

CAPÍTULO 3

Propuesta práctica de renovación clínica en la consulta de Atención Primaria

Juan Gérvas y Mercedes Pérez Fernández

Introducción

Hay un abismo entre lo que se hace y lo que se podría hacer en la consulta (entre la eficacia y la efectividad), y el problema atañe a todos los profesionales, en todos los niveles y en todas las especialidades¹. Para salvar el abismo, o para hacerlo menos profundo, deberíamos incrementar el rendimiento del tiempo del profesional, su bien más preciado.

Aumentar el rendimiento del tiempo significa producir más y mejor; es decir, producir más y mejores servicios que modifiquen en positivo la salud de los pacientes que más lo necesiten. Se trata de prestar servicios apropiados según necesidad y oportunidad, con el manejo adecuado de la ciencia y de la tecnología (y el tiempo del profesional). La ciencia se identifica con conocimientos, la tecnología con habilidades y el tiempo con actitudes comprometidas (con valores como dignidad en el trato y empatía con el sufrimiento). Conviene la combinación de ciencia, técnica y valores para ofrecer calidad técnica y humana, para lograr una cálida calidad². Por ejemplo, ayudan cosas tan sencillas como crear un ambiente acogedor en el consultorio-centro de salud, donde no falten las flores naturales en los despachos.

Es ciencia un método y resultado que permite generar conocimiento. Es técnica la aplicación del mismo. Es tecnología sanitaria el conjunto de medicamentos, instrumentos y procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención sanitaria, así como los sistemas organizativos y de soporte en los que se provee dicha atención³. Para convertirse en servicios, los conocimientos y la tecnología precisan del profesional, de su tiempo (de su compromiso con el enfermar del paciente y otros valores). Estos, los valores, son clave pues no se trata de “hacer bien las cosas”, sino de hacerlas bien de forma que cambie en positivo la salud del paciente. Por ejemplo, con las vacunas sistemáticas se trata de cumplir el calendario, respetar las expectativas del paciente (o de sus familiares, en su caso), asegurar la “cadena del frío”, aplicarlas en horarios convenientes, comprobar la idoneidad e informar sobre los beneficios y efectos adversos (para evitar, moderar y paliar los mismos), con el objetivo último de disminuir la mortalidad por las infecciones contra las que se vacuna.

En otro ejemplo, el uso de los distintos medios anticonceptivos debería adecuarse a las necesidades y características de los pacientes, de forma que los anovulatorios y anticonceptivos (de rutina, orales e implantes, y los de emergencia) se complementaran con otros métodos como el dispositivo intrauterino (DIU) y los de barrera, con el objetivo de facilitar una vida sexual plena y de evitar embarazos no deseados.

¿Que pueden hacer el médico de cabecera¹ y otros profesionales de atención primaria para renovar su propia práctica clínica, para mejorar su rendimiento y productividad y emplear ciencia, tecnología y tiempo de forma que ofrezcan más y mejores servicios? ¿Cómo puede ayudar el contexto profesional, organizativo y social? En este capítulo daremos respuesta a ambas cuestiones, con consideraciones teóricas y con ejemplos varios para aplicar tanto en el trabajo por cuenta ajena como en el del profesional independiente. Consideraremos especialmente los cambios precisos en la accesibilidad, la polivalencia y la longitudinalidad.

El aprecio social del médico de cabecera

Son servicios las intervenciones realizadas durante el encuentro profesional-paciente. Por ejemplo, el médico de cabecera cuenta con unos recursos específicos que le permiten “resolver” en el curso del encuentro gran parte de los problemas de salud de los pacientes mediante la prestación de servicios variados. El médico de cabecera puede, así, extirpar un probable epiteloma espinocelular en el dorso de la mano de un paciente, y en el mismo encuentro realizar escucha terapéutica y una terapia psicológica rápida por la ansiedad del paciente. Son también servicios aquellos que permiten “responder” a todas las situaciones, como derivar al especialista para intervenir unas cataratas y, en una urgencia, seleccionar la mejor alternativa ante una electrocución, por ejemplo.

Los servicios se prestan en lo que técnicamente se llama encuentros, eventos de intervención profesional (en los que se gestiona información para ofrecer la mejor alternativa al paciente y/o se controla la evolución de la alternativa seleccionada), bien cara a cara (encuentros directos, en el despacho, en la casa del paciente, y en otros lugares como la

¹Se llama médico de cabecera al médico más accesible y cercano, al médico “de la familia”, al que coordina el acceso y los servicios de los otros médicos especialistas. En muchos países se conoce al médico general por tal nombre; en otros su nuevo nombre es “médico de familia”. En todo caso, ser médico general o de familia es ser un especialista, con residencia médica obligatoria en los países de la Unión Europea, Australia, Brasil, Canadá, Nueva Zelanda y otros. Llamamos médico generalista al médico de cabecera, al médico general que atiende al paciente y a su familia en todos los casos y situaciones (en el consultorio y en el domicilio del paciente, antes de la cuna hasta después de la tumba, desde antes de la concepción hasta después de la muerte), y desde la salud a la enfermedad y que solicita el trabajo de consultor del médico especialista en situaciones episódicas que requieren tecnología o conocimientos específicos. El nombre de “médico de cabecera” alude a la visita a domicilio, a estar junto a la “cabecera” de la cama del paciente; también alude a consejero de la familia, que se frecuenta y aprecia. El médico general se transformó en “médico de familia” en los EE. UU., en la década de los 60 del siglo XX, por el rechazo del Comité de Especialización a reconocer como una especialidad lo que se dedicaba a lo general. El nombre de médico de familia es el que se emplea oficialmente en Brasil y en España y en otros países. Persiste el nombre oficial de médico general en el Reino Unido, Irlanda, Holanda, Noruega, Francia, Nueva Zelanda y otros países. En la Unión Europea (27 países, 500 millones de habitantes) para trabajar en el Servicio de Salud público se exige el título de especialista en Medicina General de Familia (residencia de tres años, como mínimo). En España el pediatra actúa de médico de cabecera de los niños, y por ello en este texto se le incluye como médico de atención primaria, como un médico de cabecera más.

acera o la habitación de un hotel o de un hospital), bien encuentros indirectos (a través de un tercero y por carta, teléfono, Internet y otros)⁴.

Lo que se aprecia socialmente es que el médico de cabecera sea muy accesible, capaz de prestar servicios muy variados en el mismo momento del encuentro, y que establezca una relación a largo plazo con el paciente, su familia y la comunidad; es decir, se valora la accesibilidad, la polivalencia y la longitudinalidad.

El médico de cabecera “resuelve” la amplia mayoría de problemas que atiende, en el sentido de prestar servicios sin derivación, y “responde” a todas las situaciones que se le presentan, en el sentido de sugerir una solución, pues nunca puede quedarse “cruzado de brazos”, sin saber qué hacer. Para ello precisa de ciencia y de técnica y, en todo caso, de su propio tiempo que optimiza cuando ofrece al paciente las mejores alternativas según sus propias expectativas, con lo mejor de la ciencia y de la técnica según la necesidad y la situación. Tal médico, capaz de “resolver” variados problemas y de “responder” a todos cuenta con el aprecio social se convierte en una especie de “héroe” civil siempre añorado⁵⁻⁷. Este prestigio social debería compartirlo el médico de cabecera con los otros profesionales de primaria, pues con ellos logra gran parte de su capacidad de resolución y respuesta.

Texto y contexto

El médico de cabecera incrementa el abismo entre eficacia y eficiencia si emplea su tiempo en actividades innecesarias, como recibir a los representantes farmacéuticos, cumplimentar gran parte de los requerimientos burocráticos o prescribir antibióticos en las infecciones víricas de vías respiratorias, o derivar una paciente con amenaza de aborto a urgencias por más que no haya signos de alarma, o cumplir con la rutina de la solicitud de una revisión “al año” por cáncer de colon. Disminuye el abismo cuando elimina “el lastre” de estas actividades sin fundamento y, al contrario, aplica a los pacientes que lo necesitan los servicios precisos; por ejemplo inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina y beta-bloqueantes en los pacientes con insuficiencia cardíaca, la atención a domicilio que logra una muerte digna del paciente terminal, la prestación de atención familiar a los padres de un niño autista, o un antiinflamatorio en una cistitis probablemente vírica. En las 8 situaciones citadas el médico emplea ciencia, técnica y tiempo (el texto) en una organización privada o pública, con sus recursos y regulaciones (contexto). Es decir, emplea conocimientos, habilidades y actitudes apropiadas para aumentar su rendimiento, para producir más y mejores servicios, por sí mismo o a través de otro profesional de primaria, pero lo hace en una organización que promueve/limita su capacidad.

Los médicos, las enfermeras y otro personal auxiliar trabajan en un contexto profesional, organizativo y social “disperso” que resulta determinante para la prestación de servicios. Es fundamental que se entienda la atención primaria como la organización dispersa de prestación de servicios; así, los centros de salud y los consultorios pueden verse como “tecnología dispersa”, mientras los hospitales se pueden ver como “tecnología concentrada”, si creemos que la tecnología es lo más “visible” de los recursos y de los servicios prestados⁸. Por supuesto, también se “dispersa” el personal en primaria, contra la concentración del mismo en el hospital. Tal dispersión es básica, para poner los recursos personales y tecnológicos cerca de los pacientes y familias, pero tiene sus inconvenientes, de forma que requiere una

gestión apropiada. Además de la dispersión, importante para la productividad por la falta de una “economía de escala”, el contexto permite valorar apropiadamente el rendimiento, que no puede ser el mismo, por ejemplo, en España que en Guinea Ecuatorial, por la distinta disponibilidad de recursos y por la situación social consecuencia del desarrollo económico. En general, la revolución digital está acercando y personalizando la producción y los servicios, en la misma forma en que lo hace de siempre la atención primaria; convendría, no obstante, “sumarse al carro” y llevar la nueva tecnología al centro de salud y al domicilio del paciente, para aumentar la eficiencia y aprovechar el impulso de dicha revolución digital^{9,10}.

El contexto es clave, pues, para la prestación de servicios, para la productividad y para medir el rendimiento. Determinados recursos facilitan el buen trabajo; otros lo anulan. Por ejemplo, el trabajo en equipo “orgánico” (la “plantilla”) conlleva la dejación de funciones en que todas las atribuciones se discuten, y el “no es mío” puede llevar la productividad a casi cero. En caso contrario, con equipos “funcionales”, la delegación de funciones permite optimizar lo mejor de cada profesional, que además “hace manos” y mejora su “pureza de raza”. Así, en Suecia las enfermeras de primaria colocan los DIU, lo que libera tiempo para el trabajo de los médicos. No se trata solo de los conocimientos, técnicas y habilidades de las enfermeras suecas, sino de un entorno que facilita su trabajo, atribución de funciones, suministro del material y soporte legal incluidos.

Accesibilidad

Para aumentar la productividad, para ofrecer más y mejores servicios apropiados según la necesidad, se precisan cambios en la accesibilidad, la polivalencia y la longitudinalidad que ofrecen el médico de cabecera y los otros profesionales de primaria¹¹. Es decir, se trata de ofrecer servicios sin barreras (geográficas, administrativas, monetarias, culturales y otras), por el profesional apropiado, capaz de “responder” a muy variadas situaciones por contar con apropiados conocimientos, habilidades y actitudes, y que se comprometa a lo largo de la vida con los pacientes, familias y comunidades. El objetivo es conseguir la máxima calidad, la mínima cantidad, con la tecnología apropiada, en el lugar y el momento adecuado, por el profesional apropiado y tan cerca del domicilio del paciente como sea posible¹².

El debate en torno a la accesibilidad suele estar viciado por centrarse fundamentalmente solo en dos cuestiones: el co-pago monetario y los encuentros cara a cara. Naturalmente estas dos cuestiones son importantes, pero no deberían excluir otras como el copago en tiempo y los encuentros indirectos. Así, un equipo “funcional” que agrupe a médicos de cabecera y a otros profesionales de primaria puede ofrecer acceso coordinado y continuado (día y noche, y todo el año), con un copago en tiempo adecuado a la necesidad y a la urgencia, y con encuentros indirectos si es conveniente. En el extremo opuesto, y muy frecuente en España, la falta de accesibilidad lleva a “colas” de días y hasta más de una semana para ver al propio médico de cabecera¹³. Tal barrera administrativa transforma al médico en un especialista de pacientes crónicos, estables y “obedientes” (para cumplir con el ritual de las citas); estos suelen ser los pacientes que menos servicios precisan de un médico (si acaso, de un auxiliar prudente).

La delegación de funciones (de conocimiento, habilidades, tiempo y poder) libera a los profesionales de tareas que disminuyen su “pureza de raza” (y su autoestima), y aumenta el rendimiento de la atención primaria¹⁴. En la renovación es clave la mejora de la accesibilidad, para disminuir el copago en tiempo; para ello lo fundamental es “emparejar” la situación y el paciente con el profesional adecuado, y decidir si merece un encuentro cara a cara (más costoso, a restringir) o indirecto (menos costoso, a fomentar como alternativa). Por ejemplo, los previsible vómitos de un paciente terminal, en la madrugada de un domingo pueden llevar a una consulta telefónica del familiar-cuidador a su médico de cabecera, quien tiene oportunidad de tranquilizar y recomendar un cambio en la medicación, si es conveniente, y “esperar y ver”. En otro ejemplo, el administrativo amable, prudente y bien formado sabe que los “chequeos” son inútiles y puede guiar y orientar al paciente nuevo que quiere “un chequeo” sin más, en encuentro directo (más importante, por ejemplo, si el paciente es analfabeto) o indirecto (más fácil en un joven “nativo digital”). La accesibilidad debería ser adecuada a las necesidades y características de los pacientes, con especial atención a aquellos que tienen más dificultades para cumplir citas, como trabajadores por cuenta ajena, drogadictos, vagabundos y otros marginados, adolescentes y demás. Esta flexibilidad que facilita la accesibilidad en todo lo posible es característica básica en atención primaria. Los sistemas de citas automatizados y/o en centros de llamadas (*call centers*) carecen de capacidad para hacer lo que un administrativo competente realiza¹⁵ sin darse cuenta: [tras identificar la llamada por el tono de voz y la forma de hablar, sin pedir más datos ni siquiera el nombre, solo unos segundos de charla de cortesía y confirmar que quiere consulta para su hija] “Entonces, Luisa ¿la consulta para su niña como siempre, sobre las cinco y media, antes de volver a casa?”

La accesibilidad debería medirse en la práctica, para valorar la accesibilidad “efectiva”. Es decir, para asegurarse que se facilita el acceso preferente a los pacientes que más lo necesitan (que a veces hay que buscar activamente). En general, los servicios sanitarios, incluyendo los de primaria, se *okupan* por un pequeño porcentaje de pacientes y solo en parte se puede justificar tal *okupación* (muchas veces no son pacientes complejos, sino sanos con “complejo de pacientes”). Conviene ahuecar las agendas mediante la revisión de la utilización por los “grandes utilizadores”, para resolver sus problemas de forma adecuada y lograr que no sobrecarguen las agendas de los distintos profesionales para facilitar la accesibilidad “efectiva” según la necesidad¹⁶.

Polivalencia

La polivalencia del médico general y de los otros profesionales de primaria depende del texto y del contexto¹⁷. Así, son muy importantes los “usos y costumbres” y los ámbitos de poder, y hoy en España pocas pacientes esperan que su enfermera de primaria les coloque un DIU, o que su médico de cabecera les tome una muestra vaginal y la examine al microscopio para buscar tricomonas. En otro caso, el “síndrome del barquero” explica la retención de situaciones y pacientes por profesionales más cualificados cuando la ciencia y la tecnología permitiría su transferencia a profesionales menos cualificados (cuyo tiempo es más barato, y su preparación más apropiada para ello)¹⁸. Los unos son ineficientes pues detraen tiempo valioso que podrían dedicar a otras situaciones y pacientes (además, no “hacen manos” y pierden “pureza de raza” y autoestima) y los otros también son ineficientes pues

ni mantienen, ni adquieren nuevas responsabilidades para las que están preparados (lo que también disminuye su autoestima).

El objetivo es llevar el máximo de polivalencia hasta el propio paciente, y a su domicilio (de la planta del hospital al consultorio-centro de salud, y de aquí al domicilio del paciente)¹⁹. Buen ejemplo en los diabéticos es el uso de la determinación de glucemia en los pacientes insulino dependientes, por el propio enfermo, y el empleo del glucagón por un familiar conviviente en situación de coma hipoglucémico. En otro ejemplo, el control del peso y de los edemas por el paciente anciano analfabeto con insuficiencia cardíaca recluido en el domicilio, y su seguimiento por la familia con cambios apropiados en la dosis de diuréticos.

El uso racional de la tecnología y de los nuevos conocimientos debería incrementar el rendimiento, de forma que cada profesional pueda prestar los más variados servicios al máximo de su capacidad. Ya hemos citado la implantación de los DIU por enfermeras, que también pueden realizar rectoscopias; así mismo, cabe citar otros muchos servicios como cirugía menor por el médico de cabecera, retinografía con cámara no miótrica por el auxiliar de clínica, ecografía diagnóstica en la consulta médica, el consejo contra el tabaco por el paciente “experto”, el seguimiento del paciente con anticoagulación por el farmacéutico comunitario (de oficina de farmacia) y por la familia y el propio paciente, la aplicación a domicilio de quimioterapia por el médico de cabecera y la enfermera y otros. Se trata de lograr la máxima polivalencia de todos los profesionales, y que no se oiga el típico “esto no es mío” (en donde prima la “plantilla” y el “equipo orgánico”), pues lo que precisa un paciente justifica la acción del profesional más pertinente.

De hecho el objetivo es que el paciente en su silla consiga en primaria todos los servicios posibles y convenientes en el momento, con los profesionales “girando” a su alrededor (y lograr que el paciente no vaya dando giros alrededor del sistema sanitario y sus profesionales). En un ejemplo, sea un niño que acude de urgencias por una herida, que es suturada por la enfermera tras valoración médica; puesto que le falta un mes para la vacuna se comenta con la madre que le acompaña y se procede a la vacunación; además, tiene un incisivo de leche a punto de caerse, de modo que el auxiliar se lo extrae con suavidad; la madre comenta que “no duermo nada desde hace tres meses”, y el médico de cabecera le dedica una consulta corta, de 5 minutos, donde aclara que está en proceso de separación; el médico le prescribe una serie breve de somníferos y le da cita para dentro de una semana en horario conveniente para la paciente, para una consulta de media hora.

Por supuesto, la accesibilidad es necesaria para que la polivalencia ayude a incrementar la productividad²⁰. Es decir, el potencial productivo de la polivalencia de los profesionales de primaria solo puede ponerse en práctica si hay acceso conveniente a dichos profesionales²¹. La polivalencia depende sobre todo del conjunto de recursos materiales (de la tecnología), de las habilidades para emplearlos y de las regulaciones al respecto, pero se complementa con un acceso bien organizado. Por ejemplo, el tener material para sutura (hilo, pegamento de cianocrilato, tijeras, pinzas, mosquitos y demás) es básico para que la enfermera pueda tratar las heridas, pero si su agenda no admite huecos para urgencias será imposible prestar este servicio. En otro ejemplo, sin morfina, adrenalina, ácido acetilsalicílico, oxígeno, estreptoquinasa y electrocardiógrafo se puede dar pobre respuesta al paciente con probable infarto de miocardio, pero contar con tal material exige capacitación del médico de cabecera y del personal de primaria para prestar un servicio apropiado. En el caso de los pacientes con úlceras crónicas, la buena limpieza quirúrgica a fondo exige

material como crema anestésica (con lidocaína), pero sobre todo profesionales capacitados para prestar tal servicio, con una agenda flexible. En los pacientes a domicilio el cabás del médico bien surtido permite ofrecer atención tanto a urgencias como a pacientes crónicos recluidos en su casa, pero hay que “efectivamente” hacer los avisos, a diario y a ser posible por el propio médico de cabecera del paciente^{22,23}. Este ejemplo sirve para dar énfasis a la atención a domicilio, importante en primaria y para la sociedad. De hecho, hay que ver el hogar como un lugar de prestación de servicios, y no solo para pacientes recluidos en el domicilio²⁴.

Hoy, en España, es frecuente que los médicos de cabecera y las enfermeras de primaria hagan solo un día de avisos a domicilio a la semana; también es frecuente que se turnen para hacer un día de urgencias semanal y en ambos casos atender a los pacientes propios y de todos los compañeros (incluso hay centros donde las enfermeras, además, se turnan para las curas de pacientes crónicos, de modo que puede suceder que quien precise una cura diaria vea a 5 profesionales distintos a la semana). Con ello se dificulta el acceso al profesional “natural”, y se disminuye la longitudinalidad.

Hay campos “abandonados” por la primaria, que conviene recuperar en un movimiento de renovación que busque salvar el abismo entre eficacia y efectividad, que permita prestar servicios según la necesidad cerca del domicilio del paciente²⁵. Por ejemplo, servicios de cirugía (extirpación de cánceres de piel, tratamiento de abscesos glúteos y de hemorroides infartadas, por ejemplo), ginecología y obstetricia (seguimiento del embarazo y tratamiento de las bartolinitis, por ejemplo), de infecciosos (atención a pacientes con sida, o con tuberculosis, por ejemplo), de Pediatría (“desde antes de la cuna hasta después de la tumba”), de Odontología (diagnóstico y tratamiento de caries, por ejemplo), Oftalmología (diagnóstico y seguimiento de hipertensión ocular y extracción de cuerpos extraños corneales, por ejemplo), Traumatología (infiltraciones e inmovilizaciones en esguinces y en fracturas, por ejemplo), Salud mental (atención a drogadictos, por ejemplo) y terminales (cuidados paliativos a domicilio)²⁶.

Longitudinalidad

En la atención clínica el profesional maneja información en parte “reglada” (la anamnesis, la exploración física y el resultado de pruebas diagnósticas varias, por ejemplo) y en parte informal, lo que llamamos “blanda” y que a veces “se graba” en la memoria del profesional sin que lo perciba, pero que tiene gran impacto en sus decisiones clínicas. Los datos blandos en atención primaria constituyen un acervo inmenso, que se incrementa con el paso del tiempo y que ayuda a decidir más rápida y apropiadamente²⁷. Además, y en un círculo virtuoso, cuanta más información tenga el médico de cabecera, cuanto más conozca al paciente, a su familia y a su comunidad, con mayor facilidad aportará el paciente más información apropiada, por la relación personal de confianza. Así, es fácil que el paciente hable con serenidad de su vida sexual y/o sentimental, campos de más fácil consideración si hay una buena longitudinalidad y que pueden ser determinantes para una atención correcta, por ejemplo, en la ansiedad de una mujer sexualmente insatisfecha, o en la valoración de unas ronchas rosáceas cutáneas palmares en un varón promiscuo. El objetivo es ofrecer servicios centrados en la persona (y en la familia) teniendo en cuenta la complejidad de su peculiar modo de enfermar; se trata de evitar los servicios centrados en el paciente, la enfermedad o el factor de riesgo y de rechazar la atención según un algoritmo, guía, protocolo o tabla²⁸.

Longitudinalidad es la prestación de servicios variados a lo largo de la vida por el mismo profesional, con el que se establece una relación de confianza, así como el reconocimiento por la población y los pacientes del médico de cabecera como “fuente de cuidados”, con el que se consulta en primer término²⁹. El médico de cabecera puede llegar a ofrecer, por ejemplo, atención al padre “novicio”, angustiado por su inexperiencia en el cuidado de un bebé, a quien conoció siendo recién nacido, por seguir el embarazo y atender el parto de su madre. Con ello acumula un crédito que genera prestigio y buena reputación de los profesionales de primaria. También da crédito y ayuda a conocer el entorno doméstico del paciente, la realización de avisos a domicilio, expresión de rotura de las barreras geográficas, sobre todo por el propio médico del paciente, tanto a crónicos reclusos a domicilio como a demanda.

Solo se puede lograr un alto grado de longitudinalidad si el profesional permanece en su puesto de trabajo por décadas, y si ofrece múltiples servicios (polivalencia) con facilidades de acceso. Es decir, en la mejora del rendimiento y en la renovación de la práctica clínica se concatenan la accesibilidad, la polivalencia y la longitudinalidad. Por supuesto, los pacientes aprecian de forma distinta estas tres características, según sus circunstancias personales. Por ejemplo, para un joven con trabajo inestable y vida sincopada, con perspectiva de emigrar a Alemania, lo que cuenta es la accesibilidad con un profesional polivalente cualquiera que “resuelva” su paroniquia “en el momento”. Otra cosa es el paciente que se jubila y se traslada a vivir con sus hijos a una nueva ciudad, donde aspira “a morir”, y pretende una atención longitudinal con el médico de cabecera para esos años finales de su vida. El buen médico de cabecera maneja apropiadamente las tres características para ofrecer sus servicios.

Hay pautas organizativas que pueden romper completamente la longitudinalidad; por ejemplo en algunos centros de salud de Finlandia, los enfermos son distribuidos cuando llegan al médico de cabecera disponible, un poco al azar y sin ánimo de que se establezca relación personal entre profesional y paciente. También rompen la longitudinalidad los contratos “a meses” (a veces “a semanas, días e incluso horas”) en España, para plazas públicas de médico de familia que no se sacan a oposición. Así mismo, disminuye la longitudinalidad el que no haya un médico de cabecera “asignado”, para que cuando falte un compañero se haga cargo prioritariamente de sus pacientes (por ejemplo, que en las vacaciones se “turnen” de manera que el paciente no acaba con el médico “que le toque”, sino en general con uno ya conocido, el “asignado de siempre”).

La longitudinalidad mejora en la consulta el manejo de la incertidumbre y del tiempo³⁰. La longitudinalidad ayuda a aumentar la probabilidad pretest a muy bajo coste. Así, la información acumulada y la confianza del paciente permiten tomar decisiones rápidas y generalmente acertadas, o soslayar decisiones en espera de más y mejor información que permita seleccionar una alternativa más eficiente³¹⁻³³. Por ejemplo, ante el dolor abdominal de una niña en la que se sospecha la menarquia, y que si no se maneja bien lleva incluso a la laparoscopia en urgencias. La buena relación con la niña y su familia permite compartir dudas y trabajar con lógica y “esperar y ver” (si hay accesibilidad que facilite el seguimiento del caso). En otro ejemplo, el conocimiento del alcoholismo de un varón permite orientar prontamente su cefalea del lunes, por la borrachera del fin de semana en las fiestas patronales. Por supuesto, el buen médico general considerará apropiadamente otras alternativas, para no caer en “lo fácil” y facilitará el acceso aconsejando adecuadamente sobre los “signos de alarma” que transforman los ejemplos previos en, respectivamente, saturnismo (la familia vive en una casa centenaria y la niña padece “pica”, y come la pintura)

y meningitis por complicación de otitis crónica (los pacientes también pueden tener varias enfermedades, y el manejo de la “navaja de Occam” conviene verse atemperado en la práctica clínica al recordar la “triada de Saint”¹¹).

En la longitudinalidad lo clave son los valores con los que se ofrece el tiempo del profesional, especialmente el compromiso personal a largo plazo del médico de cabecera con sus pacientes y con su población. Es decir, la dedicación de su tiempo profesional global (en último extremo de “su vida”, sin que ello implique la dedicación literal a tiempo completo) a unos pacientes concretos, a sus familias y a su comunidad. Esos valores los perciben los pacientes, especialmente el compromiso para ofrecer longitudinalidad y coordinación de cuidados. Sin ellos, por ejemplo, el médico de cabecera deviene en “el de turno”, en expresión del paciente “el que me ha tocado hoy”. Es imposible ofrecer una longitudinalidad permanente, las 24 horas del día los 365 días del año, pero entre el 100 y el 0% de longitudinalidad hay porcentajes razonables y posibles.

La “rotación” de los médicos (su traslado), que reduce la longitudinalidad a cero, es más fuerte en los sistemas de provisión pública, como en España y en Brasil, y más infrecuente donde el médico tiene que “construir” su cartera de pacientes, como en Alemania, Dinamarca y Noruega, por ejemplo.

A su vez, favorece la longitudinalidad el pago por capitación (que implica siempre la lista de pacientes y el papel de filtro), como en las ya citadas Dinamarca y Noruega, y en Nueva Zelanda y el Reino Unido. La lista de pacientes va unida al papel de “filtro” para la atención especializada, distribuye a los médicos de cabecera por toda la geografía y asigna un cupo a un profesional, y los pacientes identifican a “su” médico de cabecera de la misma forma que el médico identifica a “sus” pacientes^{34,35}.

Lamentablemente, empieza a ser frecuente la existencia de las *patient lists* en las que se agrupa a los distintos “cupos” de los médicos que se asocian para trabajar en un centro de salud en el Reino Unido, y esto disminuye la longitudinalidad, pues la adscripción del médico de cabecera es solo formal. En su extremo este movimiento podría llevar a la despersonalización típica de los centros de salud de Finlandia, donde el paciente es citado para ser visto por cualquier médico disponible, no por “su médico” (figura inexistente). El paciente termina identificando al centro de salud (la estructura física) como la fuente de cuidados, no a ningún profesional concreto. En esta situación es clave estudiar el impacto en la longitudinalidad, la calidad del acceso y del proceso de atención y el efecto en los resultados, en la salud de individuos y poblaciones. Como es lógico, cabe adaptar la longitudinalidad a la situación y deseos del paciente; no será lo mismo en una paciente que acude por una herida incisa en la pierna (consecuencia de un accidente doméstico) que para un anciano con descompensación de su enfisema pulmonar por infección respiratoria, que para un paciente con depresión grave que presenta bruscamente parestias. Repetimos, entre el 100 y el 0% de longitudinalidad hay porcentajes razonables y posibles.

¹¹El término “navaja de Occam” se refiere al principio de la economía o de la parsimonia, a que “la pluralidad no se debe sugerir sin necesidad”, en el sentido propuesto por el franciscano Occam (siglo XIV). Es decir, se debe preferir una causa que explique los varios síntomas y signos del paciente. Por otro lado, el cirujano sudafricano Saint enfatizó en el siglo XX la posibilidad de que un paciente presentara simultáneamente varios problemas de salud que explicaran el conjunto de sus síntomas y signos; su “triada” se refiere a la coexistencia de hernia hiatal, litiasis biliar y diverticulosis de colon. Se atribuye a Hickam el dicho de que “un paciente puede tener al tiempo las enfermedades que le dé la gana”.

Coordinación

La longitudinalidad implica la coordinación de los cuidados que prestan los demás especialistas, de ambulatorio y hospital (urgencias incluida), del sector privado y del público, así como con los farmacéuticos comunitarios, y con otros servicios (sociales, ayuda a domicilio, refugios, comedores, policía y demás). El médico de cabecera debería ser el decisor último en, por ejemplo, las medicaciones crónicas de los pacientes. Así, una paciente puede recibir los mejores cuidados para sus enfermedades del nefrólogo (nefroesclerosis), neurólogo (Parkinson), traumatólogo (artrosis de cadera) y ginecólogo-oncólogo (recidiva de cáncer de mama), pero puede ser mortal de necesidad la mezcla de las pruebas diagnósticas y sobre todo de la medicación prescrita por todos ellos. Coordinar y ofrecer longitudinalidad depende del texto (ciencia, técnica y valores del médico de cabecera) pero sobre todo del contexto (“usos y costumbres”, normas y legislación, organización, incentivos, sistema de información, historia clínica electrónica, crédito profesional y demás)^{36,37}.

En España, por ejemplo, la reforma de la atención primaria en 1984 fue “pro-contenido”, en el sentido de mejorar la estructura física y el contenido material de los centros de salud, más la formación de los profesionales y sus condiciones de trabajo. Con ello cabe esperar, en el mejor de los casos, una mejora de la accesibilidad, la polivalencia y la longitudinalidad. Pero la reforma no transfirió “poder” a los médicos de cabecera en el sentido de capacidad de coordinación. Tal poder se demuestra en el Reino Unido, por ejemplo, cuando el dermatólogo hospitalario que quiere ser visto en su hospital por su compañero oftalmólogo precisa visitar a su médico de cabecera para obtener la derivación apropiada (que conlleva la transferencia del presupuesto correspondiente). Incidentalmente, este poder en el Reino Unido surge y se mantiene por una cultura de transparencia y cumplimiento de las normas, que incluyen el respeto a la figura del médico de cabecera y el evitar ventajas por ser médico del sistema sanitario.

Buen ejemplo de la falta de reforma “pro-coordinación” es la implantación de historias electrónicas “únicas” en España, que se comparten por todos los profesionales del sistema de las distintas Comunidades Autónomas^{38,39}, y en las que los especialistas pueden introducir medicación a su buen criterio, sin necesidad del plácet del médico de cabecera correspondiente, con negativas consecuencias para la salud de los pacientes. La historia clínica electrónica “única” no logra sus ambiciosos objetivos⁴⁰, e implica un gran derroche de tiempo y dinero; por ejemplo, solo debería compartirse información seleccionada (“datos básicos mínimos”), en torno al 5% del total contenido en la historia clínica electrónica. La revolución digital^{III} es apenas visible en el sistema sanitario; ha llegado a otras organizaciones que prestan también servicios, como el sector financiero, pero en sanidad lo que se implanta, salvo excepciones, es pedestre. Se está perdiendo la oportunidad de producir y ofrecer servicios dispersos y muy adaptados al paciente, típico de la atención primaria.

^{III} Se considera que la primera revolución fue la industrial, de finales del siglo XVIII y primeros del XIX, representada por la fábrica como lugar de producción y trabajo, concentrando a los trabajadores en torno a máquinas movidas por energía mecánica. La segunda, a finales del siglo XIX y comienzos del XX, se refiere a la mejora de las comunicaciones con el tren, el barco a vapor, el teléfono y el telégrafo, la ampliación de mercados, las mejoras en la producción y la apertura de nuevas fábricas con innovadores productos, como la máquina de coser o la típica producción en cadena con energía eléctrica, bien representada por la fabricación de automóviles. La tercera revolución, la digital, a finales del siglo XX y comienzos del XXI, permite mediante el uso de la electrónica la optimización de procesos de producción y la prestación de servicios dispersos y cercanos y “ajustados” al cliente.

