



EDITORIAL

Pasado, presente y futuro de la cirugía menor en atención primaria

Past, present and future of minor surgery in primary care

José María Arribas Blanco

Centro de Salud Universitario Cerro del Aire, Majadahonda, Madrid, España

Unos de los fenómenos sociales más significativos de nuestro tiempo han sido el de la generalización y el aumento de calidad de la asistencia médica en España. La gran demanda asistencial, tanto hospitalaria como en la atención primaria (AP) no habría sido posible si no se hubiera introducido con fuerza, con eficacia (y con el desarrollo de sus contenidos y habilidades), la especialidad de medicina de familia y comunitaria (MF), que se estableció en 1978 y que desde entonces, no sin trabajo, se ha venido extendiendo y consolidando en España. Sin embargo, en los últimos tiempos, a pesar de la seguridad jurídica conseguida tan recientemente, la MF (y la AP en general) vive una enorme crisis de valores, de identidad y de prestigio^{1,2}.

Siendo pues conscientes de estas dificultades coyunturales y de cierta vuelta al “hospitalocentrismo”, es necesario asumir el desarrollo tecnológico en la asistencia sanitaria y conocer la variedad de opciones efectivas existentes en el manejo de los problemas de salud de los pacientes. Por ello, es lógico plantear las diferentes competencias que pueden desplegarse, reflexivamente y con garantía, en cada nivel asistencial, para la solución de dichos problemas de manera eficiente. Dentro de esas competencias coste-efectivas se encuentra las competencias de cirugía menor (CM) en la MF.

El conocimiento de las técnicas de CM permite la resolución in situ (o la derivación apropiada) de numerosos problemas de salud de los pacientes que acuden a un centro de salud. Por ello, el aprendizaje y la experiencia en cirugía deben ser elementos fundamentales para la formación com-

pleta del médico de familia, y debería ser uno de los muchos criterios en su motivación profesional.

Pasado

Antes de la aparición de la especialidad de MF en España, salvo médicos rurales y de los servicios de urgencias, la mayor parte de la AP (ambulatorios y consultorios de la seguridad social) se caracterizó por la indiferencia casi completa a la CM.

A partir de los años noventa (coincidente con su tratamiento en numerosas publicaciones y congresos científicos), se pone en marcha su desarrollo progresivo en toda España. En los años 1998-1999 la CM se introduce dentro de la cartera de servicios (CS) del INSALUD. En los años siguientes, el crecimiento de su realización en los centros de salud fue notorio y en la actualidad su implantación está generalizada en todas las comunidades autónomas (CC. AA.). Así, la Comunidad de Madrid ha publicado que “los centros de salud de la Comunidad de Madrid en el año 2009 realizaron 58.451 intervenciones de cirugía menor”³.

Los datos del Ministerio de Sanidad del año 2010 indican que la CM está dentro del catálogo de la CS común de AP en todo el territorio español (Apartado 2.2. Procedimientos terapéuticos, Sección 2.2.14, Cirugía menor). Es decir, se incluye en la CS de todas las consejerías de Sanidad de las CC. AA., incluidas Ceuta y Melilla, si bien, según los datos ministeriales⁴, existe mucha disparidad en cuanto a la protocolización, los criterios de definición y de contenidos, al registro de datos de actividad y de los resultados de la misma. Por tanto, es llamativo que, según esas referencias,

Correo electrónico: jarribasb@gmail.com

sólo en 9 CC. AA. se especifican los criterios de inclusión y requisitos para la CM, en sólo 4 CC. AA. se indica que el procedimiento ha de ser de baja complejidad y sólo en dos que ha de existir un protocolo.

Evaluación del pasado y del presente

Actualmente, la CM se encuentra completamente establecida dentro de la asistencia, docencia e investigación de la AP en España. Las numerosas publicaciones y comunicaciones científicas sobre la realización de CM en todas las regiones españolas así lo indican. No obstante, aún estamos muy lejos en su desarrollo competencial (procedimientos más avanzados) y en su reconocimiento institucional, si nos comparamos con Inglaterra, EE. UU., Canadá, etc.

¿Qué cirugía menor se está haciendo en la actualidad y cómo ha ido evolucionando?

Analizando en un área de salud de Madrid, de más de 500.000 habitantes y 30 centros de salud, entre los años 2000 y 2010, el programa de CM muestra una consolidación de la actividad con un ligero ascenso cada año⁵. No obstante, aunque en esta década ha ido aumentando significativamente el número de médicos de AP que realizan CM ($r=0,94$; $p<0,001$), el número de intervenciones se mantiene sobre la base de pocos médicos que realizan muchas intervenciones. Llama la atención que, a lo largo de los años, crece el número de intervenciones más fáciles (curetaje, afeitado, criocirugía), tanto de los médicos de familia que las realizan habitualmente, como de los que se incorporan a realizarlas, y no aumenta la media de intervenciones más importantes (escisión de la lesiones, uña encarnada), aunque crezca el número de profesionales que las efectúan.

Es decir, aumentan los médicos que hacen CM y los procedimientos más fáciles (fig. 1). Quizás esto no es un buen dato; hacemos más cirugía estética con escasa trascendencia clínica y no abordamos la CM realmente necesaria y coste-efectiva (nevus displásicos, quistes epidérmicos, lipomas, uñas encarnadas, etc.). Los datos seguramente sean superponibles al resto de España.

Propuestas de futuro

Esta fuera de toda duda que la CM es parte de la AP y que los médicos de familia podemos y debemos realizar CM de calidad. Sin embargo, existen hechos que, en mi entender, entorpecen la generalización, el crecimiento y la consecución de la excelencia de esta actividad.

Entre esos hechos, muchos dependen de la institución y otros tantos de los profesionales.

Lo que es responsabilidad de los profesionales (médicos de atención primaria)

A pesar de situaciones críticas coyunturales, los valores profesionales del médico de familia, que define el nuevo programa de la especialidad, son nuestro argumento fundamental que brinde el trabajo bien hecho. Para mejorar en lo que a la CM se refiere, dicho argumento puede resumirse en los siguientes puntos:

1. Compromiso ético. La CM en AP se basa en, ante una adecuada indicación quirúrgica, hacer sólo aquellos procedimientos de los que se tiene seguridad técnica de un resultado satisfactorio. Para ello es necesario que, a través de recursos docentes de calidad que sean fácilmente accesibles, amplíemos la formación en el diagnóstico de

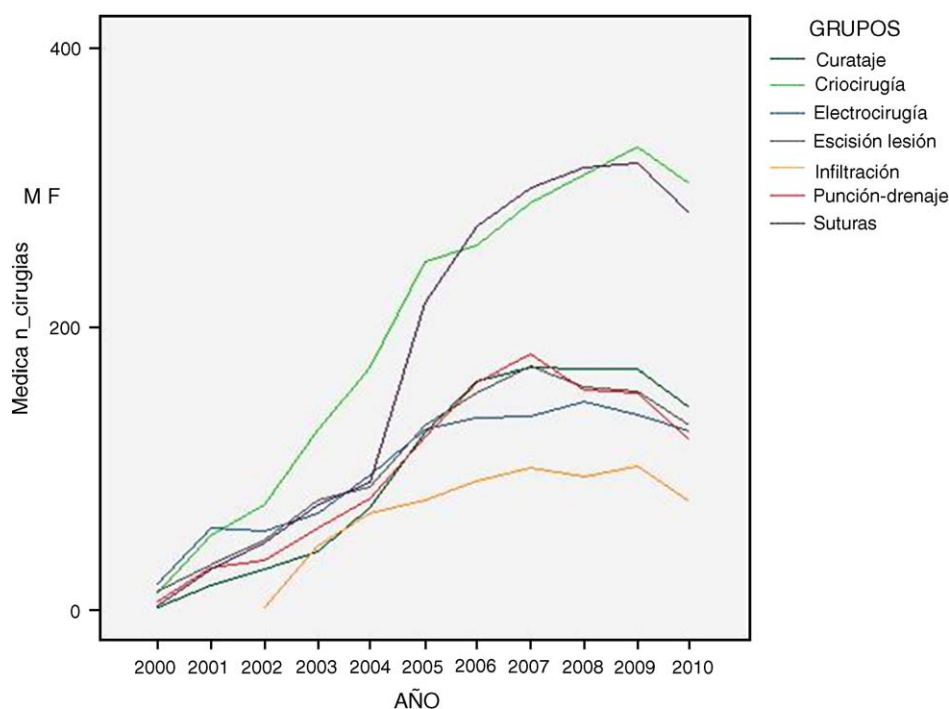


Figura 1 Evolución del número y tipo de cirugías realizadas por los médicos de familia en la última década (2000-2010).

las lesiones y en procedimientos cada vez más complejos y coste-efectivos.

2. Compromiso con las personas. La CM en AP evita traslados, ahorra tiempo y el paciente se muestra satisfecho de que sea realizada por su médico de familia. Pero no se trata de evitar gastos al paciente en patologías de exclusiva trascendencia estética.
3. Compromiso con la mejora continua del perfil profesional. La CM se basa en la formación excelente del médico en las técnicas quirúrgicas básicas. La CM en AP es fuente de satisfacción profesional derivada del prestigio y de la consecuente actividad científica.

Lo que es responsabilidad de los gestores

Como ya se ha comentado, no existen datos fiables institucionales de esta actividad. Los datos oficiales muestran deficiencias importantes en la evaluación de la CM en AP; según dichos datos, hay grandes disparidades entre las CC. AA. y no se observan propuestas de mejora.

Por otra parte, la escasa incentivación que supone realizar una actividad (que no está exenta de riesgos) puede explicar que se atisben datos de acomodamiento en los profesionales (crecen sólo los procedimientos fáciles, de casi exclusiva trascendencia estética) e incertidumbre en su crecimiento en las técnicas más avanzadas y coste-efectivas.

Los que tienen la responsabilidad de gestionar y dirigir deben planificar adecuadamente los recursos de tiempo y materiales, que son necesarios para la realización adecuada de la CM en AP. No sólo se trata de que la CM exista en la CS en el Apartado 2.2, Sección 2.2.14, sino de que haya una propuesta organizativa coherente y se proporcionen los medios idóneos y modernos para poder trabajar y después evaluar correctamente todos los datos.

Por supuesto que la capacitación y los conocimientos de los trabajadores son exigibles y también el requerimiento de resultados en cantidad y en calidad, pero también la CM eficiente debería recompensarse de acuerdo con los resultados (más si son buenos y menos si son malos).

A modo de corolario

Como principales protagonistas de la CM, los médicos de familia, debemos insistir:

1. En la formación de calidad (acreditación institucional de niveles de capacitación, que es un reto que se debe alcanzar).
2. En la dotación de materiales e infraestructura óptimas.
3. En la correcta interrelación con otros especialistas (incluidos los de enfermería).
4. En la introducción de patrones de calidad (lista de verificación de CM, etc.).
5. En incentivar económicamente este trabajo (no exento de riesgos).

Si las consultas siguen aumentando, si se recortan los salarios, si persiste la burocratización indigna de la consulta de AP, es materialmente imposible realizar no sólo los procedimientos de CM, sino las actuaciones fundamentales de nuestra especialidad y la consulta de AP será más vulgar, más mediocre y más frustrante. En un editorial de hace 7 años⁶, este autor decía: "Estoy convencido de que esto no sucederá...". Hoy, a pesar de mi ilusión y optimismo perseverante, tengo bastantes dudas.

Bibliografía

1. Álvarez Montero S. Crisis en la medicina de familia: una perspectiva bioética desde la práctica diaria. *Aten Primaria*. 2010;42:528–33.
2. Sevillano EG. No quiero ser médico de familia [accedido Nov 210]. *El País*, junio de 2010. Disponible en: <http://www.elpais.com/articulo/sociedad/quiero/ser/medico/familia/elpepusoc/20100607elpepisoc.1/Tes>.
3. Intervenciones de cirugía menor en los centros de salud en el año 2009 en la Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud Madrid, 20 de octubre de 2010 [accedido Nov 210]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM.Actualidad_FA&cid=1142616690103&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1109266228174&language=es&pagename=ComunidadMadrid/Estructura&pid=1109265444721&sm=1109266100996.
4. Cartera de servicios de atención primaria. Desarrollo, organización, usos y contenido. Sistema Nacional de Salud. Mayo de 2010. Instituto de Información Sanitaria-Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2010. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion Primaria_2010.pdf.
5. Arribas JM. Cirugía menor en Atención Primaria: Análisis, evaluación y propuesta [accedido Oct 2010]. Ponencia presentada en las Segundas Jornadas de Evaluación de Tecnologías y Servicios Sanitarios. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Motril (Granada) 11-12 de noviembre de 2010.
6. Rodríguez Alonso JJ, Arribas Blanco JM. Cirugía y traumatología menor, ¿podemos? ¿podremos? [editorial]. *Aten Primaria*. 2003;31:47–51.