

## CAPÍTULO 1

# **Introducción: la necesaria renovación de la Atención Primaria desde “abajo”, desde la consulta. El ímpetu innovador contra la rutina y la “cultura de la queja”**

Juan Gérvas y Josep Casajuana

### **Tres puntos de apoyo básicos para la práctica clínica**

Los humanos nacemos y morimos libres. El contexto puede limitar la libertad humana al nacer, vivir y morir. Los profesionales sanitarios ayudamos a que nazcan, vivan y mueran seres libres pues, en lo posible, eliminamos y paliamos el dolor, el sufrimiento y la muerte, y como profesionales somos libres para hacerlo con ciencia, conciencia y coraje.

#### **Ciencia**

Ciencia, basados en el mejor conocimiento llevado a la clínica en forma oportuna, adecuada al problema de salud, al paciente y a su entorno cultural y social.

Ciencia, para ofrecer máxima calidad, mínima cantidad, tecnología apropiada, por el profesional adecuado, en el momento y lugar oportuno y tan cerca del domicilio del paciente como sea posible.

#### **Conciencia**

Conciencia ante las preferencias del paciente y ante las exigencias de la sociedad que apoya y sostiene el sistema sanitario, con piedad ante la variabilidad humana, con respeto y comprensión a lo que no viene en los libros, pero sobreaabunda en la vida.

Conciencia para cumplir con las exigencias éticas, sociales y profesionales que llevan al compromiso con el sufrimiento y la muerte de los pacientes.

#### **Coraje**

Coraje para no cejar en el empeño, para remar si es necesario contra corriente, para buscar con tesón la verdad, a veces sin siquiera saber qué verdad buscar, para cambiar

rutinas establecidas, para introducir las éticas de la negativa y de la ignorancia en la práctica clínica diaria, para estar en el punto justo, y variable según situaciones, entre la “irracionalidad técnica” (todo para la organización) y la “irracionalidad romántica” (todo para el paciente).

Coraje desde estudiantes (primera hora del primer día de primero de Medicina, Enfermería, Farmacia, Psicología, Trabajo social, Auxiliar de clínica, Técnico de laboratorio y demás) hasta la jubilación (última hora del último día del último mes del último año).

## Tres lastres de nuestra atención primaria

En atención primaria en España tenemos tres problemas básicos, presentes también de forma habitual en los países con financiación y provisión pública, como Portugal y Brasil: desprofesionalización (funcionarización), complejo de inferioridad y bajo liderazgo en los equipos.

### Desprofesionalización

Los profesionales asalariados se ven tentados por lo peor de la burocracia, en el sentido de cumplimiento estricto de los deberes mínimos, y el “esto no me toca”. Muchos equipos de atención primaria no son tales, sino puras plantillas sin objetivos comunes que busquen el beneficio del paciente. Los pacientes pueden resultar “el combustible del sistema”, de forma que llegan a verse como molestos, especialmente los que no cumplen con ritos y citas, que suelen ser los que más necesitan los cuidados.

Los profesionales pierden compromiso con los pacientes, con las poblaciones y con su profesión. Se instala la “cultura de la queja” y no son pocos los que “se queman”. Con ello se justifica la simple presencia horaria, sin implicaciones. En la burocracia se termina estando cómodo con la ignorancia y con la rutina. El refugio en la queja y en el “quemado” conlleva el no aceptar los retos propios de la Primaria: el manejo de la incertidumbre y del tiempo con pacientes complejos en la consulta y a domicilio, la prestación de servicios muy accesibles, muy polivalentes, a lo largo de la vida y para muchos problemas, y la coordinación de la atención por terceros.

### Complejo de inferioridad

La formación predominantemente hospitalaria, con un fuerte currículo oculto, nos enseña a prestar una atención fundamentalmente biológica, fragmentada y tecnológica. Con ello, y la descentralización de recursos de la atención primaria (para llevarla cerca del domicilio del paciente), el profesional desarrolla complejo de inferioridad frente a sus compañeros de hospital, el lugar que se ve como ideal y que contrasta vivamente con una atención primaria con poco “brillo tecnológico” y poca innovación.

El médico de cabecera termina aceptando que los especialistas saben más de su especialidad, cuando el médico de cabecera debe ser el especialista de lo frecuente, en la complejidad de cada paciente. Los pacientes quedan inermes ante una atención descoordinada,

sin un médico que “sume, reste y eleve a la enésima potencia” la atención recibida por los especialistas. Estos son competentes en su especialidad, pero peligrosos sin coordinación.

El complejo de inferioridad nos lleva a aceptar protocolos, guías y “consensos” de los especialistas sobre las distintas enfermedades y situaciones, enfermedad a enfermedad, factor de riesgo a factor de riesgo y se termina haciendo lo que pide el ordenador, las tablas y actividades que se incluyen en el paquete de incentivos.

## Bajo liderazgo en los equipos

En los equipos de atención primaria se “elige” a un miembro del mismo como director o coordinador, pero no se suele valorar en la elección ni su liderazgo clínico ni su formación específica en asuntos directivos. De hecho, muchas veces ocupa el lugar alguien que sencillamente “se sacrifica” y cumple con una labor de simple “correa de transmisión” de la dirección superior y de garante del ambiente inmovilista. Sin liderazgo ni autonomía la jerarquía se convierte en ridícula, y así lo viven los miembros del equipo.

La falta de líderes es obvia para los estudiantes en su paso por los centros de salud, y tiene un efecto de rechazo de un trabajo burocrático, en medio de un ambiente de complejo de inferioridad y sin el atractivo de responder a los retos de la complejidad, de la multimorbilidad. Remata la falta de atractivo el escaso “brillo tecnológico” de la atención primaria.

No es extraño, pues, que la especialidad de Medicina de Familia sea poco atractiva en el MIR y, en consecuencia, la eligen fundamentalmente los que obtienen peor puntuación, no es raro que la abandonen para reiniciar otra especialidad o que se termine trabajando en urgencias, justo el lugar del sistema sanitario más “opuesto” a la atención primaria, donde se ofrece menos longitudinalidad.

## Tres principios básicos para cambiar nuestra práctica

Hay que convencerse de que la solución depende en mucho de nuestra decisión. No son los pacientes (uso innecesario y excesivo de bienes sanitarios, sobre todo del tiempo, con sobrecarga de la demanda), no son los especialistas (pruebas, citas y recetas excesivas, prescripción inducida), no son los gestores (ignoran la vida en las “trincheras”, cargan el sistema con más y más burocracia), no son los políticos (buscan el voto, piensan a corto plazo, son populistas), ni la sociedad (expectante y exigente, manipulada para pedir juventud eterna, medicalizada hasta enfermar, adoradora de tecnologías y medicamentos milagrosos), ni los medios (con sus noticias impactantes, su poco rigor). No se trata de “centrifugar” culpas, sino de buscar soluciones. Al final somos nosotros, los profesionales, los que debemos y podemos transformar la situación.

¿Cómo cambiar desde “abajo”, cómo renovar la atención primaria desde la consulta? Lo primero y fundamental es identificar los problemas comentados más arriba, y al tiempo reunir ánimo y confianza en las propias fuerzas. Si queremos, podemos.

Tras reconocer el problema encontrar soluciones. La comparación internacional nos permite saber qué se hace “por ahí”, y frecuentemente nos sorprende. Sorprende, también, el análisis sosegado del impacto de la crisis económica, pues permite demostrar que

una respuesta organizada y racional puede llegar a incrementar la salud. Así mismo, sorprende la visión ajena de quien analiza el MIR y la elección de Medicina de Familia, y la del que ve desde “la platea” cuánto queda por hacer en atención primaria.

Para cambiar desde abajo, desde la consulta, hay que respetar tres principios básicos:

### *Primum non nocere*

En el siglo XXI este sigue siendo el principio fundamental de la actividad sanitaria. Se logra cuando se trabaja con prevención cuaternaria, es decir, cuando se busca evitar el daño que provoca la actuación sanitaria: evitar todo lo innecesario, pues nunca se justifica el mal que causa, y a la vez prever, disminuir y paliar el daño que también causa la actividad necesaria.

No existe intervención sanitaria que carezca de efectos adversos; por supuesto, pueden producir daño hasta las simples palabras, los consejos, como bien se demostró con el consejo para que los niños durmieran boca abajo para evitar la muerte súbita del bebé (de hecho aumentó con tal recomendación). La prevención tiene que perder el halo de “inocencia”, pues son ya demasiados los daños (y muertos) provocados por las actividades preventivas; sirva de ejemplo el impacto de la terapia hormonal sustitutiva en la menopausia (miles de cánceres de mama, de embolias, de ictus y de infartos de miocardio).

### Equidad

En el acceso y en el proceso de atención. Los servicios hay que ofrecerlos según necesidades de individuos y poblaciones, no según la capacidad de pagar, ingenio en la demanda y/o manipulación del sistema sanitario. Equidad vertical y horizontal para ofrecer más atención a quien más la necesita y la misma atención a necesidades similares.

Equidad en el acceso, con flexibilidad que evite barreras, por ejemplo, a quien trabaja, o a los “insignificantes” (pobres, prostitutas, drogadictos, vagabundos y otros). Y equidad en el proceso, de forma que una vez que se toma contacto con el sistema sanitario los profesionales son capaces de ofrecer un trato apropiado a las necesidades, con independencia de la cultura, dominio del idioma, conducta sexual, raza y demás. Se trata de minimizar el efecto de la “ley de cuidados inversos” (quien más servicios precisa menos recibe, y esto se cumple más intensamente cuanto más se orienta al mercado el sistema sanitario).

### Generalismo

Los profesionales deberían “girar” alrededor del paciente (y no al contrario) para ofrecer el máximo de servicios en el momento. Esto requiere gran accesibilidad, flexibilidad, polivalencia, longitudinalidad y capacidad de coordinación (intra-equipo y con otros niveles y sectores). También se precisa de cierta tecnología, del saber utilizarla apropiadamente (el *know how*) y de un contexto que amplíe, sin límites y con responsabilidad,

la autonomía y el campo de trabajo de cada profesional. Tal generalismo es cada vez más importante dado el crecimiento imparable de la multimorbilidad.

A la multimorbilidad se suele responder con la multiactividad, con polimedicación, con multiderivación y con la fragmentación de la atención. Todo ello mezclado lleva a graves riesgos y a la exposición a efectos adversos que se terminan convirtiendo en un problema de salud pública. A la mezcla de problemas biológicos, mentales y sociales, y sus minusvalías, no puede responderse con macroequipos de miniespecialistas, sino con profesionales generalistas que ofrezcan muchos y variados servicios en el mismo momento de la atención. Se precisa, pues, más generalismo.

En España tenemos ya profesionales capacitados en atención primaria, lista de pacientes y monopolio (hasta cierto punto) del primer contacto. Solo falta autonomía con responsabilidad y rendimiento de cuentas. La renovación es posible y deseable. En los capítulos que siguen intentamos explicar cómo.