



## EDITORIAL

## Longitudinalidad tras la pandemia

## Longitudinality after the pandemic



La pandemia ha sido cruel: mortalidad muy por encima de lo previsible, especialmente en colectivos vulnerables y, sobre todo, en ancianos que vivían en residencias. Pero la crueldad epidémica ha sido consecuencia, también, de las medidas implementadas para intentar combatirla. Algunas de esas medidas persisten pese a que la mortalidad, tras la primera ola, se mantuvo en los niveles esperables y pese a darnos cuenta de que los intentos para detener las olas de contagios eran infructuosos.

Los hospitales se han enquistado en su inaccesibilidad; no solo para visitar o acompañar a pacientes sino, sobre todo, en dificultar el acceso a consultas externas y pruebas complementarias, generando más sufrimiento. En una atención primaria de salud (APS) ya muy castigada durante décadas, las medidas implantadas han deteriorado aún más la situación de todo el sistema sanitario. Algunas de esas medidas aún persisten: cierre de centros, infradotación de profesionales sanitarios, circuitos específicos para, supuestamente, separar pacientes con COVID-19 del resto, atención centrada en el teléfono, empeoramiento grave de la accesibilidad y la longitudinalidad, etc. De muchas de esas medidas ni siquiera conocemos su utilidad; igual eran necesarias, igual no había más remedio, igual no supimos hacerlo de ninguna otra manera, igual no fuimos lo suficientemente valientes para imponer nuestros criterios y valores...

Ahora, con una enfermedad mayoritariamente muy leve, deberíamos considerarla endémica. No lo hemos hecho por las reticencias de la propia OMS y de algunos mal llamados "expertos" (más centrados en sus intereses que en los de la comunidad). Llegó el momento, sin más retraso, de eliminar esas medidas y retomar las cualidades y valores de nuestra APS, o de recrearlas allá donde se perdieron mucho antes. Las crisis deben servir para aprender y aprovechar para promover cambios a mejor.

La APS es imprescindible porque orienta de forma global los problemas de la persona, porque es cercana y accesible y, sobre todo, porque presta atención longitudinal. Podemos definir la longitudinalidad<sup>4</sup> como la «relación persistente

entre profesional y paciente en la cual se trata al paciente como persona con toda su complejidad, considerando sus valores y preferencias» (*Institute of Medicine*, 1997). La longitudinalidad está íntimamente relacionada con el vínculo personal que se establece entre profesional y ciudadano y ha demostrado<sup>4,5</sup> que aumenta la esperanza de vida, disminuye los ingresos hospitalarios y las atenciones en servicios de urgencias. Aumentar el número de médicos de familia (MF) disminuye la mortalidad<sup>6</sup>. Pero no somos mejores MF por hacer infiltraciones, por hacer ecografías o atender problemas más complejos; lo somos por todo ello siempre que prestemos atención longitudinal. La longitudinalidad crea vínculos. ¡Y esos vínculos mejoran la satisfacción de los pacientes y de los propios profesionales!

Curiosamente, longitudinalidad y accesibilidad (que no inmediatez) caminan juntas<sup>5</sup>, se potencian mutuamente. A más longitudinalidad mayor accesibilidad y viceversa. Y, contrariamente a lo que muchos profesionales piensan, más accesibilidad y más atención longitudinal no solo no incrementa el número de visitas, sino que, a medio plazo, lo disminuye y simplifica. Más longitudinalidad-accesibilidad es más satisfacción y menos trabajo para el profesional (entre otras razones porque es más fácil atender a quien ya conocemos).

Incrementar la atención longitudinal en la APS es la medida de organización sanitaria más relevante para mejorar la esperanza de vida, mejorar el funcionamiento del sistema sanitario y la satisfacción ciudadana y profesional. Cuesta entender por qué no lo estamos haciendo; máxime cuando su coste (económico y en esfuerzo) no parece tan importante. Es más, aparentemente se puede hacer con medidas relativamente sencillas por parte de gestores y profesionales medidas que podemos imaginar:

Los contratos son estables (al menos de dos años) para el núcleo del EAP (administrativa, enfermera, médica de familia) y este núcleo es cuidado, mucho más que dirigido.

La selección y elección de lugar de trabajo, así como los incentivos profesionales promueven la longitudinalidad.

El número de profesionales del EAP es suficiente para cubrir las ausencias habituales, permitiendo minimizar la

pérdida de longitudinalidad que suponen, con la atención por otros compañeros habituales (“mi segundo médico de familia”)

Los ancianos de las residencias también tienen atención longitudinal por su propio EAP

Las líneas telefónicas locales para cada EAP, y la dotación de administrativos, son suficientes, y los pacientes son atendidos con diligencia sin necesidad de invertir en centrales de llamadas.

Se prioriza la atención por su propio médico y enfermera (“hoy no está *su médico*, pero le puedo dar hora para mañana que sí estará”)

La organización del equipo promueve la longitudinalidad (“si no puede esperar a que esté su médica de familia, le puedo ofrecer que la atienda su enfermera o el médico de familia X que usted ya conoce...”)

Los servicios de atención continuada o de urgencias también lo hacen (“esto no se lo vamos a resolver aquí, porque es mejor que lo haga su médica habitual”)

En el EAP no hay atención a urgencias (inmediatez absurda y perniciosa<sup>7</sup>), entre otras cosas porque “no existen”. Hay atenciones al día (accesibilidad, pero no inmediatez) y, muy ocasionalmente, emergencias que requieren parar la actividad habitual. Los ciudadanos destierran la máxima “vengo de urgencias”, como llave para abrir todas las puertas, y los administrativos preguntan responsablemente: “¿Cree usted que su problema es tan grave y urgente como para que yo pida a su médico que deje de atender a otras personas, o podríamos atenderlo en unas horas?”

Los administrativos, sanitarios, tienen formación e incentivos para actuar de verdadero filtro y resuelven demandas burocráticas, gestionan con autonomía las agendas y reparten las tareas, decidiendo quien puede resolver mejor el problema, la enfermera o la médica de familia. Los profesionales sanitarios respetan y valoran esa importante tarea.

Evidentemente, para disponer de una APS más accesible y longitudinal, es necesaria una mayor dotación de profesionales y recursos, una mejor valoración social y política de la atención primaria, una nueva concepción de la salud, nuevas formas de trabajo que permitan el acceso y nuevas relaciones con el hospital (que debe, urgentemente, ser reformado). Pero todo eso ya es harina de otro costal. Y no podemos restar pasivos a la espera de esas nuevas condiciones como excusa para no empezar a implantar medidas, en cada equipo, que mejoren nuestra atención longitudinal. Exigir es bueno, necesario, pero “hacer” es imprescindible, porque nos va en ello no solo el prestigio y la utilidad

social de nuestro trabajo sino, también el que ese trabajo nos resulte placentero: ¡Nos jugamos nuestra propia satisfacción!

Debemos releer el poema de Machado para quitarnos la pereza, el hastío...: “Caminante, no hay camino, se hace camino al caminar”

## Bibliografía

1. Casado S. Crueldad epidémica AMF. 2022;18(7):372–3.
2. Coll T, Palacio J, Añel R, Gens M, Jurado JJ, Perelló A. Organización de la Atención Primaria en tiempos de pandemia. *AtenPrimaria*. 2021;53(S1):1–14, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102209>.
3. Comité de Redacción de AMF. Hacia el fin de la excepcionalidad. AMF. 2022;18(1):4–6. Accesible en: <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/hacia-el-fin-de-la-excepcionalidad>.
4. FoCAP. Los beneficios de la longitudinalidad y de la continuidad. FoCAP 2019. Accesible en: <https://focap.files.wordpress.com/2019/01/los-beneficios-de-la-longitudinalidad.pdf>.
5. Palacio J. Las ventajas de una relación estable: longitudinalidad, calidad, eficiencia y Seguridad del paciente. AMF. 2019;15(8):452–9. Accesible en: <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/las-ventajas-de-una-relacion-estable-longitudinalidad-calidad-eficiencia-y-seguridad-del-paciente>.
6. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. DOI: 10.3399/BJGP.2021.0340 Accesible en: <https://bjgp.org/content/72/715/e84>.
7. Coma E, Mora N, Peremiquel-Trillas P, et al. Influence of organization and demographic characteristics of primary care practices on continuity of care: analysis of a retrospective cohort from 287 primary care practices covering about 6 million people in Catalonia. *BMC Fam Pract*. 2021;22(56), <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-021-01414-y>.
8. Añel RM, Palacio J. Atención urgente y en el día: cómo abordar los problemas causados por la sobrecarga de la Atención Primaria. AMF. 2022;18(2):94–102.
9. Palacio J, Añel RM. Atención urgente y en el día: cómo abordar los problemas causados por la sobrecarga de la Atención Primaria. Artículo publicado en AMF. Sano y Salvo. Blog de seguridad del paciente en atención primaria. [14 de marzo de 2022]. Accesible en: <https://sano-y-salvo.blogspot.com/2022/03/atencion-urgente-y-en-el-dia-como.html>.

Albert Planes

E-mail address: [aplanesm@camfic.org](mailto:aplanesm@camfic.org)