

Editorial.

Atención Primaria o Barbarie[*]

17/10/2022

Rafael Cofiño Fernández. Medicina Familiar y Comunitaria. Técnico de salud en Dirección General de Salud Pública. Profesor asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública

@rcofinof

Posiblemente los sucesos u objetos cotidianos que nos dan más bienestar y felicidad son también los que nos pasan más desapercibidos. Quizás los hemos integrado ya tanto en nuestro día a día que, siendo fundamentales, no les dedicamos todo el reconocimiento o los cuidados que se merecen. Nos acostumbramos rápido a lo bueno. Es más fácil halagar lo novedoso.

En mi infancia no íbamos al centro de salud, íbamos al ambulatorio. En las consultas no podíamos sentarnos: no había sillas, la consulta se pasaba de pie y recuerdo que en algunas ocasiones estábamos dos pacientes diferentes a la vez: mientras a uno le hacían las recetas antes de marcharse, a otro comenzaban a preguntar qué le pasaba. El tiempo de consulta era mínimo, subatómico, homeopático.

Los compañeros que formaron parte de aquellos primeros equipos directivos de la reforma de la Atención Primaria nos contaban que por la noche metían sillas en las consultas de los ambulatorios y que durante el día algunos profesionales las sacaban. Posiblemente porque aquel modelo sólo permitía “ver” pacientes en un modelo línea-de-cajas-de-supermercado, y poner una silla, permitir que alguien se sentara, suponía pasar a otro espacio relacional donde se va a preguntar, escuchar, entender, empatizar, mirar con calma y requería unas condiciones determinadas de trabajo que el sistema no permitía y una orientación profesional formativa -de profesionales generalistas- que el sistema no había previsto aún.

La reforma de la Atención Primaria supuso, en nuestro país, un cambio radical en la forma de abordar los problemas de salud de la población. La Atención Primaria no suponía hacer lo mismo que se hace en un hospital, pero más cerca de donde viven las personas. No suponía trasladar un modelo de práctica biologicista a un pueblo o a un barrio. La Atención Primaria pretendía y pretende tener una visión más general a la hora de entender las causas que llevan a enfermar a las personas; entender a la persona no como un libro de anatomía con órganos y sistemas separados sino como un conjunto vivo y complejo que crece, se relaciona, se educa, trabaja y puede enfermar en medio de una sociedad que es también un sistema vivo y complejo.

La Atención Primaria supone entender que el origen de esa enfermedad puede estar relacionada en algunos casos con ese lugar donde vivimos y cómo vivimos. Y la Atención Primaria supone entender que en todos los casos la evolución de la enfermedad va a estar influida por nuestro contexto cultural, social y económico. El cuerpo influye en nuestro barrio y el barrio influye en nuestro cuerpo.

Las profesionales de aquella Atención Primaria tendrían que ser -y deben ser todavía en nuestra Atención Primaria de hoy- generalistas. Especialistas de lo general. Tejada de Rivero, médico y salubrista peruano, que formó parte de la primera línea de la organización de la Conferencia mundial de Alma Ata, impulsora de la Atención Primaria, señala (en una fantástica entrevista realizada por nuestro colega uruguayo Miguel Pizzanelli)[1] que necesitamos profesionales que sean Jirafas: *“porque ellas tienen capacidad de ver a largo plazo y a la distancia, mirada de 360º y corazón grande, temple para aceptar las críticas hasta las más duras”*.

Esta mirada de 360º de la Atención Primaria es fundamental para hacer una valoración adecuada teniendo en cuenta que el equipo de Atención Primaria conoce al paciente y su biografía a lo largo de los años, su contexto. ¿Y para qué nos sirve esto como personas y pacientes?:

- Sirve para poner en su lugar los problemas de salud que puedan ocurrir. Por un lado, evitará circuitos diagnósticos y terapéuticos e innecesarios que a veces generarían más daño que beneficio. Por otro lado, este conocimiento de la historia del paciente también puede ser más sensible para actuar ante pequeños detalles que sean relevantes.

-Facilita también que la derivación a un nivel hospitalario sea adecuada. Como muy bien señala Juan Gervas[2]: *“El médico especialista general distingue mejor que el especialista focal a los sanos de los enfermos y por ello es fundamental el trabajo en cadena, con el médico de cabecera de filtro de la demanda que ha de pasar a consultar al especialista”*. Esto es un conflicto en muchos modelos privados de acceso directo a especialistas. Pasar directamente a un especialista sin tener una valoración por un generalista puede generar problemas de salud.

