

EDITORIAL

Pablo Vela Condón

Coordinador de la Unidad Docente de
Medicina Familiar y Comunitaria.
Sector Zaragoza III y Calatayud.

ATENCIÓN PRIMARIA E INTERVENCIONISMO: UNA OPORTUNIDAD PARA EL PACIENTE

En 1978, la OMS, en su declaración de Alma Ata, definió la Atención Primaria (AP) como:

“La atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada”.

Esta definición larga y prolija es una declaración de intenciones de lo que significa la AP en el contexto mundial. En Europa y en otros países ricos industrializados, la AP ha sido principalmente vista como el primer nivel de servicios de salud. Las reformas introducidas en la década pasada han tenido la intención de promover la equidad en el financiamiento de los servicios de salud, descentralizando la autoridad y la administración de los servicios, estableciendo mecanismos de participación social, reorientando los servicios hacia la prevención, e incrementando la eficiencia.

Una de las funciones más importantes del médico de familia (MF) consiste en poner a disposición de sus pacientes todos los recursos de la medicina y la sociedad, coordinando la atención prestada por otros niveles del sistema sanitario. La atención fragmentada e incoordinada que prestan las especialidades

puede resultar peligrosa y conducir a una mala utilización de los recursos sanitarios.

La posición del MF es clave para regular la entrada en el segundo nivel asistencial. El MF resuelve por sí mismo, contando con los medios adecuados, la mayor parte de la demanda asistencial y abre la entrada al segundo nivel a un pequeño porcentaje de la demanda.

La atención primaria también necesita disponer de los medios de apoyo técnico necesarios para desarrollar el abanico de actividades que le son propias, desde las preventivas y de promoción de la salud hasta las de diagnóstico, tratamiento y control de los factores de riesgo y patologías más habituales.

En definitiva, dentro del sistema sanitario el MG/MF adopta funciones de regulación y coordinación. Como en cualquier otra organización el generalista posee una visión global del conjunto del sistema sanitario. Conoce sus objetivos, el funcionamiento de cada una de sus partes, su estructura y sus relaciones. Actúa como centro de información dentro del sistema: capta información de dentro o de fuera de la organización y es capaz de enviarla a otras partes de la misma.

Cuando analizamos las relaciones del MF/MG con el segundo nivel utilizamos más la palabra derivaciones que consultas, sin embargo, no es posible concebir la relación entre la AP y el segundo nivel como un problema de derivación. El MF/MG en la mayoría de las ocasiones no le deriva pacientes al especialista sino que le consulta problemas, pues sigue asumiendo la responsabilidad global de su paciente. Nos parece importante resaltar que el conocimiento físico de los especialistas consultores facilita la relación en las comunicaciones formales (informes clínicos, docencia, protocolos) e informales (consultas telefónicas...). Asumir que el Médico de AP no deriva pacientes

sino que consulta problemas y tener claro este concepto por parte de ambos niveles asistenciales puede originar implicaciones organizativas de importancia.

Así, como se defiende en numerosas instancias y como se hace en los países anglosajones, el MF/MG podría seguir de manera continuada a sus pacientes, incluso cuando están ingresados, evitando numerosas citas para revisiones a que son obligados los pacientes cuando realizamos una consulta puntual. Incluso podrían aliviarse las listas de espera.

Es en este contexto en el se debería insertar y fomentar la colaboración entre intervencionistas y médicos de familia. Por una parte, el paciente se podría beneficiar de unas técnicas que, hoy por hoy, permanecen recluidas en el ámbito hospitalario de la superespecialización. Pocos MF/MG conocen las posibilidades que le brindan las técnicas endovasculares y endoluminales como alternativa terapéutica de sus pacientes ante patologías cuyo tratamientos

tradicionales resultan más agresivos, mas dolorosos y más caros. Por otra, médicos de familia e intervencionistas abordarían conjuntamente la patología del paciente susceptible de resolverse mediante estas técnicas garantizando la continuidad de la atención. Debemos empezar a conocernos y a colaborar. La integración, real o virtual, puede mitigar la actual falta de continuidad entre Atención Primaria y Atención Especializada pero, en última instancia, el que cada problema sea tratado en el lugar más adecuado -el más resolutivo- y que no se retengan casos ni se derive innecesariamente constituye un problema clínico. No habrá buena Medicina sin continuidad y eficiencia en la atención sanitaria, sin objetivos comunes, sin conocimiento mutuo y sin el establecimiento conjunto de pautas de actuación.

Se lo debemos a nuestros pacientes.