



“Necesitamos un mayor compromiso con la continuidad de la atención y priorizar a los enfermos por encima de los sanos”

Iona Heath

- La longitudinalidad de la atención se asocia con menor necesidad de servicios fuera de horario, de ingresos hospitalarios agudos y con disminución de la mortalidad.
- Un número cada vez mayor de médicos tiene la sensación de que están haciendo poco más que promocionar medicamentos.

La Doctora Iona Heath es referente mundial de la medicina de familia. Ejerció durante 35 años como médico de cabecera en Londres y llegó a ser presidenta del Royal College of General Practitioners (RCGP) del Reino Unido, donde también ocupó cargos en los comités de Ética y de Desigualdades en la Salud. Ha escrito numerosas publicaciones en torno al uso excesivo de los servicios médicos y al sobrediagnóstico. Son conocidas sus denuncias del sobret ratamiento con estatinas y sus libros sobre la práctica de la medicina general y sobre las ayudas al final de la vida.

Dra Heath, la publicación en España del libro de PollyMorland “Una mujer afortunada”, una especie de homenaje al famoso de John Berger “Un hombre afortunado”, nos lleva a preguntarle: ¿Por qué leer hoy libros como *Un hombre afortunado* y *Una mujer afortunada*?

Porque, en este momento, muchos profesionales de Atención Primaria se sienten marginados, deprimidos y desilusionados, y están sufriendo un grave daño moral porque ya no pueden respetarse a sí mismos. Esto es así porque ahora no tienen el poder de ejercer la medicina como quieren y como les han enseñado: con un verdadero

compromiso con el bienestar de las personas y la población a la que sirven. En esta situación, puede ser útil y gratificante leer las historias de profesionales, pasados y presentes que, aun así, han seguido encontrando alegría y satisfacción en su trabajo.

¿Qué significa sentirse profesional de Atención Primaria afortunado/a?

Sentirse afortunado como profesional de atención primaria es tener la sensación de que el trabajo es algo positivo que aporta la posibilidad de mejorar la vida de nuestros pacientes, aunque habitualmente pueda ser sólo un pequeño cambio. Es también encontrar alegría en el trabajo diario con el contacto íntimo con muchas personas de una enorme diversidad de edad, cultura, religión y raza, a las que uno nunca tendría la posibilidad de conocer en ninguna otra vida. Vivimos nuestras propias vidas, pero, a lo largo de nuestra trayectoria profesional, tenemos el privilegio enorme de compartir partes de las experiencias de vida de miles de personas más.

Los médicos ya no están condenados a permanecer en sus pedestales tradicionales por encima de la población a la que sirven, pero aún necesi-

tan sentirse valorados por sus pacientes, por su comunidad y, al menos, también respetados por los políticos, por los responsables de las políticas y por los burócratas que crean el contexto en el que se ven obligados a trabajar.

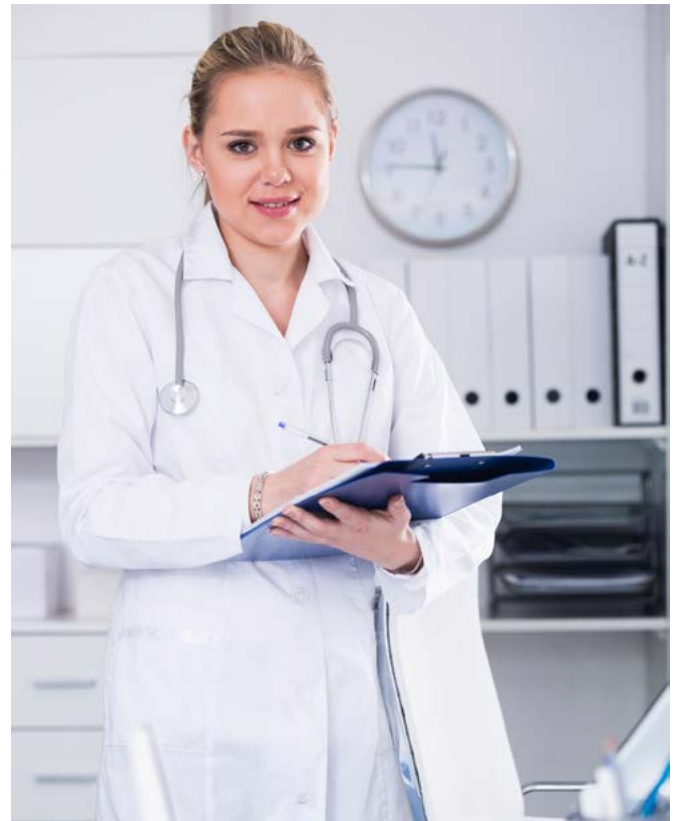
Los médicos ya no están condenados a permanecer en sus pedestales tradicionales por encima de la población a la que sirven.

Acorralados por los imperativos de las directrices y los protocolos, los médicos empiezan a sentirse poco más que traficantes de drogas y, seguramente, a no sentirse afortunados. Esas directrices funcionan mucho más en beneficio de las industrias farmacéuticas y de las tecnologías, que tratan a todas las personas que tienen el mismo diagnóstico como si fueran idénticas y tienden a ignorar todas las cuestiones de contexto. La Atención Primaria existe en la intersección de las verdades generales de la biología y de la sucesión de biografías individuales únicas. Y cuando los médicos pueden trabajar en este espacio y ajustar la atención y el tratamiento a la historia, el contexto, la esperanza y las aspiraciones particulares de cada paciente, entonces se sienten afortunados.

¿Cuáles son las dimensiones del compromiso de los profesionales de Atención Primaria?

Uno de mis héroes fue Ian McWhinney, el médico de familia británico-canadiense. Describió la obligación moral de los médicos generales como un compromiso con cada persona, sin importar lo que pase, y un compromiso de no abandonar al paciente. Esta obligación solo puede terminar con la muerte, la separación geográfica o el consentimiento mutuo. Tal obligación presupone una relación continua entre el médico y el paciente y una atención longitudinal. En los libros, tanto el hombre afortunado como la mujer afortunada trabajan en ese contexto, y ambos estarían de acuerdo en que es una parte muy importante de su buena suerte.

En mi libro, **John Berger: Waysof Learning**, describo como, poco después de conocerlo por primera vez, le escribí esta carta: “Los médicos de



*cabecera siempre hemos valorado lo que llamamos “continuidad de la atención”, y hemos tendido a pensar en esto en términos de acompañar al paciente en un viaje, o en presenciar una historia de vida, ambas cosas parecen tener cierta validez, pero lo que usted parecía decir era diferente: parecía sugerir que la continuidad es en sí misma una dimensión de la salud, y que los médicos pueden ser parte de ella y destacar la continuidad que recorre una vida incluso a través de la dislocación de la enfermedad. Pero esto me lleva de nuevo a lo que decía sobre las fotografías en su libro **Otra manera de contar**: allí parecía casi decir que una fotografía es una dislocación de la continuidad, como una enfermedad es una dislocación de la continuidad de una vida. Y nuestras consultas son casi como fotografías de la vida del paciente, porque nos permiten sacar conclusiones de momentos breves y aislados tomados del continuo. Tenemos, pues, dos tipos de discontinuidad –la enfermedad y la consulta– superpuestas, a partir de las cuales intentamos construir un sentido”.*

Para Berger, “... cuando damos sentido a un acontecimiento, ese sentido es una respuesta, no sólo a lo conocido, sino también a lo desconocido: sentido y misterio son inseparables y ninguno puede existir sin el paso del tiempo. La certeza puede ser instantánea, la duda requiere duración: el sentido nace de los dos.”

En las actuales circunstancias de precariedad laboral, ¿cómo se puede recuperar el compromiso profesional?

Necesitamos ampliar, difundir y enseñar la investigación que ha revelado la enorme importancia y eficacia de la longitudinalidad de la atención. Un estudio observacional basado en registros realizado en Noruega proporcionó pruebas sólidas de que la continuidad de la atención por parte de un médico generalista habitual se asocia con una menor necesidad de servicios fuera de horario y de ingresos hospitalarios agudos, y con una disminución de la mortalidad de forma dependiente del tiempo. Si la relación médico generalista-paciente ha durado más de 15 años, la probabilidad de que se produzcan estos hechos se reduce entre un 25 y un 30 %. Se trata de unos hallazgos sorprendentes que hacen que la aten-

ción longitudinal sea más importante que todos los medicamentos recetados a personas asintomáticas en nombre de la prevención, por ejemplo.

En un artículo publicado en el British Medical Journal la semana pasada y titulado *Sacrificar la atención al paciente en aras de la prevención: distorsión del papel de la medicina general*, (<https://www.bmj.com/content/388/bmj-2024-080811>), Minna Johansson y sus colegas han señalado hasta qué punto la imposición de intervenciones preventivas para quienes están bien ha desviado la atención de las necesidades mucho más urgentes de quienes están enfermos y sufren. La atención primaria ha comenzado a asustar a los sanos y a descuidar a los enfermos. ¡No es de extrañar que los profesionales de atención primaria se sientan moralmente comprometidos! "Esta expansión del territorio médico -sin un beneficio proporcio-



nal o una expansión imposible del tiempo- es un importante contribuyente a la crisis de la atención primaria en muchos países de altos ingresos. Para salvar la atención primaria del colapso, el entusiasmo por los servicios preventivos clínicos, mínimamente beneficiosos, en poblaciones asintomáticas de bajo riesgo, debe frenarse y la responsabilidad de la prevención primaria de enfermedades debe devolverse o reasignarse a la salud pública".

Las sucesivas iniciativas han buscado fortalecer la atención primaria a bajo costo, ampliando la actividad del equipo de atención primaria con una multiplicidad de funciones, al tiempo que se permitía que el número de médicos generales plenamente capacitados siguiera disminuyendo. Esto ha aumentado enormemente la posibilidad de que se produzcan fracturas en las líneas de comunicación dentro del equipo, fragmentando la atención al paciente e interrumpiendo la continuidad de la atención para todos los involucrados.

Otro estudio reciente (<https://bjgp.org/content/early/2025/01/27/BJGP.2024.0312>) informó que las consultas con prescripciones de antibióticos con médicos de cabecera habituales con continuidad se asociaron con menos ingresos hospitalarios posteriores y con un menor uso del departamento de emergencias, pero hubo más derivaciones ambulatorias por los médicos suplentes y por los médicos de cabecera no habituales. Los investigadores concluyeron que las diferencias en los resultados se asociaron más con la continuidad que con el estado de médico de cabecera suplente. Consultar a un médico de cabecera con el que el paciente tenía continuidad de atención se asoció con una menor carga de trabajo dentro de la práctica y en el hospital.

Hay una avalancha de polifarmacia, con poca evidencia de beneficio para los pacientes individuales.

Como me señaló un amigo y colega hace años, el décimo encuentro entre dos personas siempre es diferente del primero y esto se aplica tanto en las relaciones sanitarias como en cualquier otra esfera de la vida.

El Dr Sassall del libro de Berger ejerció cuando empezaba el NHS y la doctora del libro de Morland cuando el NHS está en decadencia. ¿Cuáles son los principales problemas que hay que resolver para recuperar el NHS?

John Berger observó y describió al Dr. Sassall casi veinte años después del inicio del NHS y casi doce años antes de que Margaret Thatcher introdujera la política del neoliberalismo, que inició el proceso de sabotaje que culminó en el estado actual del NHS. El proceso de decadencia se aceleró con la imposición ideológica de la austeridad bajo el gobierno de Cameron, que ha continuado en mayor o menor medida desde entonces.

En su importante libro, *Late Soviet Britain*, la economista Abby Innes escribe: “La destrucción del Estado británico en los últimos cuarenta años fue impulsada por la idea de que los mercados son siempre más eficientes que el Estado: el sec-

tor privado es moral y funcionalmente superior al sector público.” Éste es el credo de la economía neoliberal y ha causado estragos.

Ahora, en comparación con otras economías desarrolladas, el Sistema Nacional de Salud (NHS) carece de recursos suficientes, tanto en términos monetarios como de personal. Es urgente priorizar la atención a los enfermos y aumentar los niveles de gasto hasta alcanzar, al menos, los promedios europeos. También necesitamos un mayor compromiso con la continuidad de la atención y priorizar a los enfermos por encima de los sanos. El contexto socioeconómico más amplio también es relevante, ya que la creciente concentración de la riqueza socava activamente la salud de quienes están en el lado perdedor.

En relación a las ayudas al final de la vida, ¿Qué opinión le merece la regulación de la eutanasia en España?

No puedo comentar la situación en España en relación con la eutanasia y la muerte asistida, ya que no tengo experiencia directa ni relevante. Me opongo a ambas en el Reino Unido porque las encuentro moralmente peligrosas y creo que es significativo que los discapacitados crónicos hayan hecho una campaña enérgica contra la legalización de tales medidas, porque pueden verse a sí mismos como objetivos de intervención, si no ahora, al menos en el futuro. Los seres humanos han sido seducidos por la eugenesia durante siglos.

La enfermedad y la muerte han pasado a ser consideradas, poco a poco, como fracasos de la medicina, incluso por los propios médicos, en lugar de componentes inevitables de lo que es ser humano. Para mí, el problema fundamental es que la medicina no sabe cuándo parar debido a ese miedo al fracaso, que lleva a un exceso de tratamientos que a menudo llega hasta el punto de la crueldad al final de la vida. La medicalización de la vida no se resuelve con la medicalización de la muerte.

Finalmente: ¿Cómo influye en la prestación de servicios sanitarios el poder de la bigpharma y la medicalización de la vida cotidiana?

Si queremos salvar la atención primaria, tendremos que reconocer la brillantez con la que el complejo médico-industrial ha logrado reestructurar la atención sanitaria en su propio beneficio.



Ha habido tres métodos principales en juego: primero, persuadir a los médicos clínicos para que traten el riesgo de enfermedad como una enfermedad en sí misma, en nombre de la prevención; segundo, persuadir a los responsables políticos para que rastreen, incentiven y controlen la actividad sanitaria; y finalmente, financiar grupos de interés y de consensos especiales para equiparar los estándares de calidad con los niveles de pruebas y/o prescripción. Estas tácticas han tenido

un éxito devastador, produciendo una avalancha de polifarmacia, con poca evidencia de beneficio para los pacientes individuales, y dejando a un número cada vez mayor de médicos con la sensación de que están haciendo poco más que promocionar medicamentos. En el proceso, los médicos y otros profesionales clínicos han permitido que la sabiduría de siglos, en relación con la atención, la precaución y la minimización de daños, se erosionara casi por completo.