



La atención primaria

Fernando Colado Pinés

Es necesario recordar que esta nueva concepción de Atención a la salud, denominada Atención Primaria de Salud (APS), venía a sustituir al antiguo modelo ambulatorio y tradicional, considerado incompleto, por cuanto fue diseñado para prestar una asistencia individualizada de carácter marcadamente curativo, ignorando cualquier actividad encaminada hacia la promoción global de la salud en la población.

Aún admitiendo las dificultades que un sistema sanitario tiene para lograr ese objetivo genérico de «promocionar la salud» —al encontrarse ésta mediatizada por otros factores interrelacionados— es innegable que un modelo de atención sanitaria preocupado en actuar interdisciplinariamente, sobre el entorno sociosanitario de una colectividad cada vez más completo y satisfactorios (tabla I).

Ya en 1984 H. Vuori¹ señalaba la multiplicidad de acciones que la APS podía poner en marcha, las cuales incluían actividades encaminadas a la modificación de hábitos nocivos (educación sanitaria), junto a otras de marcado carácter preventivo (salubridad, vacunaciones...) e incluso intervencionista (tratamiento básico, rehabilitación, etc.)

Sin embargo, son dos los aspectos, que a juicio de los expertos, marcan la diferencia cualitativa del modelo de APS frente a otros: la formación de equipos de salud multidisciplinares y la actuación mediante programas de salud.²

Los Equipos de Atención Primaria se constituyen como núcleos de profesionales que realizando diferentes aportaciones desde la perspectiva profesional individual y con un esquema de trabajo compartido, dirigen sus esfuerzos para lograr dar respuesta a la demanda de la población en sus diversas áreas ofreciendo una atención integral, directa y continuada sin olvidar todas aquellas facetas encaminadas a la promoción y prevención de la salud comunitaria.

La atención primaria de salud

Han transcurrido diez años, desde que el Real Decreto 137/84³ sobre Estructuras Básicas de Salud, definió las bases conceptuales y el marco organizativo, para el desarrollo del nuevo modelo de Atención Primaria de Salud. En este periodo hemos asistido a la apertura de

Centros de Salud, en la diversidad de la geografía regional, se han desarrollado experiencias de creación de equipos de Atención Primaria, de acuerdo a las exigencias del nuevo modelo de asistencia, y los que participamos desde sus inicios en este proceso, hemos podido contemplar cómo de forma progresiva han ido ensayándose distintas fórmulas organizativas encaminadas hacia un objetivo común: lograr ofrecer al usuario un servicio de mejor calidad.

Asimismo y en tan corto periodo de tiempo, esta forma de entender la atención básica inicial a la población ha sido alabada y denostada con excesiva frecuencia. Frente a los disidentes que acusaban a la reforma sanitaria de ineficaz, cara y dogmática, se han alzado las voces de los que defendemos la filosofía del modelo de Atención Primaria, por considerar que es idónea para integrar estrategias de promoción de salud y prevención de la enfermedad, posibilitando en mayor medida una amplia apertura, hacia la participación de la comunidad en el incremento de la salud.

Para llevar a cabo la puesta en marcha del nuevo modelo, se constituye el núcleo sanitario de profesionales de la Salud o Equipo de Atención Primaria (EAP) que teniendo como marco estructural el Centro de Salud (CS), va a orientar sus funciones hacia la prevención, promoción, curación y rehabilitación de la Salud de los habitantes, ubicados en su Zona Básica de Salud (ZBS).

Las ventajas de trabajar en equipo son obvias: hay un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales, la comunicación diaria entre los miembros del equipo ayuda a lograr un trabajo más eficaz con un mejor grado de resolución de problemas, y lo que es más importante, si el equipo se vertebra como un grupo, huyendo de la estructura organizativa piramidal, caminará en pos de una dirección participativa por objetivos, donde todos y cada uno de los miembros del grupo aportan su cualificación profesional, participando sin exclusiones en la selección, ejecución y evaluación de las actividades dirigidas a lograr el objetivo común planteado.

En la tabla II se detalla la composición de un EAP, con un núcleo básico formado por Médicos, Personal de enfermería, Trabajadores sociales y trabajadores no sanitarios, que cuenta con elementos de apoyo especializado.

La actuación mediante programas de salud fue recomendada por la declaración de Alma Ata (OMS-1978)

como un instrumento adecuado para conseguir elevar el nivel de salud de una comunidad, definiendo el programa como aquel grupo de actividades que estratificándose en etapas progresivas intentaban alcanzar una objetivos determinados de antemano, para una población a la que va dirigido. Ello implica no solo la identificación de necesidades sino también la determinación de una metas y la puesta en escena de unos recursos materiales y humanos al servicio de la ejecución del programa.

