

Atención Primaria y Comunitaria

Amando Martín Zurro. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Exmiembro del equipo del proyecto COMSALUT

En los albores conceptuales de la Medicina Familiar y la reforma de la Atención Primaria en nuestro país se contemplaba como un elemento nuclear, y por tanto, central, la comunidad y el ámbito comunitario, y no solo como un campo de acción primordial, sino también como un componente clave que debería contribuir de forma decisiva a la definición estratégica y operativa de la estructura, organización y actuaciones asistenciales, docentes y de investigación de esta parte del sistema sanitario.

No es sencillo explicar todas y cada una de las razones que indujeron a modificar este marco conceptual y a relegar la comunidad y lo comunitario no a la segunda fila de los «apellidos» de la especialidad y la reforma, sino mucho más atrás, hasta casi hacerlos desaparecer. En este punto es preciso volver a remarcar que la Medicina Familiar y la reformada Atención Primaria no partían del cero absoluto. La primera asumía en nuestro país parte de los mimbres de la clásica medicina general (de cabecera) y la segunda los de la asistencia médica ambulatoria, y en ambas lo comunitario no existía ni en el concepto ni en la práctica. Se hablaba de comunidad casi exclusivamente desde la vertiente epidemiológica y de salud pública, mientras que en el campo de la asistencia clínica no se visualizaba la posible influencia de la primera sobre la atención a las personas en las consultas.

La comunidad y lo comunitario quedaban muy bien para rematar airoosamente discursos y declaraciones teóricas, pero para nada más.

Tampoco se debe minusvalorar el hecho de que en el seno de los colectivos profesionales de la vanguardia reformista coexistían (y aún lo hacen hoy) visiones y tendencias diferentes en relación al papel de la comunidad y lo comunitario en la Medicina Familiar y la nueva Atención Primaria. Para ilustrar esta afirmación me permitirán que introduzca una breve digresión acerca de la confrontación dialéctica que se produjo en los años iniciales (a principio de los ochenta del pasado siglo) a la hora de definir el programa docente de la especialidad y el papel que en el mismo deberían desempeñar el hospital y el centro de salud. Existía un grupo numeroso y respetable de colegas que, siguiendo el modelo americano y de diversos países europeos, defendían que la estructura central del programa docente (y de la actividad profesional posterior en el campo de la Medicina Familiar) debería ser el hospital, y que el centro de salud debería mantener con él una relación marcada por la subsidiaridad y la dependencia. El otro grupo, más acorde con las experiencias provenientes de los países nórdicos y algunos latinoamericanos, defendía el papel protagonista del centro de salud y situaba al hospital como un elemento importante, pero de apoyo complementario. Esta discusión no se liquidó en dos días precisamente; baste recordar cómo hecho significativo que no fue hasta principios de la década de 1990 (más de 12 años después del inicio la formación MIR en la especialidad) que se consiguió que las plazas de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria no fueran adscritas a los hospitales, sino a las unidades docentes y centros de salud. Piensen ustedes dónde habría ido a parar la comunidad y lo comunitario si, como algunos pretendían, los servicios de Medicina Familiar fueran hospitalarios y los centros de salud unas consultas externas más o menos peculiares.

A pesar de que, lentamente y no sin dificultades, se fueron imponiendo las tesis de los que defendían el papel primordial del centro de salud y su visualización como una estructura integrada en la comunidad y el territorio, no puede negarse que la traducción de esta concepción estratégica ha sido relativamente escasa en el terreno operativo asistencial. La comunidad y lo comunitario han sido y son aún hoy componentes estratégicos de la Medicina Familiar y la Atención Primaria que solo han asumido plenamente una minoría de los colectivos profesionales de estos ámbitos. En este punto creo de justicia resaltar la brillante e incansable labor de todos los que, a lo largo de muchos años, han estado trabajando por la implantación de estos elementos esenciales de la especialidad y de su marco natural de actuación y reconocer el apoyo prestado por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), nuestra sociedad científica, la única de las llamadas de Atención Primaria y/o Medicina Familiar que siempre ha mantenido en alto el estandarte de la comunidad y lo comunitario.

Es un lugar común entre los profesionales de Atención Primaria y Comunitaria y, por tanto, entre los médicos de familia, el de la queja ante los males que los atosigan y que se traducen en un trabajo diario marcado por las dificultades presupuestarias, la sobrecarga asistencial y la falta de perspectivas de futuro favorables. Los políticos sanitarios están administrando la interminable crisis que padecemos cebándose en la parte más débil del sistema, la Atención Primaria, eso sí, acompañando la agresión con declaraciones vacías y altisonantes acerca del papel nuclear que tiene en el sistema.

Somos cada vez más los que pensamos que ha llegado la hora de poner manos a la obra para revertir la situación de deterioro a la que algunos pretenden conducir a la Medicina Familiar y a la Atención Primaria. Es el momento de iniciar un proceso de reforma de la reforma de ambas, de la especialidad y del campo de trabajo, y hacerlo partiendo del orgullo ante lo conseguido y con la esperanza de que vamos a tener éxito en nuestro empeño de cambiar positivamente su trayectoria. Es preciso regresar a los orígenes, pero no con un espíritu nostálgico o retrógrado, sino con el propósito firme de poner en valor de forma definitiva y prioritaria los elementos conceptuales primigenios que caracterizan a la Medicina Familiar y Comunitaria y la Atención Primaria, perfeccionándolos con las aportaciones realizadas a lo largo de los años por los profesionales y colectivos de vanguardia y adaptándolos a los nuevos contextos sociológicos, económicos, científico-técnicos y de la generación y transmisión de la información de nuestros días.

Llegados a este punto, es preciso pensar en diseñar estrategias y acciones que hagan viable este proceso de reforma de la reforma que, como es obvio, afectará a todo el sistema sanitario y no solo a una parte. No parece fácil corregir el desequilibrio secular del sistema hacia el hospital y la tecnología compleja; para conseguirlo es preciso que la Atención Primaria encuentre aliados naturales con los que comparte objetivos, métodos y actuaciones en la consecución de mejoras importantes de la atención sanitaria personal y comunitaria. Es necesario que, de una vez por todas, la Atención Primaria tenga una visión territorial y comunitaria para el abordaje de los problemas y necesidades de salud. Es preciso que los centros de salud y sus profesionales se abran definitivamente a la comunidad y, con ello, a la alianza estratégica y operativa con otros equipos sanitarios con los que comparte población y

territorio, así como con otros sectores cuyas actuaciones inciden de forma significativa y directa sobre la situación de salud. Hablamos de introducir la perspectiva intersectorial para diseñar conjuntamente con los activos comunitarios de salud abordajes multidisciplinares de los determinantes de salud primarios y secundarios.

Tal como comenta el doctor A. Segura en la entrevista publicada en este mismo número, en Catalunya, a partir de las propuestas iniciales generadas por la red AUPA (Actuando Unidos por la Salud) se generó hace ahora más de un año, con el apoyo de la Conselleria de Salut, un proyecto bautizado con el acrónimo COMSALUT (Comunidad y Salud) cuyos objetivos y desarrollo pueden consultar mejor en las palabras de su coordinador, el doctor Segura.

Figura 1. Recursos y profesionales sanitarios y sociales actuales en Atención Primaria y Comunitaria



Este proyecto nació con la ambición de actuar como motor de arranque del cambio que necesita el conjunto del sistema sanitario y se fundamenta en el establecimiento de alianzas estratégicas y operativas entre los centros y equipos de Atención Primaria y los de salud pública del territorio, alianzas a las que se han de ir sumando, en la medida de las posibilidades existentes en cada lugar, el resto de centros, servicios y profesionales que actúan en el mismo territorio. Esta parte sanitaria ha de liderar conjuntamente con las estructuras y activos de la propia comunidad un proceso de cambios profundos que incidan en todos los ámbitos relacionados con la salud, desde la atención clínica a las acciones que, bajo una perspectiva intersectorial, incidan sobre los determinantes de salud primarios y secundarios (figura 1). En definitiva, se trata de construir una nueva Atención Primaria y Comunitaria que modifique sustancialmente el enfoque de la asistencia, apostando entre otras cosas por eliminar las actuaciones sanitarias ineficaces o perjudiciales, y proporcionándole la doble visión personal y comunitaria que nunca debió perder. Esta nueva Atención Primaria y Comunitaria es el núcleo del subsistema de atención y cuidados clínicos y comunitarios de un sistema sanitario en el que el gran hospital y sus sofisticadas tecnologías diagnósticas y terapéuticas conforman el otro subsistema. Ambos subsistemas deben estar coordinados, pero los responsables políticos y de gestión han de asumir que tienen elementos estratégicos y operativos diferentes y que es un error pretender unificarlos tanto desde la perspectiva de la planificación como de la gestión. El proyecto COMSALUT se encuentra hoy en una fase inicial de desarrollo en Catalunya, pero contiene los elementos conceptuales y estratégicos necesarios para actuar como germen de esta nueva reforma de la que hablaba antes. La voluntad política y la capacidad para innovar la legislación de mediados de los años ochenta son pilares claves para la generalización de sus postulados, para conseguir que la Atención Primaria y Comunitaria resurja de sus cenizas y podamos asistir también a un renacimiento definitivo de la Medicina Familiar y Comunitaria en el que sus contenidos primigenios, actualizados al contexto, recuperen las potencialidades que nunca debieron perder.

[Volver](#)

Dejar un comentario

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar

