

Comunidad y Atención Primaria, contradicciones actuales

Elena Aguiló Pastrana. CS Párroco Julio Mórte. Centro Marie Langer. Madrid. Grupo PACAP Madrid. J.D. No Gracias. Madrid

En el II Congreso de la Cabecera en Madrid¹, dos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) de las primeras promociones, Javier Segura y yo misma, planteamos una reflexión sobre la historia de la Atención Primaria (AP), que las organizadoras nos solicitaron con motivo del 40 aniversario de la Conferencia de Alma Ata².

Englobamos la historia de la AP en una mirada más amplia a la medicina social y a todo el movimiento internacional global sobre la salud vivido en los años 1960-1970, para entender las condiciones que llevaron a la Declaración de Alma Ata en 1978.

Es imprescindible situar el proceso en nuestro país en un momento histórico clave, con el fin del franquismo, según nos muestra Irigoyen³, que visualiza la construcción de la AP en España como resultante de dos fuerzas globales, en sentido opuesto, y de diferente influencia: en un sentido están las corrientes de opinión de tipo salubrista, que dieron lugar a la Conferencia de Alma Ata, que critican el excesivo desarrollo de la especialización médica y el hospitalocentrismo, y que pretenden que los sistemas sanitarios se reorienten centrándose en la AP; y, en un sentido contrario, las corrientes de pensamiento y políticas neoliberales que se han extendido por todo el mundo y han determinado el modo en que se ha ido implementando el desarrollo real de la AP, modificando los planteamientos de las corrientes salubristas y comunitarias, que han ido perdiendo influencia mientras que las políticas neoliberales y su aplicación en la gestión de los servicios sanitarios han tenido una fortaleza creciente. La aplicación de la llamada «nueva gestión pública» o gerencialismo⁴ ha ido determinando los asuntos internos de nuestros centros de salud, de modo que se han producido efectos de gran trascendencia, pero que resultan poco visibles y requieren nuestra reflexión.

La construcción de la AP en España, que hasta la década de 1970 padece un enorme atraso en atención sanitaria, dada la bochornosa precariedad masificada de los antiguos ambulatorios del franquismo, fue consecuencia de los principios de la Atención Primaria de Salud (APS) para legislar y construir una red de centros de salud (CS) con un nuevo modelo de atención. En esos años fue determinante la voluntad decidida de los residentes y jóvenes especialistas de MFyC, entonces recién creada, alrededor de los valores de Alma Ata, que nos dieron cohesión como grupo y fuerza para reclamar CS y la implantación de una reforma obviamente necesaria. El proceso histórico desde 1984, año en que se crean los primeros CS, ha estado centrado sobre todo en extender el modelo y sistematizar lo relativo a la calidad de la asistencia y la prevención individual en consulta, dejando con mucho menor desarrollo otros aspectos que son fundamentales en lo que tenía de transformador el modelo de APS: la interdisciplina, el abordaje de lo psicosocial y la intervención comunitaria, cuestiones que han quedado con escaso desarrollo, como vacíos teóricos, metodológicos y prácticos⁵.

Es claro que las políticas neoliberales han sofocado mucho del potencial transformador que la concepción de Alma Ata tenía en sus inicios para la salud comunitaria. El pensamiento neoliberal ha sido responsable del cuestionamiento y la destrucción de los sistemas de bienestar europeos, y ha afectado a las políticas públicas sanitarias de forma determinante, mediante la disminución de la asignación presupuestaria, las políticas de personal y el impacto del mercado en la población general.

En España, más allá de los consabidos recortes y privatizaciones en sanidad, existe una tendencia generalizada a infradotar la AP con respecto a la atención hospitalaria y sus tecnologías, ya que estas generan mayor actividad y beneficio económico en el mercado sanitario. Por otra parte, se ha usado la precariedad en la contratación de profesionales como mecanismo de control y disciplinamiento durante décadas, con lo que a menudo los especialistas en MFyC buscan otros caminos profesionales más favorables en las urgencias del hospital o en la sanidad de otros países.

Y también está la presión directa de los intereses del mercado sanitario sobre la población, con mensajes persuasivos dirigidos a modificar sus demandas, para aumentar el lucro sin beneficiar a la salud: el beneficio empresarial privado se obtiene igualmente cuando las tecnologías (fármacos, pruebas, etc.) son necesarias o, si no lo son, se presentan indiferentes a que resulten ineficientes, yatrogénicas o que queden grandes bolsas de población no atendida.

Así, en el interior de los CS y sus relaciones internas, la aplicación del gerencialismo ha ido consolidando cambios en el hacer profesional, modulando lo que hacemos y lo que dejamos de hacer. La evaluación informática de nuestro desempeño, a partir de registros de actividad, ha contribuido a fraccionar en parte la lógica y el sentido de atención a las necesidades de la población, muchas socialmente determinadas. Y ha dejado nuestra tarea diaria reducida a una multiplicidad de instrucciones, procedimientos e indicadores de evaluación profesional que quedan fragmentados y desconectados entre sí: cosas que los profesionales «tenemos que hacer», y a menudo sentimos el conflicto de no atender cosas verdaderamente fundamentales... Así, se ha ido distanciando la realidad cotidiana de nuestros CS de muchos de los valores propios de la AP. Porque (y esto es propio de la sociedad neoliberal) en la gestión cotidiana del tiempo y en las situaciones de sobrecarga en AP se juega si se atienden o se soslayan:

- la atención a lo biográfico y a la narrativa;
- el lugar que le queda a la escucha y la comprensión de la situación de las personas;
- el cuidado del vínculo humano;
- la atención al modo de vida y los condicionantes sociales;

- las desigualdades;
- la ley de cuidados inversos en la atención a la población.

Y son estos elementos, precisamente, los que enriquecen nuestra práctica profesional y le dan sentido; y los que pueden combatir la fragmentación y la desorientación y el desánimo que padecemos profesionalmente hoy en AP. Valores que animaron a nuestros colectivos tiempo atrás y que debemos defender en una AP hoy en peligro. Y esto también tiene que ver con el lugar que le damos a la dimensión comunitaria de AP.

Hoy vivimos un nuevo hospitalocentrismo, mucho más intenso que el que dio lugar a Alma Ata, y vemos que cunde la desmotivación generalizada de los profesionales, que se mueven entre la apatía y la resignación a que nada cambie... El sobrediagnóstico, el sobretratamiento y la yatrogenia son los efectos generalizados y preocupantes actualmente (figura 1). Lo que hoy en día los profesionales sienten que se les demanda tiende a alejarse de lo comunitario y a concentrarse en la consulta, donde se medicalizan múltiples problemas vitales⁶. Y hay poderosos intereses para que así ocurra.

Figura 1. Peligros actuales de la Atención Primaria



Cuarenta años después de Alma Ata, resistir esa tendencia es una urgencia de la AP de hoy; debemos recuperar los valores centrales de la concepción de AP y la atención comunitaria. Contamos con el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP), que es un instrumento necesario y estratégico para que las profesiones sanitarias visualicen y desarrollen la dimensión comunitaria de la AP. Tenemos que dejar de hacer unas cosas para poder hacer otras. Y el PACAP recientemente ha emitido su nuevo documento de recomendaciones⁷ en este sentido.

Lo comunitario es un campo de saberes que no es exclusivo de ninguna profesión ni de ningún servicio, y en el que todos los recursos somos necesarios si ponemos en el centro la comunidad, sus potencialidades y sus necesidades de salud. Es una satisfacción percibir la fuerza y el renovado interés de generaciones de jóvenes profesionales y estudiantes que se interesan y se comprometen a rescatar valores genuinos de AP (figura 2), a conservar la visión integral y comunitaria. Y también es un enorme placer coincidir con muchas personas que desde su lugar profesional así lo entienden y, por ello, quieren contribuir a hacerlo posible.

Figura 2. Valores de la Atención Primaria

Una Atención Primaria que:

- Esté centrada en las personas, que integre sus preocupaciones y modo de vida, procesos biográficos, familiares y entorno cercano
- Pueda ofrecer continuidad y disponibilidad
- Esté menos atenta a lo de arriba y a cómo somos evaluadas
- Se adueñe de la gestión de su tiempo y la organización de su trabajo
- Proteja a sus pacientes de la medicalización, el sobrediagnóstico y el sobretratamiento
- Mire hacia fuera del centro de salud y conozca la comunidad y los determinantes sociales
- Sea testigo de la situación social: la Atención Primaria es política por definición



1. II Congreso La Cabecera Madrid 2018. Construyendo la Primaria entre todas. [Internet.] [actualizado 29 de abril de 2018; consultado el 10 Jun 2018]. Disponible en: <https://congresolacabeceramadrid.wordpress.com/>
2. UNICEF-Organización Mundial de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978.
3. Irigoyen J. El declive de los discursos comunitarios en la reestructuración de la Atención Primaria en España. En: Palomo L, coordinador. Expectativas y realidades en la Atención Primaria Española. Madrid: Fundación 1º Mayo. Ediciones GPS; 2010. p. 221-44.
4. Irigoyen J. La huelga de los MIR en Granada y la farfolla gerencial. Tránsitos intrusos. [Internet.] 2018. [consulta el 2 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.juanirigoyen.es/2018/05/la-huelga-de-los-mir-en-granada-y-la.html>
5. Cucco M. Paradigmas predominantes en la Atención Primaria de Salud. X Encuentro de Psiquiatría Social. [Internet.] La Habana; 2001 [consultado el 2 de junio 2018]. Disponible en: http://www.procc.org/pdf/AP1_Paradigmas_predominantes_en_AP_de_salud_Cucco_2001.pdf.
6. Minué S. La lucha contra la inequidad: menos palabras y más inversiones. El gerente demediado. [Internet.] 2018 [consultado el 2 de junio de 2018]. Disponible en: <http://gerentedemediado.blogspot.com/2018/05/la-lucha-contra-la-inequidad-menos.html>
7. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Orientación comunitaria: hacer y no hacer en Atención Primaria. Barcelona: semFYC e-documentos; 2018 [consultado el 2 de junio de 2018]. Disponible en: <http://e-documentossemfyc.es/orientacion-comunitaria-hacer-y-no-hacer-en-atencion-primaria/>

Volver

Comunidad y Atención Primaria, contradicciones actuales

Elena Aguiló Pastrana

Comunidad Julio 2018;20(2):1

ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

0
comentarios

Dejar un comentario

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar