

Resumen¹ del Seminario sobre

“Atención primaria fuerte para pobres y para ricos. Qué es y cómo se consigue en países desarrollados y en desarrollo”²

SEMINARIO DE INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA, SIAP, Nº 34 (CON SU SESIÓN “SATÉLITE”, Nº 6)

Sesiones presenciales en LIMA (PERÚ), 15 Y 16 DE AGOSTO DE 2017

¿Qué es una atención primaria fuerte?

“Atención primaria fuerte” es aquella 1/ en que los médicos generales/de familia, enfermeras y otros profesionales de primaria cuentan con el aprecio social y profesional, 2/ tienen una formación de altura que les permite ser polivalentes y resolutivos, 3/ son activos en investigación, 4/ reciben una remuneración adecuada, 5/ tienen auto-estima, 6/ ofrecen accesibilidad con flexibilidad, incluyendo servicios necesarios a domicilio, 7/ trabajan en un sistema sanitario que les facilita medios y tiempo, 8/ les protege de la “competencia salvaje de los especialistas focales” con regulaciones pro-coordinación, como el filtro o “gatekeeping”, que favorecen la cooperación y evitan la competición, 9/ impone copagos bajos o nulos en el punto de atención al paciente/población para incrementar la equidad, 10/ facilita ofrecer más y mejor longitudinalidad y coordinación de cuidados con menor rotación del personal, 11/ promueve servicios apropiados a pacientes y poblaciones, 12/ acepta la paradoja de la atención primaria: resultados deficientes en cada enfermedad por separado pero excelente en las personas y en la comunidad en conjunto y 13/ pacientes y comunidad reconocen a los profesionales de primaria como su primera fuente de atención y promueven su propia salud,ii,iii,iv,v,vi,vii.

Una atención primaria fuerte lleva servicios necesarios a ricos y a pobres pues permite ofrecer cuidados según equidad. Además, protege a los ricos de los excesos de una medicina centrada en los especialistas focales.

¿Qué facilita y fortalece una atención primaria fuerte?

1. Políticas claras, decididas y sustentables, con voluntad de persistencia y mantenidas a lo largo del tiempo de forma que se busque la eficiencia (lograr aquello que más necesita y valora la población a un precio sostenible).
2. Planes políticos concisos y precisos que cuenten con metas y plazos evaluables y que se establezcan teniendo en cuenta y respetando a

1 El Seminario de Lima estuvo organizado por el Equipo CESCA y la Sociedad Peruana de Medicina de Familia y Comunitaria. Este resumen ha sido realizado por los responsables: Mercedes Pérez Fernández, Zoila Olga de los Milagros Romero Albino, Rafael Domínguez y Juan Gérvas. Con aportaciones de los participantes (asistentes, ponentes y tutores virtuales) del debate a distancia y presencia. Los errores, si los hubiere, son de los responsables. Contacto: jjgervas@gmail.com

2 La convocatoria y organización en: <http://equipocesca.org/seminario-de-innovacion-en-atencion-primaria-siap-no-34-con-su-sesion-satelite-no-6-lima-peru-15-y-16-agosto-2017/>

- profesionales y poblaciones/comunidades (incluyendo minorías). Es necesario que dichos planes hayan sido formulados con antelación a la “ventana de oportunidad de acción política” pues su elaboración y debate contribuye al clima de renovación, y facilita su rápida adopción.
3. Presupuestos suficientes para la atención, mantenidos en el tiempo. Son presupuestos específicos para atención primaria orientados a la mejora del resultado en salud (cambios en morbilidad y mortalidad, en el sufrimiento innecesario y sanitariamente evitable, en la carga de enfermedad) en pacientes, familias y comunidades.
 4. Descentralización prudente que asigne recursos según capacidad de gestión a los municipios/regiones, reservando presupuestos y decisiones que aprovechen el poder de monopsonio (monopolio o casi monopolio de único comprador).
 5. Formulación y financiación de la salud en todas las políticas, para disminuir el impacto de los determinantes sociales que provocan y mantienen la mala salud.
 6. Una sociedad democrática y solidaria en que la equidad y la solidaridad sean valores centrales, en sanidad, educación, justicia, sistema fiscal y en otros campos para aminorar el cumplimiento de la Ley de Cuidados Inversos. Ello exige flexibilidad e inventiva que permita dar respuestas locales y generales a los problemas en situaciones de restricción de recursos.
 7. Asociaciones de médicos generales/de familia fuertes, que fomenten el profesionalismo y la investigación, capaces de dar apoyo a/y generar cambios organizativos y políticos.
 8. Investigación que facilite la acción y la innovación, y con acciones que se sostengan con investigación que las evalúe constantemente de forma que se puedan modificar para cumplir los objetivos previstos. Investigación cuantitativa y cualitativa potenciada por las estructuras organizativas pero también desde “la base” (para dar respuesta a la curiosidad y al afán de mejora profesional, con/sin financiación específica).
 9. Atención por profesionales conocidos que ofrezcan trato digno y respetuoso, polivalencia y resolutivez cercana y en las casas/domicilios de los pacientes. Es decir, con integralidad y longitudinalidad individual, familiar y comunitaria que busque transferir conocimientos y habilidades a la población para incrementar su propia capacidad de respuesta a los problemas de salud.
 10. Asignación territorial de la población a la atención primaria para facilitar el trabajo intersectorial y la valoración del impacto en salud del trabajo realizado, con equipos de atención primaria funcionales en el sentido de tener una lista de población definida y de transferir constantemente entre sus miembros conocimiento, capacidades, responsabilidad, autonomía y reconocimiento.
 11. Accesibilidad flexible que tienda a facilitar la atención siempre por

- el mismo profesional y que evite barreras culturales, geográficas, horarias, y monetarias, con énfasis en favorecer el acceso a poblaciones/individuos vulnerables y excluidos.
12. Una reforma pro-contenido que provea recursos financieros y materiales suficientes, incluyendo pago adecuado a los profesionales, estabilidad en el puesto de trabajo, consultorios/postas/centros de salud/locales dignos, tiempos razonables para trabajo clínico y en la comunidad y tecnología dispersa apropiada a las necesidades locales.
 13. Una reforma pro-coordinación que transforme a los especialistas focales en asesores, su atención en episódica, dé el monopolio del primer contacto³ y de la derivación/referencia/encaminamiento al médico general/de familia y conlleve que éste sea el “prescriptor final”(quien apruebe la introducción y cambio de procesos diagnósticos y tratamientos, salvo emergencias).
 14. Formación pre-graduada de los profesionales centrada en la atención primaria y en los generalistas, no en los hospitales y en los especialistas focales. Formación que vaya más allá de la medicina e incluya conocimientos de antropología, economía, ética, feminismo, política y sociología (“El médico que sólo medicina sabe, ni medicina sabe”).
 15. Reformas educativas que acorten los periodos de pre y post-grado y mantengan la formación continuada aprovechando las tecnologías actuales para capacitar y mantener actualizados conocimientos y habilidades de todos los profesionales. Respecto a la formación continuada, es clave la labor de una “unidad de inteligencia” (persona o grupo) capaz de difundir y promover la adaptación local de las novedades/publicaciones/tecnologías de gran impacto probable en salud/coste.
 16. Exigencia de la especialización en atención primaria en medicina, enfermería y otras profesiones que se incorporen a trabajar en atención primaria, con convocatorias abiertas y públicas para cubrir los puestos.
 17. Exigencia de especialización en gestión para los cargos directivos, con convocatorias abiertas y públicas para cubrir los puestos.
 18. Exigencia de que los profesionales sanitarios en proceso de especialización sean debidamente considerados “personal laboral en formación” y reconocidos con un sueldo digno y con condiciones de trabajo orientadas a su formación (y no a ser mano de obra barata).
 19. Incentivos apropiados a los objetivos del resultado en salud (cambios en morbilidad y mortalidad) incluyendo los necesarios para fomentar la accesibilidad y longitudinalidad incluso en regiones

³ El monopolio del primer contacto convierte al médico general/de familia en “filtro” o “gatekeeper” para la atención de los especialista focales, tanto para evitar su atención innecesaria como para seleccionar el adecuado a las necesidades del paciente. En general se acompaña del pago por capitación en un porcentaje variable de los honorarios médicos.

aisladas/remotas y la respuesta sanitaria según culturas, creencias, opciones sexuales, etnias e idiomas locales/de inmigrantes.

20. Existencia de un sistema de compensación de daños que evite las reclamaciones judiciales (para reparar las consecuencias de los errores sanitarios) y al tiempo genere una cultura de seguridad del paciente y del error que lleve a disminuir su frecuencia e impacto.

¿Qué dificulta y debilita una atención primaria fuerte?4

1. Aceptar que las prioridades políticas las define en último término el Ministerio de Economía/Hacienda, de forma que los recursos financieros no responden tanto a valores sociales como a expectativas de mercado (lo que lleva a la asignación excesiva a la atención hospitalaria, en detrimento de la atención primaria y de la salud pública⁵).
2. Centrar el debate sobre la cobertura sanitaria universal en un debate entre público y privado, desviando la discusión de la necesaria implantación general, para todos los habitantes, de una atención primaria fuerte.
3. Considerar en exceso la cuestión de los “paquetes de beneficios” a ofrecer, cuando por definición la atención primaria fuerte se define por la atención a todo lo prevalente y la coordinación de todo lo importante.
4. Difundir y sostener una ideología política que se centra en el individuo y que niega, de hecho, la existencia de la sociedad («No hay alternativa, la sociedad no existe, solo existen los individuos. Solo son pobres los que quieren serlo»). Tal ideología política se corresponde con una ideología científica y profesional arrogante centrada en la “neutralidad” de la ciencia y de la tecnología y en los factores de riesgo y los estilos de vida que suele ignorar los riesgos que conllevan las condiciones de vida y los determinantes sociales.
5. Implantar y difundir mediante ideología y legislación un modelo de sanidad basado en el lucro.
6. Mantener una organización sanitaria en la que, *de facto*, los pacientes sean el “combustible”; es decir, que los pacientes giren en torno a agendas/intereses profesionales, y no al revés.
7. Fascinación por la medicina tecnológica medicalizada occidental, especialmente centrada en el modelo de Estados Unidos.
8. Aceptar que el conocimiento, la tecnología y las respuestas/soluciones vienen siempre “de arriba” (cúspide política, académica, organizativa, etc) con ignorancia e incluso desprecio de las alternativas “de abajo” (profesionales en la práctica diaria, comunidades, pacientes, etc).

4 No se listan aquellos factores/circunstancias que son “opuestos” a los facilitan y fortalecen una atención primaria fuerte. Por ejemplo, enseñanza de pre-grado centrada en el hospital con especialistas focales. O descentralización a municipios que carecen de capacidad técnica/científica/humana para gestionar los recursos transferidos.

5 En este texto, “salud pública” se refiere a las acciones sanitarias sobre las poblaciones, como normas acerca del suministro y depuración de aguas, estudios epidemiológicos, políticas respecto al consumo de drogas, medidas sobre enfermedades infecciosas, etc.

9. El Servicio Rural que exige al recién egresado ir a trabajar a comunidades aisladas, por el descrédito en las mismas de la respuesta institucional y por el impacto en los propios profesionales.
10. La opción por el acceso directo a especialistas focales de políticos, periodistas, militares, funcionarios y otros grupos, mantenida por legislación que de hecho fragmenta el sistema sanitario en dos, uno para "afortunados" y otro para la población general (ésta dividida a su vez, muchas veces, entre los que cuentan con Seguridad Social y los que cuentan con un sistema de beneficencia).
11. Una población a la que se expropia la salud por la medicina "occidental", sin valores, sin cultura propia, sin organización, sin ideología, pusilánime, ignorante, aspirante a la juventud eterna, creyente del "riesgo cero" mediante la prevención e influenciada por los intereses de los grupos de presión, medios de comunicación, las modas y las redes sociales.
12. El énfasis en las soluciones de emergencia o de caridad para la resolución de problemas puntuales ("la caridad llega donde no hay justicia"), lo que debilita la equidad y la solidaridad.
13. Las soluciones "verticales" como respuesta a los problemas prevalentes y/o emergentes, a veces forzadas por las agencias y fundaciones internacionales. Por ejemplo, programas de ayuda a pacientes con VIH, ante el dengue, para embarazadas, ante la tuberculosis, para la planificación familiar, servicios diferenciados para minorías, atención especializada para morir en domicilio, etc.
14. Persistencia de la idea de que en salud "más es mejor", e ignorancia de los daños y costes de los excesos médicos. En general, el deslumbramiento por la técnica y el diagnóstico.
15. Implantación de sistemas informáticos/computarizados orientados a la gestión, no a la acción para mejorar la salud (cambios en morbilidad y mortalidad, en el sufrimiento innecesario y sanitariamente evitable, en la carga de enfermedad).
16. Aceptación de la "biometría" que traduce la salud y el bienestar en indicadores y cantidades manipulables, con la consecuente expropiación de la salud a pacientes, familias y comunidades. La salud pasa a ser definida en términos y cifras que definen los médicos e industrias según sus preferentes intereses).
17. "Abducción" de la ideología, filosofía, ética, investigación y valores de la atención primaria por los especialistas focales que "colonizan" todo el espectro sanitario hasta llegar a la violencia simbólica (el "dominador" ejerce un modo de violencia indirecta y no físicamente directa en contra de los "dominados", los cuales no la evidencian o son inconscientes de dichas prácticas en su contra, por lo cual son "cómplices de la dominación a la que están sometidos").
18. Mantenimiento de un generalizado "síndrome del barquero" que bloquea la transferencia de nueva tecnología desde los especialistas

- focales a los profesionales de atención primaria, como cuando se reservan en exclusiva ciertas prestaciones a los especialistas focales, en contra de la eficiencia.
19. Expectativas sociales irreales, tipo el prevenir y evitar todo mal y sufrimiento, incluso la muerte a la que se ve como el fracaso de la medicina.
 20. Poner el énfasis en la curación *ad integrum*, con una concepción biomecánica del ser humano que lleva al rechazo del “cuidado”, de la espiritualidad, de la intervención comunitaria y de las medicinas complementarias y transforma la atención a las personas, familias y comunidades en una especie de “talleres de reparación de automóviles”, desdeñando el componente psicosocial del enfermar.
 21. La rigidez de la organización, que a veces desarrolla un aparato burocrático que llega a asfixiar la atención clínica y comunitaria, necesariamente variada para adaptar la atención primaria a las circunstancias locales.
 22. La lucha mal entendida contra el “intrusismo”, con el ejercicio de poder de “actos” definidos según profesión, no según situación geográfica ni necesidad de pacientes y poblaciones.
 23. Convertir la atención primaria en “promoción y prevención”, con una confusión continua entre atención comunitaria, salud pública (salubrismo, epidemiología, etc) y política sanitaria que lleva a la prestación de atención clínica insuficiente y/o de baja calidad.
 24. La existencia e incremento de la desigualdad social, admitido consciente o inconscientemente como algo “natural”.
 25. El desarrollo de macro-centros de atención primaria con micro-especialistas múltiples que fragmentan la prestación de servicios en el mismo primer nivel de cuidados.
 26. Instituciones/organizaciones prestadoras de servicios de salud que, pese a su discurso permanente en favor de la atención primaria, persisten en mantener/incorporar soluciones y profesionales para un modelo de atención centrado en el hospital (inconsistente, además, con su reclamación a las instituciones docentes sobre formar recursos humanos para la atención primaria).

i Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/>

ii Boerma WGW. Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the task of general practitioners. [doctoral thesis]. Utrecht: NIVEL; 2003. <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/profiles-of-general-practice-in-europe.pdf>

iii Gérvas J, Pérez Fernández M. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. Rev Bras Epidemiol 2006; 9(3): 384-400. <http://equipocesca.org/el-fundamento-cientifico-de-la-funcion-de-filtro-del-medico-general/>

iv M. Isabel Pasarína,b,c,d, Silvina Berrab,e,f, Angelina González, Andreu Segurag, Cristian Tebé, Anna García-Altésa,b, Inma Vallverdúh and Barbara Starfield. Evaluation of primary care: The "Primary Care Assessment Tools -

Facility version" for the Spanish health system. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000100003

- v Shi L. The Impact of Primary Care: A Focused Review. <https://www.hindawi.com/journals/scientifica/2012/432892/>
- vi G3rvas J. #FortalecerAPS en Chile y en todo lugar. <http://www.actasanitaria.com/%E2%80%8Efortaleceraps%E2%80%AC-en-chile-y-en-todo-lugar/>
- vii G3rvas J. Atenci3n Primaria fuerte para pobres en Yaupi (Per3) y para ricos en Leblon (Brasil). <http://www.actasanitaria.com/atencion-primaria-fuerte-para-pobres-en-yaupi-condorcanqui-peru-y-para-ricos-en-leblon-rio-de-janeiro-brasil/>