En las diferentes etapas de desarrollo del programa de salud va a participar la totalidad del EAP, aunque es evidente que el mayor peso del mismo va a recaer en los profesionales sanitarios Médicos y de enfermería, los cuales llevarán a cabo la denominada consulta programada.

Se entiende por consulta programada en contraposición a la consulta a demanda —que viene motivada por la petición espontánea del paciente— a aquella que se genera a instancias del profesional motivadas por problemas de salud, sobre pacientes seleccionados que presentan una determinada enfermedad, patología o problema sanitario sobre el que se pretende actuar.

La duración de este acto está determinada de antemano y la naturaleza del mismo se ajusta a un protocolo de control y seguimiento aceptado por la totalidad del EAP.

Estas dos modalidades de consulta —a demanda y programada— ocupan la mayor parte del tiempo de trabajo de los miembros sanitarios del EAP pero no son las únicas, puesto que la actuación del grupo incluye actividades de educación sanitaria individual y colectiva tanto a enfermos como a sujetos sanos, actividades de rehabilitación-reinserción y manejo de problemas sociales en los cuales el trabajador social tiene un papel preponderante.

Por último no debemos obviar todas aquellas acciones que son propias del funcionamiento interno del grupo tales como las sesiones, reuniones, los trabajos de organización gestión y evaluación y las facetas de formación continuada e investigación que también les son propias.

En la Comunidad de Castilla-La Mancha las competencias relativas a la organización gestión y evaluación de Servicios en Atención Primaria de Salud están encomendados a la Consejería de Sanidad y al INSALUD central, a través de las respectivas Delegaciones Provinciales de Sanidad y Gerencias de Atención Primaria, que son las encargadas de implantar los diversos programas de salud vigentes (Odontología, vacunaciones, Reconocimientos escolares) y la cartera de Servicios (Atención Médica y de enfermería, atención a crónicos, programas de la mujer, atención a inmovilizados y terminales etc...)

Para concluir y en mi modesta opinión, el balance de los diez primeros años de vida de la Atención Primaria, es alentador. El grado de implantación aún siendo desigual por Comunidades se va consolidando paulatinamente, el tiempo medio de dedicación al paciente en consulta a demanda y

programada sigue ampliándose, la introducción de elementos de organización como la cita previa, han contribuido a facilitar el acceso del usuario a los Centros, y la mayoría de los equipos tras una fase inicial de adaptación, han conseguido una línea de trabajo ascendente en la que prima la búsqueda de una calidad constante.

En los últimos años, con la introducción de elementos dinamizadores para la marcha de los EAPS (Contrato programa, Sistemas de evaluación, Autogestión progresiva) se ha abierto una nueva línea que va a permitir, junto al reconocimiento de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria como indispensable para ejercer la Medicina General en nuestro país, que este Modelo de entender la atención sanitaria pueda cumplir con creces los objetivos para los que fue diseñado. ■

BIBLIOGRAFÍA

¹ Vuori, H. ¿Qué es la atención primaria de salud? Atención Primaria, 1984; 1: 3-4.

² Martín Zurro A, Cano Prez J.E., Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la Consulta. (2ª ed.) Barcelona: Doyma, 1989.

³ Real decreto 137/84 de 11 de enero (B.O.E. nº 27 de 1 de febrero de 1984) sobre estructuras básicas de salud.

Tabla 1

EL CAMBIO DE LA ASISTENCIA AMBULATORIA A LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Objetivos		
DE...	-enfermedad. -curación.	A... -Salud, prevención y cuidado.
Contenido		
DE...	-Tratamiento. -Cuidado ocasional. -Problemas específico.	A... -Promoción de la salud. -Cuidado continuo y global.
Organización		
DE...	-Médicos. -Práctica individual	A... -Médicos de familia. -Otros profesionales. -Trabajo en equipo.
Responsabilidad		
DE...	-Sector Sanitario. -Dominio profesional. -Recepción pasiva de cuidados.	A... -Colaboración interniveles. -Participación comunitaria. -Autorresponsabilidad.

Tomada de H. Vuori. Atención Primaria 1984.

Tabla 2

PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARA DE SALUD

Núcleo básico del Equipo.	Médicos. Enfermería. Trabajador Social. Personal no sanitario.
Elementos de apoyo especializado.	Odontología. Salud Mental. Atención a la mujer. Salud Pública. Laboratorio. Radiología. Veterinarios. Farmacia.

Tomada de Martín Zurro.