



## Editorial

## La buena normalidad: cuando salimos mejores

## Good normality: When we come out better



Dicen que en Sevilla no hace frío. Pues sí, hace frío, y más aún dentro de una casa que no está preparada para ello. En verano no, es verdad, pero en invierno claro que lo hace, e incluso hay pico de gripes y catarros como en todas partes. Sí es cierto que bastante menos elevado que antes. La generalización del uso de las mascarillas en el transporte público durante la época invernal y en cualquier espacio cerrado ante la aparición de síntomas catarrales ha hecho que los brotes epidémicos sean menos brotes. Lógicamente, en los centros sanitarios es algo absolutamente rutinario y nadie que tenga algún síntoma respiratorio entra en ellos sin ponerse la mascarilla para proteger así al resto de pacientes con los que pueda coincidir en las salas de espera o el resto de las instalaciones. Los sanitarios, del mismo modo, las usamos de forma habitual, sobre todo en la época invernal y siempre ante los pacientes con síntomas catarrales o gripales o en presencia de cuadros febriles.

Y no solo eso, la población ante esos síntomas no sale de su casa sin la mascarilla, tose o estornuda en la flexura del codo, usa pañuelos desechables, ¡y los desecha tras utilizarlos en lugar de guardarlos en el bolsillo!, se lava las manos a menudo y usa el gel hidroalcohólico disponible en todos los edificios públicos y privados.

Pero esta moderación de la habitual curva de contagios de gripes y catarros no habría sido posible sin la ejemplar respuesta de las empresas con el apoyo de las mutuas laborales. Quedó ya para la historia y el infausto recuerdo valorar positivamente que el trabajador, pese a tener síntomas de un cuadro gripal con tos y fiebre, acuda a trabajar de cualquier forma; una señal de su gran compromiso con la empresa. Ahora muy al contrario, se insta a los trabajadores que presenten síntomas de infección respiratoria aguda a no acudir al puesto de trabajo –al menos, no presencialmente– para así evitar contagiar al resto de compañeros o de clientes. Y para ello no es preciso que acuda de manera urgente a su centro de salud o servicio de urgencias más cercano con el fin de obtener un «justificante» que acredite que esa noche se ha tenido fiebre alta y tos (o diarrea o vómitos o una lumbalgia al agacharse para anudarse los cordones del zapato...). Debe aportar, eso sí, una declaración jurada sobre su estado que es válida para esos primeros días. Si la situación se prolonga en el tiempo ya puede precisar una baja laboral reglada.

Quizá este cambio en la cultura de la empresa que ahora vemos como normal nunca se habría producido de no haber tenido como modelo lo ocurrido en los colegios. Allí fue donde, de forma revolucionaria, rupturista con los hábitos y costumbres anteriores, se decidió confiar en los padres, madres o tutores de los alumnos y no exigirles un justificante médico si el niño no acudía al centro por motivos similares. Esto, unido a las políticas de conciliación familiar y

laboral que permiten a los progenitores permanecer en casa en caso de enfermedad de sus hijos, ha puesto fin a la costumbre del jeringazo de Apiretal® o Dalsy® y al colegio como respuesta a fiebres nocturnas inesperadas. Médicos de familia y pediatras guardan como reliquias archivadas en el interior de sus mentes aquellos finales de consultas de urgencias: «¿Me da un justificante para el colegio?».

Esta disminución del habitual pico de casos de gripe con la que no habríamos soñado ha llegado precisa y paradójicamente cuando más preparada está la atención primaria para afrontarlo. La gran inversión llevada a cabo en los últimos años por el Gobierno con el apoyo y consenso generalizado de todos los partidos políticos la ha posicionado allí donde siempre debió estar: con una buena dimensión de plantillas, permitiendo la longitudinalidad en la atención gracias a la estabilización de los profesionales, con los recursos necesarios y con una autogestión real de los mismos. Descubrir aquel año que la atención primaria nunca fue la puerta de entrada a ningún sitio sino «el sitio mismo», fue quizá lo que permitió entenderlo todo. En estos años hemos podido comprobar lo que antes solo leíamos en múltiples estudios y revisiones: los sistemas sanitarios con una Atención Primaria de Salud fuerte alcanzan mejores resultados en términos de salud a un menor coste<sup>1,2</sup>, mejores resultados en términos de salud, equidad y eficiencia; o, dicho de otra forma, sin una Atención Primaria fuerte, ningún sistema sanitario es sostenible a largo plazo, en especial con poblaciones cada vez más envejecidas y con un mayor número de expectativas y problemas crónicos<sup>3</sup>.

Pero me atrevería a decir que tanto o más que el apoyo en forma de presupuestos, inversiones o tecnologías, la Atención Primaria se ha visto fortalecida por las diferentes campañas llevadas a cabo para ajustar las expectativas y las demandas de los ciudadanos en materia de salud, el rediseño del sistema de prestación de servicios con un apoyo firme en profesionales no médicos y la relevancia social alcanzada por este nivel de atención tanto en visibilidad pública como en atracción como destino profesional<sup>4</sup> y como formación especializada. Todo ello, unido al refuerzo certero de la salud pública y los servicios sociales nos hace ver con optimismo cómo podríamos afrontar una nueva situación de pandemia que esperemos llegue lo más tarde posible.

Las agendas de citas no solo han cambiado gracias al refuerzo descrito, quedando los bises o citas forzadas como algo residual y anecdótico. Los pacientes pueden solicitar cita presencial o telemática según precisen. La agenda permite alternar unas citas con otras, mejorando la accesibilidad de muchos pacientes que por motivos laborales, familiares, sociales o simplemente por preferencias personales eligen evitar la presencialidad si esta no es indispensable. Lógicamente, está debidamente programado en la agenda y tiene

asignado el tiempo preciso para llevarla a cabo. En ocasiones, es solo para cuestiones más –que no únicamente– administrativas como renovación de una medicación crónica o de una baja de larga duración. Digo no únicamente porque en muchas ocasiones se convierte en mucho más que eso y se puede llevar a cabo una adecuada deprescripción, detectar una interacción, empezar a resolver una polimedicación o replantear si esa incapacidad temporal es verdaderamente temporal o tiene visos de ser permanente cuando no, por el contrario, llegamos a la conclusión de que lo mejor para el paciente –física y mentalmente– puede ser intentar retomar la actividad laboral.

Pero no ha quedado ahí. Tras acuerdo explícito con el paciente que solicita y otorga su consentimiento, se llevan a cabo revisiones vía telemática de algunos de sus problemas de salud tanto de la esfera física como mental, siempre y cuando la exploración o la presencialidad en general no sea necesaria para una adecuada valoración y el correcto desarrollo del acto clínico. Se ha convertido en algo habitual tanto en las consultas de atención primaria como en las hospitalarias sin ser interpretado, en ningún caso, como una atención de segunda clase o una falta de interés o compromiso por ninguna de las partes.

Son varios los aciertos que han permitido la implantación definitiva de esta doble atención. Uno de ellos es asignarle el tiempo necesario, el mismo que el de una consulta presencial, pues, lejos de ser más fácil, en no pocas ocasiones es bastante más complejo para paciente y sanitario llevarlo a cabo adecuadamente. Otro acierto es la autogestión de la agenda, que permite al profesional disponer de citas libres presenciales para citar a aquellas personas que se atienden telemáticamente y que precisan una valoración en persona para poder completar una adecuada atención; uno más, la facilitación del uso en el sistema sanitario público de una tecnología que, aunque ya estaba disponible, era impensable que se pudiera emplear en el día a día por las incompatibilidades técnicas, trabas burocráticas o miedo al cambio. Sí, la consulta telemática no ha quedado solo en una atención telefónica –algo que hace unos años nos pareció revolucionario, ¡usar el teléfono!– sino que puede ir más allá y, además del envío bidireccional de imágenes, archivos, vídeos o documentos, permite la videollamada y determinación de algunas constantes. Qué lejos aquello de ver a los sanitarios llamar desde sus propios teléfonos móviles por no haber líneas suficientes en los centros, usar WhatsApp con pacientes a riesgo de recibir crítica o sanción en lugar de alternativas o comprar por cuenta propia cascos de teleoperador con micrófono incorporado para poder hacer todo lo anterior al tiempo que revisaba la historia clínica sin sufrir una cervicalgia aguda por sostener el teléfono entre la oreja y el hombro para poder escribir con ambas manos.

Mirando hacia atrás es inevitable esbozar una sonrisa, no exenta de cierta amargura, recordando cómo se vivió que aquello no era una atención sanitaria, cómo se señaló –errónea y maliciosamente– que «los centros de salud estaban cerrados» (alguno sí lo estuvo pero no tenía relación con la consulta telemática sino con la falta de recursos que llevó al cierre de múltiples puntos de asistencia por parte de las instituciones sanitarias) al tiempo que la sanidad privada anunciaba en gigantes carteles a todo color la atención telefónica como uno de los grandes lujos, logros o avances de los que disfrutar si podías permitirte esa atención reservada para los elegidos.

Si alguien se ha beneficiado de esta dotación de recursos, de estos cambios en las agendas, de esta nueva y verdadera revolución de la Atención Primaria, han sido las personas que más lo necesitaban. No podía ser de otra forma. La atención domiciliaria, consustancial al trabajo de médicos y enfermeras de familia, es la prioridad en el día a día y no solo en los discursos o charlas inaugurales de los eventos. También lo es la atención a las personas que viven en una situación social y económica difícil. Dos ejemplos son: el especial incremento de los recursos materiales y humanos para la atención de las zonas de transformación social que, al mismo tiempo, han visto un cambio en

sus barrios con creación de parques, zonas verdes, centros poli-deportivos, bibliotecas y distintos espacios que favorecen la colaboración vecinal y alternativas de ocio; y la presencia en las historias clínicas de un lugar específico para el registro de diferentes determinantes sociales igual que lo eran antes los antecedentes personales médicos y las alergias, demostrando que las historias clínicas con datos blandos son especialmente fuertes. Por primera vez sentimos que estamos más cerca de empezar a revertir la «ley de cuidados inversos» que Julian Tudor Hart enunció en un artículo de *Lancet* en 1971<sup>5</sup> y que explicaba cómo «la disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida». Algo que se demostró durante la pasada pandemia del coronavirus.

Especialmente destacable en este aspecto es el cambio experimentado por las residencias. De los 400.000 ancianos institucionalizados que había en 2020, más de un 75% han podido abandonar los asilos para ir a sus casas, a la de sus familias o a pisos tutelados gracias a la movilización de los recursos públicos que han sido necesarios, cubriendo los gastos que genera cada anciano o persona dependiente<sup>6</sup>. El resto de ellos, casos más extremos y ahora inusuales, permanecen en residencias reformadas no solo estructural sino también conceptualmente y que, más allá de medicalizadas, están más iluminadas, ajardinadas y socializadas. Ha sido un cambio solo comparable con el llevado a cabo con la reforma psiquiátrica y el cierre de los hospitales del mismo nombre.

Tras estos grandes avances, los importantes cambios sociales, científicos o normativos, ahora nos cuesta pensar en cómo antes pudo ser de otra manera. Ocurrió con la ley antitabaco, que impidió fumar en interiores, algo que parecía imposible; apenas unos meses después lo que se antojaba imposible o irreal era que un año antes se estuviera fumando dentro de un restaurante, en una oficina o incluso en un centro de salud. Igual ocurre ahora con la Atención Primaria. Y cuando termino de escribir estas letras no puedo evitar mirar al pasado con extrañeza, contemplar cómo era nuestra realidad antes de que llegara la buena normalidad, antes de que saliéramos mejores.

Sevilla, noviembre de 2026.

¿Imaginas que dentro de 5 años fuera posible escribir estas letras? Entonces sí, ese día podríamos afirmar que salimos mejores.

## Bibliografía

1. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* 2003;38(3):831-65. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00149>.
2. Basu S, Berkowitz SA, Phillips RL, Bitton A, Landon BE, Phillips RS. Association of primary care physician supply with population mortality in the United States, 2005-2015. *JAMA Intern Med.* 2019;179(4):506-14. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.7624>.
3. Baird B, Charles A, Honeyman M, Maguire D, Das P. Understanding Pressure in General Practice. *Kings Fund*; 2016. Disponible en: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/pressures-in-general-practice>.
4. Minué S. Dr. Sergio Minué: "El incierto futuro de la Atención Primaria" [Internet]. *Medicosypacientes.com* [citado el 29 de julio de 2021]. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/opinion/dr-sergio-minue-el-incierto-futuro-de-la-atencion-primaria>.
5. Hart JT. The inverse care law. *Lancet.* 1971;1(7696):405-12. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067367192410X>.
6. Gervas J. Clever Consulting. Tres básicas, primeras y urgentes decisiones en la Era PostCovid - Acta Sanitaria [Internet]. *Actasanitaria.com.* 2020 [citado el 29 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/y-ahora-que-tres-basicas-primeras-y-urgentes-decisiones-en-la-era-postcovid/>.

Fernando Fabiani Rodríguez\*

Centro de salud de Montequinto, Servicio Andaluz de Salud, Sevilla, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ffabiani@gmail.com](mailto:ffabiani@gmail.com) (F. Fabiani Rodríguez)