-Supone tener un modelo de cuidados integral. Supone cuidar a las personas en los domicilios y facilitar cuidados completos (sanitarios, sociales y espirituales) en momentos tan sensibles como son, por ejemplo, las fases finales de la vida.

¿Y en la práctica, en resultados de salud, en qué se traduce todo esto? Un estudio noruego publicado en enero de este mismo año[3] señala que tener la misma médica de familia durante más de quince años supone

utilizar menos servicios de urgencia, ingresar menos en un hospital y disminuye la mortalidad. Exactamente una disminución del 30% de la mortalidad. Como muy bien dice Sergio Minué[4], imagínense que mañana aparezca un fármaco que disminuye de esta forma la mortalidad. Estamos seguros que todas las industrias y administraciones y medios de comunicación pondrían en valor la necesidad de invertir en ese fármaco.

¿Tenemos ese fármaco disponible? Sí, lo tenemos y se llama Atención Primaria. Por eso necesitamos de forma urgente evitar lo que ya está pasando en otras comunidades autónomas o en otros países.

Necesitamos tener muy claro el modelo de Atención Primaria que queremos para los próximos treinta años. Y ojo, esto a veces no es tan evidente según le preguntemos a unas u otros. Pasada la pandemia parece que no es necesario contarle a nadie por qué es importante una UCI, pero increíblemente sí que parece necesario hacer un relato de las funciones que tiene Atención Primaria. Necesitamos una narrativa sólida y potente de su valor y esto pasa porque nuestras estructuras políticas y directivas realmente sepan qué es y qué no es Atención Primaria y que asuman que los procesos clínicos han de ser liderados desde ahí, con una fuerte alianza y coordinación con los hospitales, pero no centrados en máquinas que hagan ping[5] o en procesos clínicos o unidades que fragmentan a las personas y las descontextualizan de sus entornos.

Necesitamos una Atención Primaria con poder, prestigio, presupuesto, personal y un liderazgo fuerte en el Sistema Nacional de Salud, con una ciudadanía y un movimiento asociativo implicado en el cuidado de la misma y en reforzar la pedagogía de la utilización del sistema. Necesitamos una Atención Primaria con profesionales-jirafas, con sillas y tiempos suficientes para pasar la consulta y hacer domicilios mirando a la calle. Necesitamos una Atención Primaria con orientación comunitaria y reforzada en la salud pública (porque la Atención Primaria, cierto, es la Cenicienta de nuestro sistema sanitario, pero la Salud Pública -y esto para otro día- es la hermana pobre de la Cenicienta).

En fin, ahora más que nunca: Atención Primaria o Barbarie.

[*] Este texto se publicó en Nortes el 31 de julio del 2022.

Lecturas y material complementario:

Reflectionsonthetwenty-fifthanniversary of the Alma-Ata Declaration. DebabarBanerji fue uno de los ideólogos de la Atención Primaria y de la Declaración de Alma-Ata a partir de las experiencias de organización de los servicios sanitarios en la India post-colonial. Este es un texto reflexionando sobre los retos después de veinticinco años de Alma-Ata.

Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de salud. Editorial de Rosa M^a Añel y Pilar Astier. El artículo tiene varias referencias bibliográficas claves que profundizan en la importancia trascendental de Atención Primaria.

Contribution of primary care to health systems and health. Un texto clásico de BarbaraStarfield sobre la evidencia de la Atención Primaria.

¿Atención Primaria con fecha de caducidad?. Texto de María José Fernández de Sanmamed Santos.

Comunitaria o Barbarie. Tres niveles para la orientación comunitaria de la Atención Primaria. Editorial (en prensa) de Rafael Cofiño, Miguel Prieto y Mariano Hernán en Gaceta Sanitaria.

Bibliografía:

[1] [Eslabones perdidos. Episodio 2](#). Entrevista de Miguel Pizzanelli a Tejada de Rivero.

[2] [Sea prudente, evite al médico. Si lo precisa, elija bien, primero al de dos ojos \(Ulises\)](#). Texto de Juan Gérvas.

[3] [Continuity in general practice as predictor of mortality, acutehospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-basedobservationalstudy in Norway](#). Es el estudio noruego señalado en el texto y publicado en 2022.

[4] [Atención Primaria: necesidades para una mutación](#). Texto de Sergio Minué.

[5] [El sentido de la vida. El milagro del nacimiento](#). MontyPhyton´s.

Palabras clave:

efectividad
atención primaria
políticas sanitarias
sistemas sanitarios
salud colectiva

Autores:

Rafael Cofiño Fernández. Medicina Familiar y Comunitaria. Técnico de salud en Dirección General de Salud Pública. Profesor asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública

Nº:14 de 2022