La longitudinalidad facilita la coordinación entre clínica y salud pública, pues permite “trasladar” las acciones de salud pública pertinentes hasta los pacientes, las familias y las comunidades a través de sus “profesionales naturales”, en los que confían y quienes les conocen, con la potencia que ello tiene para transmitir información y cambiar conductas (si se pretendiera). Por ejemplo, ante situaciones de casi pánico como las generadas durante la pandemia de gripe A, de 2009-2010. Esta coordinación permitiría asignar responsabilidades en servicios de salud pública al profesional y al nivel más eficiente. En España, en la actualidad, los profesionales de primaria ofrecen muchas veces servicios clínicos individuales que deberían prestar los profesionales de salud pública a las poblaciones en forma de servicios a la colectividad.

La necesidad de coordinación crece con la complejidad de los problemas del paciente. Así, por ejemplo, es muy importante en el paciente vagabundo, esquizofrénico y diabético, por más que justo sea casi imposible coordinar los servicios en tales pacientes. La coordinación tiene contenido científico y práctico; es decir, implica la suma de conocimientos y habilidades, pero también el seguimiento del paciente (saber en cada momento “dónde” está el paciente). Por ello, en la coordinación puede desempeñar un papel central todo profesional, e incluso un “paciente experto”, o un familiar sereno. Lo importante es que el paciente tenga confianza en el “coordinador principal”, que puede ser su médico de cabecera, su enfermera, su asistente social, un administrativo, un familiar o un “paciente-experto” y a quien el paciente tiene fácil acceso. En lo práctico es clave evitar repetición de pruebas y derivaciones innecesarias, y aplicar solo aquello que más beneficia al paciente. Por ejemplo, supongamos una hipoglucemia grave en el paciente considerado, que vive en la calle, donde pierde el conocimiento; entre sus papeles está el nombre y forma de contacto del “coordinador principal”, un “paciente experto”, con quien se pone en contacto el servicio de urgencias que ha acudido a atender al paciente, requerido por un viandante. Mientras el paciente llega a urgencias el “cuidador principal” le está ya esperando allí y ha hablado con el personal sobre la situación del paciente, que puede tomar contacto con su médico de cabecera para decidir acerca de la medicación y de su atención social. Se trata de evitar la fragmentación de la atención, y de ofrecer lo mejor y más necesario a cada paciente; en los pacientes complejos esto es fundamental⁴¹.

Prevención cuaternaria y equidad clínica

La renovación clínica práctica debería ser una decisión fundada y firme, tanto si se hace a título individual como colectivo, por parte de la profesión o a instancias de la organización, en el trabajo por cuenta ajena o como profesional independiente. Por ello, lo primero es buscar la solidez en la decisión, de forma que se trabaje sobre una base fuerte del estilo del “pienso luego existo” (*cogito ergo sum*) de Descartes, salvando las distancias. La renovación debería sustentarse en principios que permitan mantener la decisión más allá de una duda razonable, por más que nunca haya certezas. Por ello proponemos el *primum non nocere* como ancla donde fijar la nave de la renovación. Es decir, se trata de trabajar con prevención cuaternaria, de evitar, atenuar y paliar el daño que produce la actividad sanitaria, lo que exige una actitud decidida de prestar servicios apropiados según la necesidad (y no según la capacidad de pago, ni la disponibilidad de tiempo, ni la conducta de demanda de atención)⁴². Este aspecto de prestación de servicios según la necesidad se refiere a la

equidad en la atención clínica (en el acceso y en el proceso) y sería el segundo principio básico de la renovación práctica de la consulta clínica del médico de atención primaria⁴³. Es decir, se trata de evitar el cumplimiento de la Ley de Cuidados Inversos, en lo que se refiere a los servicios prestados por el médico de cabecera y otros profesionales de primaria.

El tercer y último principio básico es ser tan “generalista” como se pueda y sea conveniente. Es decir, hacer de la polivalencia santo y seña del trabajo en atención primaria. Por ello hay que rehuir de los “intereses especiales”. Por ejemplo, hay que evitar que un médico de cabecera se dedique a cirugía menor “especialmente”, para sus pacientes y para los de sus colegas, o que haya una enfermera “especializada en úlceras de diabéticos”. Estos “intereses especiales” destruyen la atención primaria y nunca se han demostrado sus beneficios^{44,45}.

Los tres principios (prevención cuaternaria, equidad en la clínica y generalismo) se refieren a la prestación de servicios que eviten la atención biológica, fragmentada e inadecuada, por su repercusión en la salud de pacientes y poblaciones. Por ejemplo, no basta con ser más accesible a los vagabundos y marginados, si después no se les ofrecen los servicios que precisan en ese momento (en cantidad y en calidad, con la mayor polivalencia posible), si no se organiza una atención longitudinal (con algún profesional de referencia, un “coordinador principal”, especialmente cuando carecen de documentación) y si los cuidados no se coordinan (en estos pacientes, sobre todo con los servicios de urgencia y con los servicios sociales y otros). Se trata de evitar la atención biológica, fragmentada e inadecuada, a la que se enfrentan sistemáticamente, por ejemplo, los pacientes oncológicos, que quedan “colgados” de los especialistas durante años, incluso si evolucionan bien, para revisiones rutinarias que no aportan salud alguna. En muchos de estos pacientes conviene, incluso, la quimioterapia a domicilio, por personal de primaria en colaboración con los oncólogos, como ya hemos mencionado (esto puede ser clave en niños, para mantenerlos en el hogar familiar, y en ancianos, para no hacerles perder la razón con el aislamiento en el hospital).

Sobre estos tres principios, y para ser práctico, el médico general/de familia debería centrarse en la morbilidad y en la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE)⁴⁶. Las otras causas de morbilidad y mortalidad le pueden interesar como ciudadano, pero su contrato social exige dar respuesta a las MIPSE. Por ejemplo, se abusa de los antibióticos en múltiples campos (medicina, ganadería, acuicultura y otros), y eso conlleva daños varios. La morbilidad y la mortalidad provocada por las resistencias bacterianas depende en gran parte del uso inapropiado de los antibióticos en la consultas de primaria⁴⁷. No se precisa de mayores estudios para que el médico de cabecera decida renovar su práctica clínica, perfeccionar su prescripción de antibióticos y lograr en España un perfil similar al de los países nórdicos, por ejemplo, donde el uso de antibióticos en atención primaria se basa todavía en la fenoximetilpenicilina⁴⁸. Se puede mejorar la indicación y uso de antibióticos en los pacientes con infecciones de vías respiratorias altas y bajas (faringitis, amigdalitis, bronquitis y otras), en la otitis media, en las infecciones urinarias y en otras infecciones; por ejemplo, en las heridas y en la cirugía menor. Se trata de no utilizar antibióticos, en general, y en su caso de seleccionar la mejor alternativa, como la fenoximetilpenicilina en las amigdalitis agudas y furantoína o trimetropín en las infecciones urinarias. Además, claro, el médico de cabecera debería seguir las sencillas pautas de higiene, como lavarse las manos tras explorar a los pacientes.

La renovación sin dilación (por existir prácticas clínicas “manifiestamente mejorables”): ejemplos varios

El caso de los antibióticos demuestra bien el uso incorrecto por exceso y por defecto. Así, al tiempo de las resistencias bacterianas por un sobreuso español que destaca en el mundo desarrollado, se demuestra la selección errónea de antibióticos y dosis, y al tiempo la muerte “diferencial” de los pacientes de clase baja por enfermedades infecciosas (en España el triple respecto a la clase alta)⁴⁹. Es decir, la necesidad de mejora es manifiesta, sin más estudios. Se precisa prevención cuaternaria y equidad clínica.

De la misma forma, no se precisan más estudios para renovar la atención y seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca, donde la atención biológica y fragmentada termina llevando a los pacientes a urgencias (y a la tumba); por ejemplo, se precisa una mayor implicación de la enfermera de atención primaria, no solo con su ciencia y técnica, sino sobre todo con tiempo, con valores, con accesibilidad para encuentros indirectos (teléfono y otros medios) que faciliten el apoyo al paciente y a su familia, además del fomento de los encuentros directos a domicilio⁵⁰.

En otro ejemplo, de necesaria renovación de práctica clínica, todo aquello que se refiere a la prestación de servicios que mejoren la atención de los pacientes con ingresos hospitalarios por situaciones y problemas de salud potencialmente evitables por la atención primaria, desde deshidratación a asma⁵¹. En este campo es muy mejorable el trabajo del médico de cabecera, y sobre todo el de la enfermera de primaria.

Existen estudios suficientes, también que justifican la renovación respecto a la prestación de servicios a los pacientes diabéticos, especialmente para evitar-retrasar graves complicaciones, como ceguera, úlceras tórpidas, amputaciones y comas hipoglucémicas⁵². Es clave tanto la coordinación de cuidados (con especialistas y con urgencias) como la mejora de la atención ambulatoria, que depende en mucho de las enfermeras. Lamentablemente, muchos pacientes diabéticos “dependen” de los endocrinólogos, que no pueden prestar servicios con longitudinalidad, y por el contrario, otros que “dependen” de primaria y no reciben cuidados adecuados a sus necesidades como diabéticos.

El aumento de las muertes en los hospitales y otros datos cualitativos demuestran la necesidad de mejorar la atención a pacientes terminales que deseen morir en su domicilio, lo que requiere mejora de la accesibilidad, polivalencia y longitudinalidad para facilitar una buena atención y controlar adecuadamente el dolor, por ejemplo, y en algunos casos servicios especiales, como diálisis peritoneal por el personal de primaria (si acaso en colaboración con paliativos y/o nefrólogos en algunos casos especiales).

También es un campo de necesaria mejora la atención a los pacientes con dolor de espalda, desde el cuello al cóccix. Se suelen utilizar en exceso y sin fundamento científico los métodos diagnósticos por imágenes, la terapéutica farmacológica y quirúrgica y las pautas de rehabilitación. La atención resulta fragmentada y frustrante, con graves consecuencias en salud. Los médicos de cabecera pueden mejorar en mucho este proceso de atención sumando conocimiento y tiempo de atención para moderar la actividad médica innecesaria en el dolor de espalda inespecífico.

Desde luego, donde no hay dudas sobre la necesidad de una renovación profunda en primaria es en el campo de las enfermedades mentales. Una depresión grave, una esquizofrenia, un Alzheimer, un autismo o una psicosis maniaco-depresiva (trastorno bipolar)

suelen dejar al paciente desarbolado y al albur. Los servicios que se prestan se coordinan apenas, o nada, y los pacientes dependen de primaria escasamente, con poca o nula longitudinalidad. Los enfermos lo pagan con MIPSE y una menor expectativa de vida. Son pacientes “complejos” que se estrellan con un sistema sanitario demasiado simple como demuestra la enfermedad mental, especialmente cuando se añade enfermedad orgánica (crónica como diabetes o cáncer, y aguda como apendicitis o neumonía), minusvalía (ceguera, sordomudez y otras) y problema social (familia desestructurada, pobreza, desempleo y demás).

Por último, señalar la necesidad de una renovación que lleve al mejor uso de la radiología diagnóstica, pues en la actualidad se sobreutiliza con graves consecuencias para la salud, tanto por las “cadenas” diagnósticas y terapéuticas que inicia como por los daños que conlleva la irradiación, especialmente en niños.

Más contrato curativo y menos preventivo

La introducción de los conceptos de “factor de riesgo” y de “pre-enfermedad” ha tenido graves consecuencias para la atención clínica, por su impacto en el conjunto de las actividades sanitarias. Aparentemente, todo se puede “prevenir” y los protocolos, guías, tablas de riesgo y consensos preventivos gobiernan el trabajo de los profesionales y las vidas de los pacientes (para conseguir indicadores “normales”, cada vez más rigurosos, hasta convertir en enfermos a casi el 100% de la población según pautas biométricas de definición categórica).

En algún cálculo se llegan a atribuir tantas horas a la prevención “necesaria” que apenas quedaría tiempo para las actividades curativas, por más que escaseen los estudios para poder priorizar tales propuestas preventivas según su impacto en la carga de morbilidad y mortalidad (y aplicadas durante el encuentro clínico habitual). En todos los niveles y profesionales la prevención ocupa tanto tiempo y dedicación que apenas hay tiempo para las actividades curativas. Estas se ven como el fracaso de la Medicina, especialmente cuando se trata de la muerte; además, se supone siempre que “es mejor prevenir que curar”, e incluso más barato. Todo ello tiene poco fundamento científico y supone un problema ético, especialmente con respecto al principio de “justicia”, pues generalmente se transfieren recursos de ancianos a jóvenes, de enfermos a sanos, de analfabetos a universitarios y de pobres a ricos⁵³.

Se precisa una renovación de la primaria que dé el valor que tienen las actividades curativas, siempre necesarias, y núcleo del contrato de los médicos con la sociedad (responder al sufrimiento, el dolor, la enfermedad y la muerte, a petición del propio paciente y/o sus familiares, con la implícita aceptación de los daños asociados a los beneficios). Tal renovación debería atribuir un lugar apropiado a las actividades preventivas (generalmente ofertadas por los profesionales y en las que se supone la inexistencia de daños inexistentes o despreciables por escasa gravedad y/o casi nula frecuencia). Es decir, se precisa revalorizar el contrato curativo, y poner en su lugar al contrato preventivo⁵⁴. Así, por ejemplo, es central dejar de hacer pautas preventivas sin fundamento científico, que ocupan miles de horas anuales sobre todo de quienes cumplen el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en España, médicos de cabecera, pediatras y enfermeras. No es extraño que luego no haya tiempo para actividades centrales como la atención a pacientes

terminales a domicilio y la prestación de servicios de urgencia por el médico del paciente. El análisis coste-oportunidad demuestra que se detraen actividades necesarias a costa de las innecesarias, lo que produce tanto daño como la falta de coste-efectividad.

Por otra parte, las actividades preventivas suelen ser rutinarias (“por edad y sexo”, en general), lo que degrada los conocimientos, las habilidades y el manejo del tiempo de los profesionales. No hace falta pensar mucho para realizar la “revisión del niño sano”, por ejemplo. Idem para realizar cribado según oportunidad de cáncer de próstata con el PSA. Al cabo del tiempo los profesionales tienden a rechazar la actividad curativa, que les expone a la cruda realidad, a la incertidumbre y al sufrimiento. Bien lo demuestran las enfermeras de primaria cuando prefieren trabajar con sanos y jóvenes (los que menos necesitan sus servicios) y cuando rechazan el trabajo con pacientes “que no obedecen” y que más las necesitan (obesos que no adelgazan, pacientes hipertensos y diabéticos mal controlados, fumadores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica que no dejan el tabaco, mujeres que se embarazan reiteradamente sin quererlo y que requieren aborto voluntario, y otros).

Además, los protocolos, guías, tablas de riesgo y consensos preventivos y curativos orientan la atención “según factor de riesgo” o según enfermedad. Con ello fragmentan la atención y llevan a una atención centrada en el proceso, sin muchas consideraciones sobre la persona. Incluso se ignoran los problemas sociales, como analfabetismo, pobreza y pertenencia a clase social baja, que nunca entran en las tablas de riesgo, por ejemplo. La actividad sanitaria se vuelve puramente biológica, por mucho que se esgrima de continuo el lema “biopsicosocial”.

Conviene, pues, una renovación de la primaria que evite en general los protocolos, guías, tablas de riesgo y consensos preventivos y curativos, escogiendo solo lo mejor y aplicable a cada paciente como persona, con sus expectativas vitales y sus objetivos respecto a las consecuencias del enfermar. Hay pacientes que prefieren morir a quedarse ciegos, y quienes quieren vivir incluso ciegos, sordos y reclusos en cama. Lamentablemente, los profesionales de primaria suelen ignorar incluso estas preferencias y objetivos vitales, “entretenidos” con las actividades preventivas y con los protocolos de enfermedades (todo ello sin o con débil fundamento científico).

El mayor énfasis en el contrato curativo exige una renovación de la ciencia, técnica y tiempo (conocimientos, habilidades y tiempo con valores) de los profesionales de primaria para relegar la prevención a su lugar, que no es el central de la atención primaria⁵⁵. Conviene abandonar la simplicidad del contrato preventivo y aceptar los retos consustanciales al trabajo en atención primaria, el manejo apropiado del tiempo y de la incertidumbre. El refugio en la prevención innecesaria degrada el trabajo clínico, disminuye la autoestima del profesional, quita crédito social y destruye conocimientos, habilidades y valores de los profesionales.

¿Cómo hacerlo? ¿Cómo renovar la práctica clínica?

La renovación de la práctica clínica no es un evento dicotómico en general, sino un largo proceso, que se puede realizar a iniciativa individual o grupal, en organizaciones públicas o privadas. Como el abandono del tabaco, son varias las fases habituales, desde la de pre-contemplación en la que no se percibe la necesidad del cambio a la de contemplación (consideración de las ventajas de la renovación), pasando por la de preparación

(revisión y crítica de la práctica diaria y selección de las acciones a realizar) a la de acción (toma de decisiones concretas) y mantenimiento (persistencia en el cambio, y análisis del mismo para la mejora continua).

