectan más a los ancianos, probablemente por ser en general más frágiles y con frecuencia pacientes complejos. Son más frecuentes en determinadas regiones (¡ay, mi Cataluña del alma!). Dependen de la enfermedad, con menos variabilidad en la insuficiencia cardíaca, y máxima en el asma. Dependen, sobre todo, de la cercanía a los hospitales, y de los usos consuetudinarios en los mismos.

Ya señaló Jack Wennberg que los hospitales tienen una huella peculiar de su actividad. Se puede identificar un hospital por sus altas, seleccionadas según su actividad, no según la necesidad de la población. Por ello, también en las hospitalizaciones evitables la historia es el destino, y así la tasa pasada predice la futura. Los pacientes devienen combustible que asegura el cumplimiento de un destino no escrito en las estrellas, sino en los usos y costumbres, en la rutina y en la indefensión. Y cuanto más cerca, peor (vivir cerca de un hospital aumenta la probabilidad de padecer una hospitalización evitable). Podemos ver a los hospitales como agujeros negros, voraces consumidores de toda materia que se ponga a su alcance. A más complejidad del hospital, a más material de alta tecnología, mayor poder atractor, más posibilidad de ser engullido.

No es lo malo visitar el hospital y ser ingresado por necesidad, sino tener necesidad de visitarlo por la debilidad de la atención primaria.

Los médicos y enfermeras de primaria tienen por labor central el adecuar recursos a necesidades. Es decir, tratar de cumplir con los requisitos de equidad horizontal y vertical (la misma respuesta a la misma necesidad, y mayor respuesta a mayor necesidad). Los médicos y las enfermeras de primaria deberían defender al paciente del contacto innecesario con los especialistas, sobre todo en urgencias y en el hospital en general. Pero para eso tienen que trabajar evitando la necesidad de ser ingresado por causa evitable. Se precisa, por ejemplo, una buena atención al paciente diabético, o al que padece insuficiencia cardíaca, o al que tiene EPOC, o al que sufre isquemia coronaria, o asma.

Los datos son tercos y la mirada en el espejo abruma. Es necesario ingresar a pacientes por situaciones y condiciones que se podrían evitar y las variaciones a este respecto asombran (¡hasta 12 veces más para angina, según el área geográfica considerada!).

La actividad de los médicos de primaria logra algún efecto beneficioso sobre las hospitalizaciones evitables. La actividad de las enfermeras, no. Y, sobre todo, ¿cómo evitarlo?

Lo primero y principal es perder la arrogancia ante la ducha fría de los datos encadenados. No son sólo las hospitalizaciones evitables. Hay una colección de resultados negativos que abruma. Así, la constatación de que el tratamiento de los hipertensos no ha mejorado en la última década (de hecho, ha empeorado en los pacientes complejos, con multimorbilidad). También, los datos que demuestran la frecuente amputación de extremidades inferiores en los pacientes diabéticos españoles (el doble que la media en los países de la OCDE).

“Lo estás haciendo muy bien”, ha titulado irónicamente Rafa Bravo el comentario a estos estudios. Creemos, sí, que lo estamos haciendo bien, pero los resultados claman al cielo.

Tras la ducha y el despertar agitado, conviene eliminar monstruos y fantasmas, esos que crea el sueño de la razón. Precisamos menos razones y más decisiones. Es hora de transformar la información en conocimiento y el conocimiento en acción (que lleve al cambio deseado en salud). Sobran los corporativismos de médicos y de enfermeras. No cabe la exigencia del *noli me tangere*. Hay que modificar, “tocar”, todo lo que sea necesario para ofrecer los servicios que precisan los pacientes y sus familiares. Ello se puede lograr con la competencia referencial (*benchmarking*), al examinar los elementos diferenciadores que llevan a resultados más favorables y peores en las distintas áreas geográficas. Pero también se puede lograr con el simple razonar.

No hay nada cómo determinar con precisión el “qué”, “quién”, “cómo”, “cuándo” y “dónde”. Las hospitalizaciones evitables reflejan problemas de la atención primaria, pero también de la atención especializada, y problemas estructurales. Por ello es clave examinar con lupa de entomólogo y halos de sociólogo los servicios a ofrecer (el qué), por qué profesionales (el quién), con qué recursos, habilidades, aptitudes y actitudes (el cómo), el momento más adecuado de la intervención (el cuándo), y el mejor lugar para ello (tan cerca del domicilio del paciente como sea posible, el dónde). Por ejemplo, hay ciencia suficiente para poder hacer este ejercicio en lo que respecta a la atención a los pacientes con insuficiencia cardíaca, y ello devuelve y exige un compromiso negado por la enfermería (y los médicos) de

primaria, pues las tres cosas clave son suyas: capacitación del paciente y de la familia para el manejo diario y de los cambios, visitas a domicilio y acceso fácil a un profesional de confianza. Parece elemental, pero no lo es, doctor John Watson.

Los gerentes y políticos están también cómodos en su diario pasar. Las sociedades profesionales tienen otro cantar. Los colegios de médicos y enfermeras van a lo suyo. Las asociaciones de pacientes piden la Luna (y el Sol). Los que saben, callan (o hablan sin comprometerse, sin estridencias ni inconveniencias). Las industrias varias cuidan a los accionistas, y “crean valor”, cueste lo que cueste.

Los pacientes sufren y mueren.

¿Cuándo jugarán los médicos y enfermeras de atención primaria el papel que les tocó en el teatro de la vida donde sus pacientes se juegan evitable sufrir y morir?

Este Atlas de Variación de la Práctica Médica sobre hospitalizaciones evitables les puede ayudar a salir de la caverna de la comodidad, a conocerse a sí mismos, y a triunfar modestamente al superar el déficit curativo

Que así sea.

Juan Gérvas. jgervasc@meditex.es

Médico general, Equipo CESCA (Madrid, España).

Profesor Honorario de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid.