

Atención primaria en España: dónde estamos y a dónde queremos ir

Una propuesta del Seminario de Innovación en Atención Primaria celebrado en Toledo, en su fase presencial, los días 10 y 11 de junio de 2022

Dónde estamos

En el actual contexto político internacional de predominio neoliberal los servicios de los especialistas focales de hospitales y clínicas especializadas parecen responder mejor a las expectativas y demandas de tecnología, biometría y salud de las clases sociales media y alta y a la creencia en una medicina brillante y cuasi-milagrosa, consumista y basada en diagnósticos precisos e intervenciones puntuales, que “devuelve” y potencia la salud de quienes se supone que saben cuidar de sí mismos, en un marco ajeno a los determinantes sociales. Una medicina que responde a la visión individualista y tecnológica como ha demostrado la respuesta sanitaria a la pandemia covid19, que “da buenas noticias”, centrada en una prevención exhaustiva que todo mal evita.

En contraposición, predomina la idea de que los servicios de atención primaria y comunitaria prestados básicamente por generalistas, medicina y enfermería de familia, deben limitarse esencialmente a pacientes sin capacidad de “cuidar de su salud”, por deterioro senil, escasa educación formal o por otros factores que obligan a su atención por profesionales que cuidan y ayudan a sobrevivir sin dar el protagonismo que merecen los determinantes sociales ni las “condiciones de vida”.

La reforma de 1984 apenas ha recibido soporte político y presupuestos adecuados, y tras casi cuarenta años la atención primaria proyecta una imagen de desolación que ahuyenta a los propios profesionales y a determinados grupos de pacientes. Es cierto que hay centros de salud ejemplares, quizá cientos (como muestra, San Pablo en Zaragoza, Cudillero en Asturias, La Mina y El Raval en Barcelona, Daroca en Madrid, Camarenilla y Arcicollar en Toledo y Almanjáyay en Granada), pero no se promueve ni estimula el aprender de ellos, el “benchmarking” que los señale como referencia de que es posible desarrollar atención primaria de calidad con el modelo público de 1984.

Los errores iniciales han impactado sin corrección alguna pues se sigue pretendiendo responder a necesidades distintas con escaso presupuesto y un modelo uniforme y rígido que no ha potenciado la longitudinalidad, el valor básico de la atención primaria, ni la polivalencia, la capacidad de respuesta inmediata y resolutive que da prestigio y atrae a los mejores profesionales y ciudadanía. Tampoco se ha cumplido la Ley General de Sanidad de 1986, especialmente en lo que se refiere a la

universalización del derecho a la atención y la desaparición de las mutualidades (acceso directo a especialistas focales de entidades privadas de seguros, pagado con presupuesto público, para el funcionariado civil y militar).

A esto hay que añadir la falta de iniciativas para desarrollar la vertiente comunitaria de la atención primaria, hecho que ha imposibilitado la integración o, al menos, coordinación de los recursos territoriales (activos comunitarios de salud) desde una perspectiva intersectorial y, por tanto, transversal.

A dónde queremos ir

El objetivo final es conseguir una atención primaria y comunitaria atractiva y resolutive que capte a profesionales sobresalientes (en el sentido científico y técnico pero sobre todo humano) para responder con mirada longitudinal y competencias polivalentes a los problemas de salud de pacientes, familias y comunidades, contando con su participación para mejor paliar los efectos de los determinantes de salud, tanto dentro como fuera de las consultas.

Para aproximarnos a este objetivo consideramos conveniente:

1. Destacar las fortalezas de la atención primaria y comunitaria española y tomar ejemplo de los numerosos centros y equipos que han puesto en marcha iniciativas de excelencia asistencial, docente e investigadora.
2. Promover iniciativas de análisis crítico del modelo instaurado en los años 80 que tengan en cuenta los diferentes contextos poblacionales (rural/urbano), socioeconómicos y culturales para hacer aflorar nuevas perspectivas estratégicas, organizativas y de actividades de promoción de la salud, prevención y asistenciales reparadoras con los recursos propios de la atención primaria y comunitaria. Es imprescindible pasar de la cultura de la queja a otra propositiva e innovadora.
3. Para salir del pozo lo primero es dejar de cavar y para ello hay que cambiar la narrativa y recuperar los relatos de grandes referentes nacionales en lo que respecta a los elementos conceptuales básicos de la atención primaria y comunitaria, como la longitudinalidad y la respuesta polivalente a los problemas. En España contamos con múltiples ejemplos que deberíamos utilizar como puntos de referencia pese a ser habitualmente poco conocidos, como el proyecto liderado por el recientemente fallecido Lorenzo Arribas en el centro de salud de La Chana (Granada) y su “unidad clínica de atención familiar”.
4. Devolver al “Sistema Nacional de Salud” el sentido de “Servicio Nacional de Salud” y ofrecer atención primaria a toda la población (funcionariado e inmigrantes sin papeles

- incluidos) bajo control/regulación gubernamental y de potenciar aquellos aspectos que mejoren la eficiencia y la equidad, con servicios ajustados a necesidades y sin (o con bajos) copagos que reviertan en lo posible la Ley de Cuidados Inversos.
5. Encontrar nuevas fórmulas de relación laboral profesional con el sistema público que promuevan su mayor independencia en la prestación de servicios. Tenemos ejemplos claros en diversos países europeos, como Dinamarca, Noruega y Países Bajos con potentes sistemas sanitarios públicos y cupos en atención primaria.
 6. Garantizar el primer contacto y la longitudinalidad en la atención a los problemas de salud a lo largo de la vida (centrada en las expectativas y creencias de personas, familias y comunidades), mediante la prestación de servicios apropiados, de alta calidad y cerca del paciente (hacer el 100% de lo que hay que hacer y no hacer el 100% de lo que no hay que hacer), capaz de coordinar los servicios de especialistas focales y sociosanitarios cuando sean necesarios.
 7. Exigir la implantación de la atención primaria en las facultades de ciencias de la salud, como campo de conocimiento con estructura académica propia y pilar básico que ha de impregnar la formación a lo largo del grado.
 8. Poner en marcha inminentes acciones correctoras para no incrementar el riesgo de irreversibilidad de los problemas.

NOTA

Este texto es producto del Seminario de Innovación en Atención Primaria (SIAP) celebrado en su fase presencial en Toledo (España) los días 10 y 11 de junio de 2022, que estuvo precedido por un debate virtual durante el mes previo

<http://equipocesca.org/etica-de-las-pequenas-cosas-del-dia-a-dia-en-la-clinica-seminario-de-innovacion-en-atencion-primaria-numero-44-en-toledo-espana-presencial-los-dias-10-y-11-de-junio-de-2022/>

El tema general fue “ética de las pequeñas cosas”, y este texto es un producto colectivo que surgió a partir de la presentación de Amando Martín Zurro (médico de familia, profesor y responsable de planes estratégicos de formación en atención primaria) “Evolución de la Atención Primaria y Comunitaria en España. De las expectativas de los años 80 a la situación crítica actual”

<http://equipocesca.org/resumenes-de-las-ponencias-en-el-seminario-sobre-etica-de-las-pequenas-cosas-celebrado-en-toledo-en-su-fase-presencial-los-dias-9-y-10-de-junio-de-2022/>