El paso clave, como en la atención en la consulta al paciente, es la identificación del problema. En los apartados anteriores hemos señalado muchos problemas para el cambio entre los que pueden escogerse aquellos que “más duelan” al profesional para movilizar su capacidad de compromiso, sus valores. En el primer momento se trata de movilizar “corazones”, no “razones”; es decir, conviene poner el énfasis en las MIPSE de causa médica, y no tanto en el gasto y otras consideraciones económicas y organizativas. Lo que mueve a los profesionales es el sufrimiento de los pacientes, especialmente el que puede contribuir a aumentar con su errónea forma de trabajo. Por ejemplo, con los errores y defectos en la atención a los pacientes con insuficiencia cardíaca reclusos en su domicilio, que van desde pésima coordinación entre niveles a la terapéutica farmacológica inadecuada por el médico de cabecera, pasando por la falta de implicación de la enfermera en los avisos a domicilio y en el seguimiento en general.

Tras identificar los problemas que más logren movilizar los valores de los profesionales conviene analizar las posibles soluciones, las alternativas factibles, con una síntesis de lo posible. Es decir, se trata de no plantear un proceso y unas metas “imposibles” que requieran recursos extraordinarios. Para empezar, se trata de dar respuesta en las condiciones habituales, con los medios de que se disponga, en etapas progresivas. Estas respuestas deberían identificar los pasos a dar respecto a la accesibilidad, polivalencia, longitudinalidad y coordinación, y escoger aquellos menos revolucionarios y más eficaces (tabla 3-1). Se trata de ser pragmáticos para no crear nuevos problemas y de emplear una economía de medios, para no perder batallas ni dilatar el comienzo de las acciones. Ayuda la selección de ciencia, tecnología y tiempo más conveniente, de forma que el profesional adquiera un bagaje de conocimientos, habilidades y valores que justifiquen los cambios y le den aplomo en su implementación.

En el caso anterior, del paciente con insuficiencia cardíaca recluido en su domicilio, y tras identificar los campos de mejora respecto a la accesibilidad, polivalencia, longitudinalidad y coordinación, se seleccionan los conocimientos, técnicas y tiempos profesionales que pueden dar soporte a acciones alternativas. En cada paso se analizan las distintas acciones y los recursos necesarios, la forma de conseguirlos y la mejor manera de aplicarlos, así como las previsibles resistencias (incluyendo el agotamiento profesional y el rechazo en la organización, pero también las resistencias de pacientes y familiares). La toma de decisiones ha de ser fundada, y la puesta en práctica gradual. En este ejemplo se revisaría primero algún paciente que se juzgue “ejemplar”, y se ensaya todo el proceso nuevo para comprobar las dificultades en la práctica y estudiar cómo superarlas. Facilita el cambio el que se impliquen todos los profesionales, recepcionista, auxiliar, enfermera y médico de cabecera, pero la renovación podría ser en último caso de un profesional en solitario. Tras el ensayo en un paciente se analizan los errores y aciertos y se expande el cambio a pacientes similares.

Sea un paciente de 32 años, con esquizofrenia paranoide mal controlada que le ha llevado a tener problemas con los vecinos y a terminar en el juzgado (está pendiente de sentencia, por agresión física), nivel medio de estudios, soltero, heterosexual (se queja de serle difícil tener novia y a veces utiliza los servicios de prostitutas), diabético (no insulino-dependiente, sigue mal el tratamiento oral, y ha tenido dos ingresos por coma hiperglucémico), vive con su madre, viuda, ambos cuentan con renta mínima de inserción y pensión

Tabla 3-1. ¿Cómo mejorar? Apartados a revisar.

	Ciencia	Tecnología	Tiempo
	Conocimientos	Habilidades	Valores
Accesibilidad	1	2	3
Polivalencia	4	5	6
Longitudinales	7	8	9
Coordinación	10	11	12

no contributiva, en una infravivienda (antigua “corrala” no remozada, con retrete comunitario), tiene buena relación con los profesionales del centro de salud a los que conoce hace años, pero no cumple ni citas ni tratamientos (tampoco sigue las pautas que le marcan en el centro de salud mental donde lo atienden). El médico de cabecera decide aplicar los conceptos de “renovación” que ha leído (en un capítulo de un libro al respecto) el día en que se presenta la policía al abrir el centro de salud, para dar noticia de que tuvieron que ir al domicilio del paciente, pues una vecina llamó para decir que estaba golpeando a su madre; no ha habido denuncia final, pero el policía de servicio cree que la situación es insostenible.

El médico de cabecera utiliza la tabla para analizar punto por punto los posibles cambios^{IV}. Organiza una reunión a la que invita personalmente a la enfermera, a la trabajadora social, a un administrativo del centro especialmente sensibilizado con los enfermos mentales, al farmacéutico (a cuya farmacia suelen ir el enfermo y su madre a por medicamentos y otros remedios), a una educadora y al psiquiatra del centro de salud mental y al policía que tomó contacto con el centro de salud. También se desplaza para hablar con la responsable de las urgencias hospitalarias, pero solo le da buenas palabras respecto a la posibilidad de asistir a la reunión. Al revisar la historia clínica, para preparar la sesión, el médico de cabecera empieza a ser consciente de que la atención que se le ha prestado ha sido muy defectuosa; no está actualizado el tratamiento para la esquizofrenia (hace dos años que no se modifica el registro), ni se ha seguido su impacto en el sobrepeso (no consta ningún registro del peso); tampoco constan todas las visitas a domicilio (recuerda haber hecho al menos tres en el último medio año). Revisa la literatura científica sobre esquizofrenia y diabetes y se asombra de la multimorbilidad que afecta a estos pacientes. Resume por escrito el caso clínico y señala los problemas que ha encontrado en las 12 “casillas” de la tabla, con sugerencias de solución. Por ejemplo, en la casilla 8 destaca el mal registro de los encuentros en la historia clínica (muchos son “informales”, apenas en la sala de espera un momento, para problemas concretos), la falta de anotación del número de teléfono del paciente (tiene móvil, pero nunca se les había ocurrido que lo pudieran necesitar para facilitar la longitudinalidad y consta solo el fijo) y otros problemas de la tecnología de la organización, como no tener un “coordinador principal” (el médico propone que lo sea el administrativo, de forma que sea quien centralice el seguimiento del paciente, para saber si cumple citas y demás). Pasa el texto a los invitados. El día de la reunión asisten todos, incluso la responsable de urgencias del hospital. La reunión se prolonga más de lo previsto, y se toman

^{IV}Existen métodos varios para el análisis como, entre otros, los diagramas *fish-bone*, disponibles en: http://en.wikipedia.org/wiki/Ishikawa_diagram.

decisiones no solo respecto a este paciente, sino a otros similares, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y de evitar las complicaciones agudas, tanto médicas como sociales. A raíz de esta reunión el centro de salud decide en bloque instaurar un movimiento de renovación, empezando por los pacientes con problemas graves y mixtos, con multimorbilidad mental, orgánica y social.

La renovación debería ser un movimiento continuo, un proceso sin fin, que se alimente tanto de la sucesiva identificación de problemas a resolver como de la capacitación progresiva del profesional. Mantiene “engrasado” el proceso la mejora en la salud de los pacientes y el aumento de la autoestima profesional. No hay nada que ayude más, en el caso comentado, que la disminución de ingresos y el “descontrol” del paciente con insuficiencia cardíaca recluido en el domicilio, al tiempo que la percepción de la mejora de su calidad de su vida y de su capacidad de autocontrol personal y/o familiar.

La renovación de la práctica clínica es un proceso que repercute en el proceso y en el resultado de la atención, con mejoras en la salud de los pacientes y en la autoestima de los profesionales. Cuesta iniciarlo, pero la fase de “mantenimiento” suele ser fácil, por el evidente impacto de los cambios.

En síntesis

La propuesta práctica de renovación de la práctica clínica que hemos considerado se puede aplicar tanto en organizaciones privadas como en públicas, por profesionales individuales o en grupo, y por asalariados o autónomos. En este último caso la autonomía profesional ayuda a tomar algunas decisiones con mayor independencia, por más que la exposición al riesgo financiero también plantee problemas específicos.

En todo caso, se trata de combinar ciencia y tecnología para sacar lo mejor de los valores y del tiempo de profesional comprometido, para ofrecer cálida calidad. Los cambios deberían mejorar la accesibilidad, la polivalencia, la longitudinalidad y la coordinación, especialmente respecto a situaciones y problemas de salud en los que es urgente la renovación de la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortún V. Mejor (servicio) es más (salud). *Rev Esp Salud Pública*. 2006;80:1-4.
2. Gérvas J, Serrano E. Valores clínicos y prácticos en torno al control de la incertidumbre por el médico general/de familia. En: *Expectativas y realidades de la atención primaria española*. Madrid: Fundación 10 de mayo-Ediciones GPS; 2010. p. 245-59.
3. Office of Technology Assessment. Disponible en: <http://en.wikipedia.org/wiki/OfficeofTechnologyAssessment>
4. Bentzen N, Comité de Clasificación de la WONCA. *Glosario internacional de Medicina General/de Familia*. Barcelona: SEMFYC; 1997.
5. Jovell AJ. El futuro de la profesión médica. Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI. Barcelona: Fundació Biblioteca Josep Laporte; 2001. Disponible en: www.fbjoseplaporte.org/docs/futuroopm.pdf.
6. Foz M. La dialéctica entre medicina interna y las otras especialidades médicas desde la perspectiva profesional. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:141-7.

7. Gérvas J, Starfield B, Minué S, Violan C y Seminario de Innovación en atención primaria 2007. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia. *Contra el des- crédito del héroe. Aten Primaria.* 2007;39(11):615-8.
8. Durán A. Políticas y sistemas sanitarios. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2004.
9. Gérvas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA y Seminario de Innovación en atención primaria. 2007. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;81:589-96.
10. Anonymous. The third industrial revolution. *The Economist.* Special report. 2012;403(8781) April, 21st.
11. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:65. doi: 10.1186/1472-6963-10-65
12. Gérvas J. La clave para mejorar la clínica: más calidad con el mínimo de cantidad. *Gac Med Bilbao.* 2006;103:467.
13. Segura A, Martín Zurro A, Corbella A, Roma J, Jiménez Villa J, Plaza A, et al. Evaluación de la diversificación de la provisión de servicios de atención primaria. Madrid; Ministerio de Sanidad y Consumo (AATRM 2006/09); 2007.
14. Casajuana J. En búsqueda de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. *FMC.* 2005;12:579-81.
15. Gérvas J, Simó J. 2015, el día a día de un médico de cabecera. *SEMERGEN.* 2005;31:478-85.
16. Bellón JA. Algunas claves en la gestión de la demanda de atención primaria. *SEMERGEN.* 2004;30(Supl 1):17-9.
17. Gérvas J. Seminario de Innovación en atención primaria 2006. La polivalencia clínica médica y el contexto social y organizativo. *Rev Adm Sanit.* 2008;6(2):357-66.
18. Gérvas J, Pérez Fernández M. ¿Cuál es el límite en la prestación de servicios cercanos al paciente? El límite lo marca la tensión entre el «síndrome del barquero» y «el síndrome del gato». *Med Clin (Barc).* 2005;124(20):778-81.
19. Boerma WG. Profiles of general practice. Utrecht: NIVEL; 2003.
20. Reguant M. Accesibilidad y eficiencia de la atención continuada en atención primaria de salud. *Form Méd Cont Aten Primaria.* 2012;19:115-6.
21. Serrano E. La polivalencia rural desde la práctica urbana. *Aten Primaria.* 2009; doi:10.1016/j.aprim.2009.01.010.
22. Gérvas J, Pérez Fernández M, Gyuricza JV. A valise do médico. En: Gusso G, Lopes JMC, coordinadores. *Tratado de Medicina de Familia e Comunidade. Vol. II.* Porto Alegre: Artemed; 2011. p. 2175-7.
23. Gérvas J, Pérez Fernández M. El cabás y el profesional sanitario. Cuatro maletines que definen el trabajo. *Gac Méd Bilbao.* 2012;109:89-92.
24. Tarricone R, Tsouros AD. Home care at home. Copenhagen: WHO Europe; 2008.
25. Clavería A, Ripoll MA, López-Rodríguez A, Rodríguez-Escudero C, Rey García J. La cartera de servicios en atención primaria: un rey sin camisa. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(Supl 1): 142-50.
26. Gérvas J, Pérez Fernández M, Palomo Cobos L, Pastor Sánchez R. Veinte años de reforma de la atención primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid: Red Española de atención primaria; 2005.
27. Ortún V, Gérvas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc).* 1996;106:97-102.
28. Starfield B. Primary care: an increasingly important contribution to effectiveness, equity and efficiency of health services. *SESPAS.* 2012;26(Supl 1):20-6.
29. Gérvas J, Pérez Fernández M, Sánchez Sánchez RJ. Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general/de familia. Aspectos clínicos y de salud pública. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(Supl 1):52-6.
30. Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001. p. 153-81.
31. Logan RL, Scott PJ. Uncertainty in clinical practice: implications for quality and costs of health care. *Lancet.* 1996;347:595-8.
32. Gérvas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria.* 2005;35:95-8.

33. Torio J, García Tirado MC. Incertidumbre y toma de decisiones en medicina de familia. *AMF*. 2006;2:320-31.
34. Rico A, Saltman RB, Boerma WB. Organizational restructuring in European health systems: the role of primary care. *Social Policy Administr*. 2003;37:592-608.
35. Gérvas J, Pérez Fernández M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):205-18.
36. Gérvas J, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la atención primaria. *SEMERGEN*. 2005;31(9):418-23.
37. Ojeda Feoa J, Freire Campo JM, Gérvas Camacho J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit*. 2006;4(2):357-82.
38. Alonso F, Custodi J. Modelos estratégicos para el diseño de la historia clínica electrónica. *MEDFAM*. 2001;6:313-9.
39. González E, Pérez F. La historia clínica electrónica. Revisión y análisis de la actualidad. *Diraya: la historia de salud electrónica de Andalucía*. *Rev Esp Cardiol*. 2007;7(Supl C):37-46.
40. García Olmos L, Bravo R, Gérvas J, Bonis J. Influencia de la informatización de la atención primaria en el trabajo de los profesionales y la salud de la población. *Aten Primaria*. 2008;40(Supl 1):11-5.
41. Contel L, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Aten Primaria*. 2012;44:107-13.
42. Gérvas J, Gavilán E, Jiménez L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF*. 2012;8:312-7.
43. Starfield B, Gérvas J, Mangin D. Clinical care and health disparities. *Annu Rev Public Health*. 2012;33:89-106.
44. Starfield B, Gérvas J. Family Medicine should encourage its clinicians to specialize: negative position. En: Buetow SA, Kenealy TW, editores. *Ideological debates in Family Medicine*. New York: Nova Publishers; 2007. p. 107-19.
45. Gérvas J, Starfield B, Violán C, Minué S. GPs with special interests: unanswered questions. *Br J Gen Pract*. 2007;57:912-7.
46. Gispert R, Barés MA, Freitas A, Torné M, Puigdefàbregas A, Alberquilla A, et al. Medida del resultado de las intervenciones sanitarias en España: un aproximación mediante el análisis temporal y espacial de la mortalidad evitable entre 1986-2001. *Rev Esp Salud Pública*. 2006;80:139-55.
47. Gérvas J. La resistencia a los antibióticos, un problema de salud pública. *Aten Primaria*. 2000;25:589-96.
48. Bjerrum L, Muchk A, Gahrn B. Health Alliance for prudent antibiotic prescribing in patients with respiratory tract infections HAPPY-AUDIT. Impact of a non-randomised multifaceted intervention programme. *BMC Family Practice*. 2011;12:52 doi:10.1186/1471-2296-12-52.
49. Regidor E, Mateo S, Calle ME, Domínguez V. Educational level and mortality from infectious diseases. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56:682-3.
50. Gérvas J. Seminario de Innovación 2005. Sustitución de la primaria por la especializada. Algunas cuestiones en torno al seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca. *SEMERGEN*. 2006;32(3):125-31.
51. Gérvas J. Hospitalizaciones evitables en España: el poderoso atractivo del hospital y la debilidad de la atención primaria. En: *Variabilidad en las hospitalizaciones potencialmente evitables relacionadas con las reagudizaciones de enfermedades crónicas*. Atlas de Variaciones en la Práctica Médica. 2011;8(4):329-30.
52. Gérvas J. Diabetes: gasto, proceso y resultado en España. Calidad en las amputaciones. *Aten Primaria*. 2011;43:174-5.
53. Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet*. 2008;372:1997-9.
54. Pérez Fernández M. Ética clínica en tiempos de exigencia expectante. Texto de la presentación el 24 de junio de 2011, en el 11º Congreso de la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunitaria, Brasilia (Brasil). Disponible en: <http://www.equipoceca.org/wp-content/uploads/2011/09/etica-clinica-brasil-2011-exigencia-expectante-1.pdf>
55. Starfield B, Gérvas J. Prevención de la población al paciente y viceversa. ¿Es la prevención una función de la atención primaria? *El Médico*. 2009;11(4):34-6.