

CAPÍTULO 5

¿Cómo responden los médicos de cabecera a los problemas clínicos diarios en países europeos con pago por capitación y lista de pacientes?

Juan Gérvas, Mercedes Pérez Fernández y Roberto Sánchez

Sistemas sanitarios públicos de cobertura universal

Todos los países de la Unión Europea tienen un sistema sanitario público de cobertura universal. Pero hay importantes diferencias bajo este “paraguas” común que cubre a la población contra la bancarrota por enfermedad y contra el sufrimiento, enfermedad y muerte sanitariamente evitable. Estas diferencias son más intensas en lo que respecta a la atención primaria y al médico general-de familia¹. Es lógico, pues la atención primaria se adapta a la cultura e idiosincrasia de las sociedades, mientras los hospitales “imponen” su modelo organizativo casi universalmente homogéneo¹.

La cobertura universal implica la financiación pública de los servicios, al menos de los servicios que evitan la catástrofe personal por enfermedad y, además, un gasto sanitario público de más de la mitad del total del gasto sanitario del país². La cobertura universal es compatible con muy distintas formas de contrato y pago al médico de cabecera, lo que repercute en su forma de trabajo³⁻⁸ (tabla 5-1).

Tabla 5-1. Provisión de servicios médicos en la Europa desarrollada

Provisión pública	Provisión privada	Provisión privada	Provisión privada
<i>Forma básica de pago</i> Salario	<i>Forma básica de pago</i> Por acto sin reembolso	<i>Forma básica de pago</i> Por acto con reembolso	<i>Forma básica de pago</i> Capitación
<i>Situación profesional</i> Funcionario	<i>Situación profesional</i> Profesional autónomo	<i>Situación profesional</i> Profesional autónomo	<i>Situación profesional</i> Profesional autónomo
<i>Ejemplos</i> España, Finlandia, Portugal, Suecia	<i>Ejemplos</i> Alemania, Austria, Hungria, Suiza	<i>Ejemplos</i> Andorra, Bélgica, Francia, Luxemburgo	<i>Ejemplos</i> Dinamarca, Holanda, Noruega, Reino Unido

¹ El nombre de médico de familia es el que se emplea oficialmente en España y en otros países como EE. UU. y Brasil; popularmente es el médico de cabecera (en España). Es oficial el nombre de médico general en Alemania (*Arzt für Allgemeinmedizin*) Francia (*médecine généraliste*), Irlanda, Holanda (*huisarts*), Noruega (*fastlege*), Nueva Zelanda, Reino Unido (*general practitioner*) 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 este texto emplearemos el término “médico de cabecera”.

Financiación pública y provisión pública, médico de cabecera asalariado y funcionario público

La financiación pública de más de la mitad del gasto sanitario no “exige” la provisión pública de los servicios de atención primaria. De hecho, son pocos los países en el mundo desarrollado con provisión pública de atención primaria: España, Finlandia, Grecia (rural), Portugal y Suecia.

En estos países el médico de cabecera es un asalariado en una estructura muy jerárquica; el médico de cabecera no es un profesional independiente. El médico de cabecera es un empleado público, un funcionario, que trabaja en un edificio de propiedad pública (“centro de salud”), con compañeros también asalariados que no ha elegido (una “plantilla” que se suele denominar “equipo de atención primaria” e incluye enfermeras, administrativos y otro personal), y con medios de producción de propiedad pública. Por ejemplo, en general el médico de cabecera no elige el sistema de información con el que trabaja, ni tiene potestad sobre el sistema de citas, ni sobre el modelo de historia clínica electrónica. Incluso puede llegar a no escoger el especialista al que deriva, limitándose simplemente a la derivación “anónima” a un hospital y servicio.

El pago por salario “desliga” mucho al médico de cabecera de la población y de los pacientes y por ello la atención puede caer en un estilo burocrático y distante, y son frecuentes los traslados de los profesionales. La estructura administrativa suele permitir estos cambios sin repercusión ni en el salario, ni en las condiciones de trabajo.

La provisión pública de los servicios de atención primaria no implica que sean “gratis en el punto de servicio” para los pacientes, y son frecuentes los copagos, por ejemplo, al consultar con el médico de cabecera, o al dispensar los medicamentos.

En muchos casos el pago por salario cubre la mayor parte de los ingresos, pero puede incluir complementos varios, por rendimiento-calidad y otros.

España, financiación y provisión pública, con “cupos”

España es una excepción entre los países con provisión pública de servicios de atención primaria, pues toda la población tiene un médico de cabecera “adscrito” (de oficio, que en la práctica se puede cambiar). Es decir, la tarjeta sanitaria que facilita el acceso al sistema sanitario incluye un médico de cabecera concreto, con nombre, apellidos y lugar de trabajo. Eso implica la distribución de toda la población española en “cupos” de unas 1.500 personas (el tamaño varía según características geográficas y sociales varias), y la asignación de un médico de cabecera a cada cupo, lo que supone su “equitativa” distribución por todo el país⁹.

La existencia de “cupos” equivale a que todos los médicos de cabecera tengan una lista de pacientes, con nombre, apellidos y direcciones. La existencia de la lista de pacientes en España se explica por la influencia de “la iguala”, el sistema de origen medieval por el que el “físico” recibía unos emolumentos fijos “por cabeza” de los gremios, según su número y composición (maestros, aprendices, esposas, viudas, hijos y huérfanos). Estos ingresos daban seguridad al médico de cabecera y a los integrantes del gremio; el primero no “aspiraba” a tener ingresos solo cuando hubiera enfermos y accidentados y los segundos estaban seguros de ser atendidos cuando hubiera necesidad¹⁰.

La lista de pacientes implica, además, “el monopolio del primer contacto” y el pago por capitación. Es decir, cuando hay lista de pacientes el médico de cabecera es “filtro” para la atención por los especialistas (“el monopolio del primer contacto”), salvo urgencias, y hay una parte de los ingresos del médico de cabecera español que dependen del número y composición de la lista de pacientes. Así se “corrige” y se paga más la “cabeza” de los niños y de los ancianos y la de los pacientes rurales o que viven en lugares marginales y se buscan fórmulas para corregir la capitación según la “carga de enfermedad” del paciente.

En España el pago por salario supone el mayor porcentaje de los ingresos del médico general, y el pago por capitación representa entre el 5 y el 10%. Hay otros pagos, como un bono anual por cumplimiento de objetivos de calidad y otros.

En Portugal la provisión es pública, como en España, y también los médicos de cabecera son asalariados que tienen una lista de pacientes, pero hasta el 30% de la población carece de médico de cabecera “asignado”. En Suecia es similar la situación.

Financiación pública y provisión privada

Lo más frecuente en los países de la Unión Europea es la provisión privada de los servicios de atención primaria¹¹. Por ejemplo, los médicos de cabecera son profesionales independientes, pequeños empresarios autónomos, en Alemania, Andorra, Austria, Bélgica, Dinamarca, Eslovenia, Francia, Holanda, Hungría, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Noruega, Polonia, Reino Unido, República Checa y Suiza.

Estos médicos pueden trabajar en sus consultas privadas en solitario, o reunirse en pequeños grupos (de 4 o 5), pues se incentiva tal trabajo “en equipo” y/o para compartir espacio y profesionales auxiliares contratados por ellos mismos (generalmente de recepción, que hacen labores clínicas varias, y/o enfermeras). En general, los médicos trabajan sin enfermeras y cuentan con personal auxiliar administrativo muy polivalente y resolutivo.

Las enfermeras de atención primaria suelen trabajar “en el campo” (domicilios y demás) y depender de los servicios públicos comunitarios. En algunos casos las enfermeras son profesionales autónomos con contratos con el sector público (igual que los médicos); por ejemplo en el Reino Unido para atención a domicilio, o en Holanda para atención al embarazo, parto y posparto.

En todos estos países hay presencia, también, de médicos de cabecera funcionarios, pero su número es irrelevante.

La provisión privada implica la existencia de un contrato entre el médico de cabecera y la organización financiadora, mediante el que se fijan las condiciones de trabajo y de remuneración.

Financiación pública y provisión privada, pago por acto “con reembolso”

Solo en algunos países hay “dinero entre el médico de cabecera y el paciente”, pese a la existencia de un sistema sanitario público de cobertura universal. Son los países de “pago por reembolso”. Entre ellos Bélgica, Francia y Luxemburgo (y Andorra, Mónaco y los

cantones francófonos de Suiza). El médico de cabecera atiende al paciente, le cobra y extiende una factura según el servicio prestado (“pago por acto”). El paciente presenta la factura a la organización financiadora y recobra al cabo del tiempo (y generalmente menos del 100%, por el copago).

En estos países la atención primaria es débil, si se mide por su pobre producción científica en Medicina General/de Familia y por la carencia del “monopolio del primer contacto”. Es decir, en los países con “pago por reembolso” el paciente puede ir directamente a la consulta de los especialistas¹². No obstante, desde 2008 se está forzando una cierta función de filtro a través de incentivos varios¹³. Por ejemplo, el especialista puede facturar mayores cantidades si ha recibido al paciente a través del médico de cabecera, y por ello es el propio especialista el que le enseña al paciente la importancia de consultar primero con el médico de cabecera.

En los países “con pago con reembolso” el paciente puede ir a cualquier médico de cabecera, pues no hay ni “cupos” ni lista de pacientes. No obstante, desde 2008 se está forzando la formación de una “lista no formal” con incentivos varios a los médicos de cabecera que acepten el seguimiento de pacientes con determinadas enfermedades crónicas. En todo caso, el médico de cabecera se hace con una “cartera de clientes” al cabo de los años, lo que explica que los traslados sean escasos.

Financiación pública y provisión privada, pago por acto sin reembolso

En Alemania, Austria, Hungría, Polonia y la República Checa, por ejemplo, el médico de cabecera atiende a los pacientes sin intercambio de dinero. La factura es también “por acto” (según los servicios prestados en la consulta) pero la hace llegar directamente el médico de cabecera a la organización financiadora, que pagará al médico al cabo del tiempo.

En España el sistema mutualista de MUFACE, ISFAS y MUGEJU ofrece a dos millones de funcionarios y a sus familiares la financiación pública con provisión privada (como en Alemania a todos los ciudadanos, por ejemplo). También como en estos países los mutualistas tienen acceso directo a los especialistas y el médico de cabecera tiene escasa relevancia.

En estos países la atención primaria es débil, si se mide por su pobre producción científica en Medicina General/de Familia y por la carencia del “monopolio del primer contacto”^{14,15}. Esta debilidad de la Medicina General/de Familia explica la falta de estructuración o en algunos casos incluso la inexistencia de un programa formativo de especialización en Medicina General/de Familia.

Los pacientes pueden ir directamente al especialista, sin pasar por el médico de cabecera. Los pacientes pueden ir también a cualquier médico de cabecera, pero desde hace unos años se penaliza el cambio; por ejemplo, hay que abonar un copago si se consulta a más de un médico de cabecera distinto en un trimestre.

En todo caso, el médico de cabecera se hace con una “cartera de clientes” al cabo de los años, lo que explica que los traslados sean escasos.

Financiación pública y provisión privada, pago por capitación (lista de pacientes)

Hay países con provisión privada de la atención primaria (médicos de cabecera profesionales independientes) en los que la población está dividida en “cupos”. Es decir, los pacientes eligen su médico de cabecera y este va “construyendo” su lista de pacientes a lo largo de años. Y, puesto que los “cupos” dividen a la población en un número finito de grupos distribuidos por todo el país, el pago por capitación conlleva la distribución geográfica más o menos homogénea de los médicos de cabecera.

El médico tiene un contrato con la organización financiadora y recibe su emolumento por una mezcla de pago por capitación (según el número y composición de la lista), incentivos varios (cumplimientos de objetivos clínicos, trabajo en grupo, atención por correo electrónico, participación en turnos de guardia y otros), pago para el mantenimiento (del consultorio, contrato del personal auxiliar y otros), etc.¹⁶.

En todo caso, el médico de cabecera se hace con una “lista de pacientes” al cabo de los años, lo que explica que los traslados sean escasos. La situación está cambiando pues, por ejemplo, en el Reino Unido es frecuente que se compartan las listas de pacientes de los 4-5 (o más) médicos agrupados en un centro de salud y que se forme una “lista del centro de salud”, lo que desliga al médico de su propia lista. Además, es frecuente el contrato asalariado de médicos jóvenes que van y vienen para cumplir con tareas más o menos puntuales.

Dinamarca, Eslovenia, Holanda, Irlanda, Italia, Noruega y Reino Unido son países europeos de provisión privada donde los médicos generales tienen lista de pacientes.

En estos países la atención primaria es fuerte, si se mide por su enorme producción científica en Medicina General/de Familia y por la existencia del “monopolio del primer contacto”. Los pacientes reciben atención de los especialistas tras ser derivados a los mismos por los médicos de cabecera (salvo urgencias). En el caso del Reino Unido, por ejemplo, un médico especialista hospitalario que precise atención de un compañero del mismo hospital ha de consultar con su médico de cabecera para poder acceder a dichos cuidados (es la derivación del médico de cabecera la que “arrastra” al hospital el presupuesto necesario para la atención). También en el Reino Unido, como excepción, y quizá expresión de los tabúes sociales allí imperantes, el médico de cabecera no es filtro para la atención de enfermedades de transmisión sexual, de forma que el paciente tiene acceso directo a los especialistas en enfermedades venéreas.

El pago por capitación conlleva un deseo de llevar los recursos de la atención primaria allá donde más se necesitan y de revertir la Ley de Cuidados Inversos¹⁷. Buen ejemplo es el programa de cribado en Dinamarca, donde los médicos de cabecera tienen pago por capitación, son “filtro” para la consulta con los especialistas y tienen lista de pacientes (y todo danés está en la lista de un médico de cabecera). El programa de cribado se funda en el pago a los médicos de cabecera de un tanto por cada citología de rutina (“detección según oportunidad”) realizada cada tres años a mujeres de 25 a 65 años. Cada tres años el médico de cabecera recibe un listado de mujeres que no se han hecho la citología. Se le ruega que las localice y que les proponga su realización, pues esas mujeres son las que más lo precisan. Al localizarlas y fomentar la citología en ellas se revierte la Ley de Cuidados Inversos y se lleva la prevención secundaria a quien más la precisa.

En general, donde hay capitación los copagos son muy bajos. Pero, por ejemplo en Holanda, si bien el paciente no paga directamente al médico de cabecera en el momento de la consulta, tiene que abonar una cuantía mensual a la organización financiadora (entre 80-100 euros mensuales por persona). Holanda es el único país de pago por capitación en el que la financiación del sistema sanitario público no se hace con cargo a impuestos generales (sistema Beveridge), sino a pagos ligados a las cotizaciones de trabajadores y empresarios (sistema Bismarck).

Libertad y equidad

La existencia de la lista de pacientes establece una restricción a la libertad de los pacientes y de los médicos¹⁸. El paciente “tiene” que elegir un médico de cabecera e inscribirse en su lista. Y el médico de cabecera solo puede establecerse donde haya un cierto número de pacientes que no estén inscritos en ninguna lista. Además, los pacientes no pueden ir al especialista que deseen cuando quieren, sino después de consultar a su médico de cabecera, y los especialistas dependen de los médicos de cabecera para recibir a los pacientes “filtrados”.

Al establecer la lista de pacientes (y el “monopolio del primer contacto” y el pago por capitación) la sociedad delega un enorme poder en manos de los médicos de cabecera y, al tiempo, acepta una enorme limitación de la libertad para consultar a los especialistas, que pueden ser elegidos por el médico de cabecera, pero no directamente por el paciente. Por ello las listas de pacientes normalmente se han establecido en momentos especiales, como después de la Segunda Guerra Mundial en Dinamarca y el Reino Unido, tras la Guerra Civil en España, o tras la crisis del petróleo en Italia.

Se estableció la lista de pacientes con el deseo de aumentar la equidad (la respuesta a las necesidades sin discriminación), y a costa de una relativa pérdida de libertad. En los países con lista de pacientes es más importante la equidad que la libertad, más importante el médico de cabecera que el especialista, y más importante la atención primaria que el hospital. Por supuesto, todo es necesario en su justa medida, pero en los países sin lista de pacientes la sociedad valora más la libertad que la equidad, más al especialista que al médico de cabecera y más los hospitales que la atención primaria.

La comparación internacional demuestra que los países con listas de pacientes (y “monopolio del primer contacto” y pago por capitación) controlan mejor el incremento del gasto sanitario y tienen mejor salud^{19,20}. De hecho, pues, el establecimiento de la lista de pacientes ha sido un acierto.

De la categoría a la anécdota, y viceversa

Las descripciones generales de los sistemas sanitarios dan un bosquejo del que se puede deducir la actividad de sus médicos de cabecera. Por ejemplo, podemos suponer que cuando no haya “monopolio del primer contacto” habrá menos longitudinalidad^{II}. También es

^{II}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 término.

esperable en estos países que la competencia directa entre médicos de cabecera y especialistas llevará a una menor derivación de enfermos desde atención primaria, pues los pacientes pueden “ser captados” por el especialistas que actúen como una suerte de médicos de cabecera (clásico es el caso del ginecólogo). También podemos suponer que el médico de cabecera ofrecerá mayor variedad y más tecnología, con menos personal auxiliar, para competir con el especialista. Así mismo, que el domicilio se convertirá en “campo de batalla” entre el médico de cabecera (atención primaria) y el especialista (hospital), pues muchos servicios se pueden proveer en ese lugar.

Pero no hay nada como visitar el país y “convivir” con un médico de cabecera para observar diferencias que llaman la atención^{III}. En su defecto, podemos emplear “viñetas” (situaciones clínicas) y pedir a un colega que explique cómo respondería a las mismas en condiciones reales. Por supuesto, cada médico de cabecera es un mundo, pero sin querer transmite también su mundo cercano, la cultura y su entorno.

Método

Desarrollamos las viñetas dos de los autores (JG y MPF) para su empleo en una evaluación de campo en Brasil²¹. Pese a estar en el terreno, y observar en directo la interacción médico-paciente, nos convenía “hacer un recorrido” por un conjunto de situaciones y valorar cómo respondía el médico de cabecera. Se trataba de responder a los casos clínicos (más bien, situaciones clínicas) según la práctica habitual de cada día.

En las viñetas no se plantean problemas diagnósticos, sino de atención y seguimiento en las que importa considerar: 1) la accesibilidad (superación de las barreras de todo tipo, geográficas, administrativas, culturales, horarias y demás; 2) la polivalencia (capacidad de resolver en la propia consulta los problemas, por disponer de material y capacidad para ofrecer opciones diagnósticas y terapéuticas apropiadas a la población a que se atiende); y 3) la longitudinalidad (la relación personal médico-paciente mantenida a lo largo del tiempo y para la atención a muy variados problemas de salud).

Se trata de explicar con sencillez y brevedad la respuesta más probable en un día cualquiera. No se espera una contestación sobre lo que se debería hacer, sino sobre lo que se hace. Y, según sea pertinente, añadir un comentario que aclare el porqué, o algún aspecto peculiar y/o local a destacar.

A continuación se recogen y comentan las respuestas de médicos de cabecera españoles que trabajan/han trabajado en el extranjero, en países con lista de pacientes. Son dos “inglesas”, una “noruega” y una “holandesa”, más el comentario de un médico español con experiencia rural y urbana en varias Comunidades Autónomas. Cada médico es un mundo y bien se refleja en sus respuestas que abarcan el texto (su propia práctica) y el contexto (la organización y los usos y costumbres).

Se aprovechan las respuestas para hacer una reflexión con propuestas prácticas sobre cómo “renovar” la consulta en España en opinión de los autores, según su propia experiencia clínica española e internacional y sus conocimientos científicos y de organización

^{III}Hay programas específicos para estancias cortas en países varios, como los que promueven el Movimiento Vasco de Gama de SEMFYC y WONCA, en toda Europa, y Spandoc Exchange y la Cátedra UPF-SEMG Grünenthal para el Reino Unido.

de servicios²². Estas prácticas que se proponen no son utópicas, y de hecho los autores las practican y/o conocen a distintos profesionales que las ponen en práctica en sus consultas del Sistema Nacional de Salud a lo largo de su vida profesional como médicos de cabecera urbanos y rurales.

Resultados

Caso 1

Mujer sana de 35 años que ha cambiado de domicilio recientemente y que llama por teléfono al centro de salud-consultorio a las 11,30 h de la mañana para recibir información acerca del funcionamiento, forma de adscripción, oferta de servicios, horarios, contacto mediante correo electrónico y redes sociales, y sobre cómo hacerse una citología (Papanicolau) y colocarse un dispositivo intrauterino (DIU).

- **Reino Unido 1.** Sería el personal administrativo quien daría esta información. Muchos centros de salud tienen su propia página web y un folleto en papel donde aparece información acerca de horarios, tipos de citas y cómo conseguirlas: programada, mismo día, urgente, domicilio y telefónica, personal que trabaja en el centro de salud (médicos, enfermeras, *health visitors*, matronas, etc.), información específica sobre los tipos de servicios ofertados y quién los realiza, Papanicolau, planificación familiar (incluyendo inserción de DIU e implantes), revisiones infantiles, vacunas, información al viajero, revisiones de crónicos, seguimiento del embarazo y parto, cirugía menor, exploración mamaria, programa de deshabituación tabáquica/alcohólica, etc. También sobre el circuito de recetas de crónicos. En el caso de planificación familiar el médico de familia puede colocar implantes y DIU, pero para ello tiene que estar acreditado (curso, prácticas y examen, y tener el diploma de la *Faculty of Family Planning* [DFFP]). Si no hay ningún médico acreditado este servicio se da al paciente en otro centro de planificación familiar. Además, existen folletos informativos en varios idiomas, para pacientes de habla no inglesa, sobre el funcionamiento del *National Health System* (NHS).
- **Reino Unido 2.** Esta mujer sería informada de los horarios de apertura, procedimiento de citas y posibilidad de citarse con la enfermera para la realización de una citología y con un médico específico del centro que está formado para asesorar y poner DIU, si esto resultara aconsejable. La paciente sería invitada por la recepcionista a pasar por el centro para registrarse, aportando la documentación oportuna y recibir el folleto informativo del centro con los detalles de todos los servicios, sugiriendo que en ese momento podría pedir las citas si lo desea. La cita para citología sería con la enfermera del centro de salud (*practice nurse*).
- **Noruega.** La paciente hablaría con la secretaria, quien le informaría sobre lo que pregunta. De todas formas si ya está llamando a su médico fijo, es que sabe cómo funciona el sistema, al menos en parte. Con respecto a la citología le diría que se realiza cada tres años en la consulta de su médico fijo (*fastlege*) y que le puede dar cita para dentro de unas semanas si quiere. El DIU también se lo pone su médico y le puede dar una cita programada cuando lo necesite (espera de una a tres semanas según la época).

- **Holanda.** La mujer es informada por la asistente al teléfono de horarios, citas, funcionamiento del centro, etc. Si la paciente está interesada en información sobre métodos anticonceptivos el médico de familia se los daría en la cita, que podría ser incluso telefónica. Si lo que desea es una citología tendría que solicitar cita con el médico de familia, que es el que realiza esta prueba. Existen algunos centros en que esta prueba la realizan asistentes de enfermería (figura entre auxiliar y enfermera) del mismo centro y luego son los médicos quienes valoran los resultados. La inserción del DIU también puede hacerlo el mismo médico de familia. Si el médico no tuviese experiencia en estos casos se remite al especialista de ginecología o a un centro específico de planificación familiar. Se suelen realizar cursos para tener habilidades en estas áreas si el médico tiene interés en formarse.
- **España.** La información concreta a distancia (teléfono y/o telemática) es difícil de conseguir, si existe. Puede llevar a la desesperación y por ello muy probablemente la paciente se quejaría de entrada, con toda razón, de que lleva llamando toda la mañana y de que nadie le coge el teléfono. El personal administrativo debe atender desde las llamadas, hasta a la gente que está en el mostrador y lo que precisa el resto del personal del centro. Sería deseable una separación de tareas en este sentido. En algunas Comunidades Autónomas se puede solicitar la cita por Internet o a través de un sistema informático. Estas opciones no entienden ni consideran a las señoras mayores, con salvedades, que las hay. Las dos, las señoras mayores y las salvedades. No hay ningún sistema de información de las prestaciones del centro, ni del personal que trabaja en él. El paciente no sabe quiénes son ni qué currículos tienen. Al final se le da a la paciente la información que requiere, pero “a cuentagotas” y de manera no oficial.

Lecciones para la renovación. Las responsabilidades del personal administrativo pueden ser mucho más amplias de las habituales, de forma que los auxiliares y administrativos se conviertan en piezas fundamentales del proceso de renovación²³. Cabe desarrollarlas, aprovechando además las tecnologías de la información para que la página del centro (o del médico de cabecera) ofrezcan recursos y enlaces muy variados. El objetivo es ayudar al paciente a superar las barreras administrativas (también las del lenguaje, por lo que es importante dar información en varios idiomas). Los sistemas de cita automatizados o delegados a centros de llamadas (*call centers*) no son capaces de adaptarse a los deseos y necesidades de los pacientes, con sus peculiaridades, y se tornan burocráticos y a veces desesperantes. Por otra parte, conviene cuidar especialmente las incorporaciones a la lista, de forma que el paciente (y su familia) tomen contacto con el médico de cabecera en una consulta de “recepción” que sirva de fundamento para la relación futura. Respecto a los cribados, como la citología para el cáncer de cuello de útero, todos provocan daños (algunos consiguen más beneficios que daños) y conviene atemperar las expectativas excesivas; en este caso concreto probablemente no esté recomendado. Finalmente, una consulta sobre métodos anticonceptivos es un “tesoro” para abrir el campo de la sexualidad, normalmente cohibido en exceso. En aras de la polivalencia sería conveniente ofrecer servicios frecuentes directamente por el médico de cabecera y el equipo, del estilo de inserción de DIU, toma de muestras citológicas y vaginales, implantes hormonales anticonceptivos, prescripción de anticonceptivos de rutina y de emergencia y demás.

Caso 2

Varón de 38 años, con dolor de espalda después de un esfuerzo brusco. Acude directamente desde su domicilio, donde estaba haciendo trabajos diversos en el jardín, sin cita, a las 15,30 h.

- **Reino Unido 1.** Existe la posibilidad de ser visto de forma urgente sin cita si es necesario. La enfermera suele hacer una valoración primero (el personal de enfermería esta capacitado para resolver problemas de salud menores) siendo visto por el médico si es necesario también después.
- **Reino Unido 2.** La recepcionista comprobaría primero si el médico habitual de este paciente está de servicio en ese momento. Si es así, lo llamaría a su consulta (si no tiene pacientes en ese momento) para comentarle el caso. En caso de que el médico tuviera algún paciente en consulta, se esperaría a que quedara libre (entre paciente y paciente) e iría a comentárselo, o le mandaría un mensaje en la pantalla del ordenador (*screen message*). El médico entonces decidiría hacerle pasar o hacerle esperar al siguiente hueco. Si el médico habitual no estuviera disponible en ese momento, la recepcionista haría lo mismo con el médico de guardia (*duty doctor*) del centro. Se prescribirían analgésicos y se entregaría un folleto para autocuidados; no se pediría radiografía.
- **Noruega.** A las 15,30 h está cerrado el centro. O va a la urgencia (abierta 24 horas, fuera del hospital, donde trabajan médicos de atención primaria) o espera con paracetamol e ibuprofeno (que es lo que se puede comprar sin receta) al día siguiente a las 8 cuando puede llamar a su propio médico al centro y tener cita esa misma mañana con su *fastlege*.
- **Holanda.** Al paciente se le ve como cita de urgencias en ese momento, se le explora y se le da medicación. Se le aconseja ver la evolución y pedir cita en una a dos semanas. El horario de atención a los pacientes en el centro de salud es de las 8 hasta las 16 h. De las 16 hasta las 17 h solo urgencias, y más allá de esta hora deben acudir a un centro de atención de urgencias de primaria, previa llamada telefónica. Si la urgencia es importante y grave se remite desde aquí al hospital. Al hospital casi no va nadie que no haya sido remitido desde allí.
- **España.** En algunas Comunidades Autónomas hay médico de familia por la mañana y por la tarde. En otras solo por la mañana (en estas suele haber Servicios de Atención Continuada para estas urgencias, en horario de tarde). En cualquiera de los casos, existe una gran probabilidad de que el médico que atiende al paciente no sea su médico habitual (hay turnos para “urgencias-sin cita” y para avisos a domicilio). Si va al hospital no se libra de la radiografía y a lo mejor “un completo” (de análisis y demás). También puede suceder que el paciente reciba un informe que no sea incorporado a su historia clínica. La pérdida de la longitudinalidad y de la unidad en la atención es lo que facilita que un problema médico leve se convierta en grave.

Lecciones para la renovación. Los horarios de atención deberían ser tan amplios como fuera posible (respetando la vida personal de los profesionales), y convendría mantener mecanismos que facilitaran la longitudinalidad. En este caso, de urgencia, lo prudente es el

filtro por el personal administrativo y después por enfermería (en un trabajo de “equipo funcional”), especialmente para valorar la presencia de “signos de alarma”, y para ir enseñando al paciente las bases del seguimiento y atención al dolor de espalda inespecífico (restricción del uso del diagnóstico por imagen, ventajas del mantenimiento del ejercicio físico, etc.). Si no está su médico, el de guardia debería dejar una nota breve en la historia clínica (y hacer llegar un listado de los pacientes atendidos de cada lista). Sería deseable la misma actuación y conexión entre los profesionales si el paciente acude a urgencias fuera del centro, por encontrarse cerrado. Las tecnologías de la información permiten eso y mucho más, de forma que el médico de cabecera puede tener información actualizada de la atención a sus pacientes en los varios servicios de urgencia. Es clave el seguimiento de estos problemas, y de la respuesta sanitaria a los mismos (“etiquetas”, uso de laboratorio y técnicas de imagen, terapéutica farmacológica y física, etc.).

Caso 3

Varón de 68 años recluso desde hace un año en su domicilio, ya conocido y seguido por insuficiencia cardíaca. Su esposa llama por teléfono al centro de salud-consultorio al empezar la consulta, a las 8 h, pues ayer le dieron el alta del hospital y le aconsejaron que el médico general-de familia fuera a verle a su domicilio (le dijeron que el hospital le mandaría a su médico el informe).

- **Reino Unido 1.** Para conseguir una visita a domicilio en el mismo día, en este centro de salud el paciente y/o familiar debe ponerse en contacto con el centro de salud correspondiente entre las 8 y las 10 h de la mañana. Las visitas a domicilio se hacen a mediodía (entre 11 y 12 h o entre 14 y 14,30 h dependiendo del centro). Las visitas a domicilio se reparten entre los médicos del centro. Si el paciente llama más tarde y necesita una visita para el mismo día, se puede obtener y se realiza entre las 16 y las 18 h (uno de los médicos del centro está “de guardia” cada día para atender visitas a domicilio urgentes, así como las llamadas telefónicas y pacientes que acuden de urgencia). Los pacientes también pueden ponerse en contacto a cualquier hora para solicitar una visita a domicilio programada para otro día. Existen enfermeras a domicilio (*district nurses*) que trabajan 24 h al día, 7 días a la semana. Son independientes de las enfermeras que trabajan en el centro de salud (*practice nurses*, que no hacen domicilios). El médico de familia puede ponerse en contacto con ellas en cualquier momento para organizar los cuidados. También existen enfermeras especializadas que hacen visitas a domicilio, como en el caso de enfermedades respiratorias, que visitan a pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) a domicilio periódicamente, o enfermeras de paliativos a domicilio.
- **Reino Unido 2.** En el Reino Unido es cada vez más habitual que al alta de pacientes con insuficiencia cardíaca se haya organizado un plan de seguimiento en el domicilio por la enfermera especialista en insuficiencia cardíaca (*specialist heart failure nurse*), que sería quien informaría al médico y le pediría respaldo, consejo o visita si lo creyera necesario. Si no se dispusiera de este servicio, entonces la recepcionista pasaría el mensaje en una nota al médico aprovechando el final de alguna entrevista con el paciente para avisarle de la solicitud de visita. El médico llamaría

entonces a la mujer del enfermo para pedir detalles y acordar la visita si fuera oportuna, ese día o más adelante si el paciente estuviera estable.

- **Noruega.** La secretaria valoraría la situación por teléfono. Como probablemente no sea un caso agudo, le dirá que pasará el mensaje a su *fastlege* tan pronto como sea posible (no todos los *fastlege* están en el centro todos los días de la semana, ya que tienen al menos un día en el que trabajan en residencias de ancianos u otros servicios públicos como atención del niño sano), quien le llamará para hacerle una visita a domicilio probablemente en esa semana si lo considera necesario. El informe no llegará hasta, por lo menos, unos días después según la urgencia. El *fastlege* puede decidir llamar por teléfono al hospital antes de ir a ver al paciente si quiere estar preparado.
- **Holanda.** Si el paciente tiene una ayuda asistencial en casa (asistente, enfermera) será él/ella quien se ponga en contacto con el médico de cabecera para informar de la situación y para explicar si existe o no necesidad de visita domiciliaria al paciente. Si en esos momentos está estable y no precisa atención no se irá a domicilio ese mismo día, en caso contrario si la asistente considerase necesaria la visita en ese día se buscaría un hueco en la agenda para que el médico hiciese una visita. Si el paciente no tiene ayuda asistencial en el domicilio (cosa rara, pues se suele ofertar este tipo de ayudas para determinadas patologías, como este caso) y fuese la esposa quien estuviese a su cargo, se acordaría cita con ella según los síntomas en el momento actual del paciente, cita diferida para unos días o en ese día.
- **España.** Habitualmente se impone el diseño de la agenda, dejando solamente hacer pequeños cambios. Prima cada vez más atender a pacientes “a demanda” en huecos de 5 minutos que son más “importantes” que las citas programadas en consulta y en el domicilio, con tiempo suficiente para ofrecer mejores servicios a los pacientes. De esta manera, el médico de cabecera se enfrenta a los problemas agudos en las mismas condiciones en las que se enfrenta a los crónicos. Con el agobio de ir siempre “a matabalho”, de “se me está pasando algo” y de (a paciente pasado) “¿cómo no me habré dado cuenta de...!”, con la incertidumbre de cola²⁴. Afortunadamente la longitudinalidad y el conocimiento del paciente vienen a remedar estas sensaciones y frustraciones. En este enfermo tomaría contacto telefónico con la familia y si fuera necesaria la visita iría en caso de tener tiempo en la agenda, o iría el médico de turno “de avisos”, hasta restablecer después el ritmo normal en un paciente de este estilo, crónico recluido a domicilio que depende básicamente de enfermería. Se atienden los avisos, pero suele ser con poco entusiasmo y escaso compromiso personal.

Lecciones para la renovación. La atención a domicilio es clave en primaria, y lo será más en el futuro. En ese “terreno de juego” arriesga mucho la enfermería y por ende todos los profesionales de primaria y, sobre todo, los pacientes. En España falta el desarrollo en la práctica de un componente comunitario. En todo caso, conviene cuidar todo lo que se refiera a prestar servicios a pacientes recluidos en su hogar. En este caso, tras el contacto telefónico para tranquilizar, lo oportuno es la visita a lo largo del día por su propio médico de cabecera, y si es posible conseguir el informe hospitalario con antelación (en buena lógica debería estar en el ordenador del médico de cabecera antes de dar el alta física). El personal de enfermería debería tomar contacto con la esposa del paciente, y/o acompañar

al médico de cabecera en su visita, pues los pacientes recluidos en su domicilio (y más los que padecen insuficiencia cardíaca) son su campo de trabajo y precisan de formación para autocuidado, seguimiento frecuente y un teléfono de contacto para dudas y aclaraciones. Cabe la cooperación con los servicios sociales y comunitarios de atención a domicilio, pero es importante cuidar la longitudinalidad y no perder la responsabilidad. El hospital debería prestar atención episódica y discontinua a estos pacientes, y no se precisa ni de “enfermera de enlace” ni de enfermera especializada en insuficiencia cardíaca. Se precisa de coordinación que prepare el paso entre niveles de los pacientes, especialmente de los “frágiles”, como los enfermos crónicos con insuficiencia cardíaca que se descompensan.

Caso 4

Mujer de 14 años que acude un viernes, sin cita, a ver a su médico, a las 13,30 h para recibir consejo sobre planificación familiar y sobre sexualidad, pues cree que ese fin de semana tendrá relaciones sexuales plenas por primera vez en su vida, con su novio. Quiere saber qué hay de calidad en Internet sobre estas cuestiones.

- **Reino Unido 1.** Todo paciente al llegar al centro de salud tiene que pasar por recepción. En este caso es una paciente sin cita y sin motivo “urgente” (el personal administrativo suele estar entrenado para este tipo de *triage* básico) por lo que se le ofrecería o la posibilidad de hablar con la enfermera ese día o cita para el médico de familia otro día. También se puede ofrecer una “consulta telefónica”; en este caso, el médico de familia o la enfermera llamaría más tarde ese mismo día a la paciente por teléfono para discutir esta cuestión. Además, en todos los centros de salud hay un sinfín de folletos informativos que el personal administrativo podría darle a la paciente. También existe en el hospital una consulta de salud sexual a la que los pacientes pueden acudir en cualquier momento sin cita para planificación familiar (píldora del día después) o diagnóstico de enfermedad de transmisión sexual.
- **Reino Unido 2.** La recepcionista la derivaría a la consulta de Planificación Familiar, no dependiente del centro, sino de otro organismo del NHS pero alojada (en nuestro caso) en el mismo centro, en la planta de arriba. Allí suelen tener algunas consultas sin cita (*walk-in clinics*) o en todo caso la recepcionista le daría folletos informativos con números de teléfono para llamar y pedir consejo. En caso de haber consulta de salud sexual ese día probablemente tendría que esperar, pues a las 13,30 h no suele haber consultas, ya que es hora del *lunch break*.
- **Noruega.** Aquí la gente no suele venir sin llamar. Si esta chica llama a las 13,30 h un viernes puede que la secretaria entienda la urgencia de la situación, pero no es seguro. Si es el caso, pasará el teléfono al *fastlege* entre paciente y paciente. La alternativa es que le diga la propia secretaria que debe utilizar algún método de prevención (preservativo) y le ofrezca una cita programada en una o dos semanas.
- **Holanda.** Si existe hueco para la agenda de ese día se le da cita con el médico para que le informe. Si no hay hueco en la agenda de hoy se le dará para otro día. En la consulta le informan y además aconsejan dónde poder hacer preguntas vía telefónica sobre enfermedades de transmisión sexual (se llama GG & GD). Ese servicio

también tiene asistencia gratuita y anónima para análisis de enfermedades de transmisión sexual, dudas sobre sexo y otras ayudas.

- **España.** El personal administrativo le dirá que ya no citan a más pacientes a esa hora, que sería para el lunes. Le preguntarán si quiere una cita de urgencias y le interrogarán acerca del motivo. Lo más probable es que la chica conteste con alguna evasiva y se vaya. Volverá el lunes, como había previsto el sistema, para preguntar sin cita y a cualquiera (enfermera y/o médico en turno de “urgencias”) cuándo le va a bajar la regla pues tomó el domingo la píldora del día siguiente (la compró en la farmacia a medias con el novio, que en estos casos suele ser un buen chaval). Si se hace correctamente la atención se irá del centro de salud con cita para su médico a las 6 semanas, para las serologías (el chaval puede ser bueno pero tener de todo).

Lecciones para la renovación. Esta consulta es una “consulta sagrada”²⁵, pues detrás de la pregunta concreta hay un mundo de temores, expectativas y fantasías. El personal administrativo y el de enfermería pueden prestar servicios excepcionales en estos casos, con información escrita y oral apropiada y “humana”, en espacio reservado y sin prisas, que aclare dudas sin hacer juicios. El objetivo es evitar embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, al tiempo de ayudar al desarrollo de una vida sexual sana. Sería ideal tener accesibilidad y flexibilidad suficientes para que el médico de cabecera ofreciera una consulta que terminara de asentar las respuestas del personal administrativo y de enfermería, aunque fuera a última hora. El entrenamiento en la respuesta a las “consultas sagradas” debería ser parte de la renovación, lo que incluye establecer sesiones clínicas regulares sobre situaciones y casos concretos. Hay mucho que hacer si se manejan bien el tiempo, la incertidumbre y el dolor del paciente, pero se requieren formación y desarrollo de habilidades. Respecto a Internet, existen fuentes de calidad excelente, y convendría tener de oficio un listado recomendado en cuestiones tan frecuentes como sexo y embarazos.

Caso 5

Varón de 50 años, diabético, que está citado y en la sala de espera tiene un cuadro de dolor agudo precordial que sugiere un infarto de miocardio, que evoluciona casi de inmediato a parada cardíaca.

- **Reino Unido 1.** Muchos centros de salud están equipados con material para atender una parada cardíaca, incluyendo medicación, desfibrilador automático, mascarillas, etc. Es obligatorio para todos los médicos de familia asistir a un curso de reanimación cardiopulmonar (incluye básica y avanzada) una vez al año, organizados por la gerencia local. Además, el personal que trabaja en el centro de salud suele tener entrenamiento en soporte vital básico. Así pues, en este caso, se haría reanimación cardiopulmonar inicial en el centro mientras viene la ambulancia (llamando al 999) para el traslado al hospital.
- **Reino Unido 2.** El médico da ácido acetilsalicílico de forma inmediata y llama al 999 para pedir una ambulancia urgente (*blue light*) y también al Servicio de Urgencias para avisar de la derivación, dando la información clínica de interés y enviándoles

un resumen de su historia clínica (*summary printout*) por fax. Si el paciente está en parada se hace reanimación cardiopulmonar básica.

- **Noruega.** Supongo que la secretaria llamaría a los médicos del centro (somos 4 y suele haber tres), nosotros empezaríamos reanimación básica mientras ella llama a la ambulancia. La segunda secretaria se llevaría a los demás pacientes a otra parte, supongo. Estamos a 1 km del hospital, por lo que no tenemos desfibrilador. En centros más lejanos con desfibrilador empezaríamos la reanimación avanzada si es un ritmo de choque.
- **Holanda.** Se solicita de urgencia una ambulancia, mientras el médico inicia la reanimación cardiopulmonar hasta la llegada del personal especializado que lo derivaría al hospital.
- **España.** Alguien avisará a su médico y será llevado a la sala de urgencias, donde su enfermera le canalizará una vía venosa y se le hará reanimación cardiopulmonar básica, si es preciso. Acudirán más compañeros (médicos y enfermeras) a prestar ayuda, y permanecerán allí hasta la resolución del caso, mientras viene el SAMUR al que avisa alguna administrativa. A veces hay demasiados profesionales en la atención a este paciente “parado” y el centro de salud casi también se “para”. En los centros de salud, pase lo que pase, siempre permanecen un médico y una enfermera en horario laboral. La dotación material es muy variable, entre todo y nada (o mucho, pero difícil de localizar en el momento del apuro). Otra cosa sería plantear esta situación en un consultorio rural de un pueblo pequeño de la España pobre, donde en ocasiones no hay ni esfigomanómetro ni bombilla en el otoscopio de pared. El paciente y el médico lo pueden pasar fatal.

Lecciones para la renovación. Las situaciones que exigen respuestas urgentes son infrecuentes, pero en ellas se juega la vida de los pacientes y el crédito de los profesionales. En este caso, de parada cardíaca, conviene la preparación de rutina y el ensayar la respuesta en teoría, al menos una vez al año (uso del desfibrilador, laringoscopia, empleo de la medicación y utensilios del carro de parada, conexión con los servicios de urgencia, actualización de las recomendaciones, etc.). Es importante analizar el conjunto de situaciones que exigen respuestas urgentes, como gran quemado, fracturas, cuerpo extraño laríngeo, embolia pulmonar, electrocución, ahogamiento, ictus, heridas por armas y demás para que todo el personal sepa qué hacer (incluso respecto a la evacuación y al contacto con la prensa y demás). No hay que olvidar los planes para catástrofes (explosión, inundación, atentado, incendio y otras) que pueden ser piedra de toque el impensable día en que haya que pasar a la práctica. Todo ello es fácil si se prevé, y además cabe dentro de un movimiento de renovación que aumente la capacidad de respuesta y de resolución (e incrementa la autoestima de los profesionales).

Caso 6

Mujer de 75 años que acude a revisión por ser diabética e hipertensa, con EPOC, fumadora, analfabeta, en situación social de pobreza y vivienda insalubre, con defectuosa higiene, con pie diabético y úlcera crónica de evolución tórpida que requiere ser desbridada.

- **Reino Unido 1.** Las revisiones de crónicos son realizadas por enfermería. Enfermería junto con Medicina de Familia puede contactar directamente con Trabajo Social para valoración y organización de cuidados y ayudas, incluyendo personas de apoyo, servicio de *catering*, terapia ocupacional (se encarga de por ejemplo valorar modificaciones en la casa del tipo bañera frente a ducha, gas, ayudas para autocuidado e higiene, etc.), fisioterapia (en este caso no es necesario, pero sí por ejemplo tras una fractura de cadera existe tratamiento de fisioterapia a domicilio). Existen enfermeras a domicilio, las *district nurses* (diferentes a las *practice nurses* que son las enfermeras que trabajan en el centro de salud, que no hacen domicilios), que funcionan 24 h al día, los 7 días de la semana. Estas enfermeras pueden por ejemplo ayudar a este tipo de pacientes con medicación. También puede coordinar la realización de un pastillero semanal con la farmacia más conveniente para el paciente.
- **Reino Unido.** Además de la revisión clínica y de medicación, el médico haría al menos dos derivaciones: 1) a la enfermera comunitaria (*district nurse o community nurse*) para valorar y tratar la úlcera; esta a su vez podría recomendar derivación a las más especializadas *tissue viability nurses* e incluso al cirujano vascular; y 2) a los servicios sociales para la valoración de las condiciones de la vivienda y asesoramiento de prestaciones públicas para mejorarlas. En caso de que esta paciente no estuviera en seguimiento por el servicio de podología, se le haría también una derivación para valoración y tratamiento de su pie diabético (suele haber disponible una consulta y/o derivación específica de pie diabético —*Diabetic Foot Clinic*—).
- **Noruega.** Hablaría con la mujer sobre su estado y qué quiere/creo que podemos hacer con respecto a su situación social, ya que tiene directa repercusión con la úlcera. Me aseguraría de que está en contacto con las enfermeras que van a casa de los pacientes y la ayuda social para limpieza, compras y demás. Si no es así y me da su permiso mandaría un mensaje por Internet o llamaría para empezar lo antes posible. Con respecto al pie, para empezar intentaría curar la herida, tomar muestras para cultivo y ver si lo podemos hacer aquí con visitas repetidas, si lo pueden hacer las enfermeras que van al domicilio, o si es más grave y debo derivar a la paciente al hospital a la consulta de diabéticos. El hábito tabáquico, el control de la diabetes, etc. lo dejamos para la siguiente consulta, que mis citas son cada 20 minutos y ya me habría retrasado alguno. Cita pronto (una o dos semanas, según esté la úlcera) para ver el pie y seguir trabajando con ella. Si no viene habría que llamarla por teléfono e intentar concertar una visita a domicilio.
- **Holanda.** El equipo de enfermería que se encarga del cuidado de úlceras crónicas iría al domicilio, desbridaría la úlcera y si no evolucionase bien se pondría en contacto con el médico de familia que sería quien la remitiera al especialista. Habría que insistir en el control de los factores que contribuyen a empeorar esa úlcera, tipo higiene, controles de diabetes, tabaco, etc. La mayoría de estos enfermos viven en residencias de ancianos o en su domicilio, pero con asistencia, por lo que pacientes así se ven pocos. La trabajadora social debería conocer esta situación.
- **España.** Solicitaría el concurso de la enfermera. El éxito del trabajo de enfermería es muy variable en estos casos; la mía es estupenda. Hay enfermeras que logran curas casi milagrosas, con técnicas varias para las úlceras de las piernas y las del alma. Pero son frecuentes en España las amputaciones en extremidades inferiores en diabéticos. Repasaría signos clínicos, últimas exploraciones analíticas realizadas,

objetivos y tareas pendientes con ella. Me plantearía en qué momento del proceso estamos y si es posible iniciar una persuasión en torno a la deshabituación tabáquica. Le daría una cita con la trabajadora social. Los pacientes de este estilo mueren pronto, así que pensaría en dejarle en su casa mi teléfono con un resumen de la historia, para cuando llegue el forense, si el de urgencias no certifica (esto me lo callaría, claro).

Lecciones para la renovación. Esta paciente ilustra la necesidad de coordinar los servicios apropiados y necesarios en estos pacientes “frustrantes” para el personal sanitario y social. También ilustra la mezcla explosiva de problemas biológicos, psicológicos y sociales típicos del “paciente complejo”²⁶. Lo clave es evitar el cumplimiento intenso de la Ley de Cuidados Inversos y aprovechar el conjunto de servicios que podemos prestar para evitar las complicaciones de la úlcera y la amputación del pie. El personal administrativo y de enfermería es fundamental para coordinar la atención (y para la cura a fondo, por la enfermera). Se precisa material, desde crema anestésica a bisturí, y formación y actualización, así como relación fluida con los servicios especializados, por si la úlcera no cura. La respuesta a los problemas sociales es tan importante como la respuesta a los problemas médicos, y esta paciente precisa de un “coordinador principal”, para hacerse cargo de su caso a largo plazo; puede ser un familiar, vecino, “paciente experto” o profesional, pero alguien debería establecer con ella una fluida y amable relación que permitiera seguirla en su vida y en sus contactos con los servicios sanitarios y sociales, para dar respuesta a sus necesidades, respetando sus expectativas vitales. Son pocos los pacientes tan complejos como este y su caso puede ser “piedra de toque” para el proceso de renovación, tanto respecto a sus límites (hay cosas que no podemos evitar) como respecto a sus posibilidades (hay un mundo de diferencias entre hacer bien las cosas o hacerlas mal en casos como este). Lo clave es analizar y mejorar la atención a la paciente a través de cambios en la accesibilidad, polivalencia y longitudinalidad.

Caso 7

Mujer de 28 años con síntomas de cistitis que acude sin cita al empezar la consulta, a ver a su médico, a las 8 h.

- **Reino Unido 1.** Existen huecos de citas todos los días para el mismo día (*same-day appointments*); se le podría ofrecer a esta paciente uno de esos huecos. Hay *emergency appointments* pero suelen reservarse para problemas urgentes e importantes, de forma que siempre existe la posibilidad de ser visto de forma urgente sin cita si es necesario. En estos casos la enfermera suele hacer una valoración primero (el personal de enfermería está capacitado para resolver problemas de salud menores) siendo visto después por el médico, si es necesario. Otra posibilidad es fijar cita con enfermería. Las *practice nurses* están entrenadas para manejar problemas de salud menores (fiebre, cuadros gripales, infecciones respiratorias altas, infecciones urinarias, heridas, etc.). Está protocolizado en el caso de las enfermeras el tipo de problemas y la actuación ante ellos. La enfermera podría hacer un *triage* inicial, obtener una muestra de orina para tira y para envío posterior al laboratorio. Si hay signos de infección y necesidad de antibiótico podría recetarse. Si es una *prescribing*

nurse (hay enfermeras que pueden recetar ciertos medicamentos, para ello hacen una formación extra, son las *prescribing nurses*) lo puede hacer la propia enfermera, si no lo hablaría con el médico antes de hacer la receta. Si la necesidad de antibiótico no es clara, la enfermera le daría consejos (beber mucho líquido, etc.) e informaría al paciente de que en 48 h puede llamar para saber el resultado, o antes si evoluciona mal.

- **Reino Unido 2.** Si hay cita disponible para su médico esa mañana la recepcionista le cita y le pide que acuda a la hora citada. Si no la hubiera a esa hora lo más probable es que la recepcionista le dé cita con el médico del turno “de guardia” para esa misma mañana. El médico probablemente le pedirá a la recepcionista que indique a la paciente que tome una muestra de orina y la lleve a consulta para test de tira.
- **Noruega.** La secretaria hace una prueba de orina antes de entrar en mi consulta y, tras preguntarme por teléfono ya con los resultados, le da una cita entre medias de dos pacientes, con 5 minutos de tiempo.
- **Holanda.** La asistente recoge orina de la paciente en ese momento y le hace tira reactiva y sedimento, y a los pocos minutos la asistente con el resultado puede dar tratamiento médico si se precisa. Si la paciente quiere ser vista por el médico, tras tener los resultados se le daría una cita para esa misma mañana.
- **España.** Las agendas, salvo situaciones excepcionales, suelen permitir a los pacientes citarse el mismo día o el siguiente. En este sentido, la accesibilidad es un valor en la Medicina familiar española que todavía se protege. A esta paciente se le haría un análisis de orina en el momento y casi seguro que se va con antibióticos recetados por el médico del turno “de guardia” (aunque intentaría el ibuprofeno si no estuviera clara la infección). Lo peor es que estas pacientes con prisas son a veces las mismas con cistitis de repetición y vale la pena citarlas con tiempo. Por otra parte, sucede en ocasiones en la Medicina rural que no se puede pedir un cultivo a la paciente si estuviera indicado antes de iniciar el tratamiento, pues “solo se recogen los miércoles”, siendo un ejemplo muy ilustrativo este de la discordancia entre medicina-aparato burocrático y administrativo.

Lecciones para la renovación. Esta situación es la típica urgente en la que son infrecuentes las complicaciones. El objetivo es tanto calmar las molestias como mantener un buen clima en la relación del paciente con los profesionales, así como una gran accesibilidad. Pueden ayudar los administrativos y enfermeras a tranquilizar a la paciente si cuentan con una formación común acerca de las cistitis y sus causas, con el objetivo de mejorar el uso de antibióticos. Es importante que en caso de duda la atención termine con una consulta breve con el médico de cabecera, para reforzar la decisión tomada por la enfermera. Esta paciente sirve de ejemplo para el uso correcto de las técnicas diagnósticas “cerca del paciente” (*near testing*) que conviene usar con tino y mesura; en este caso las tiras reactivas de orina, pero sería lo mismo con la determinación de infección estreptocócica, determinación de glucemias, el electrocardiograma (ECG), la espirometría, la tira para determinar embarazo y demás. Se termina abusando y viciando su uso, tanto por médicos y enfermeras como por pacientes. Es relativamente sencillo revisar todo el uso de dichas técnicas diagnósticas, su valor predictivo y negativo según la población a la que se vaya a aplicar.

Caso 8

Varón de 45 años al que se le acaba de clavar en el ojo una viruta de hierro (cuerpo extraño metálico en la córnea), acude “de urgencias” y no pertenece al cupo de ese médico (ni de ningún otro del centro de salud-consultorio).

- **Reino Unido 1.** Siempre puedes acudir a un centro de salud por un motivo urgente, como este caso, si lo necesitas, aunque no seas paciente del centro de salud. En este caso, al no ser paciente registrado, se le hace un registro temporal en el centro de salud para abrir una historia transitoria y se le atendería. Con un cuerpo extraño intraocular se podría valorar inicialmente en Medicina de Familia, pero en estos casos se suele derivar para valoración más especializada. Si existen urgencias de oftalmología en la ciudad-distrito se puede enviar (antes de hacer cualquier derivación, incluida la urgente, siempre se llama por teléfono y se habla con el especialista de guardia). Si no existen urgencias oftalmológicas se deriva a un óptico. El óptico atiende algunas urgencias oculares de forma gratuita para pacientes del NHS, incluyendo cuerpos extraños oculares, pudiendo hacer un examen ocular completo, extracción del cuerpo extraño con la lámpara de hendidura y prescripción de antibiótico profiláctico.
- **Reino Unido 2.** La recepcionista lo consulta con el médico de guardia y este aconseja al paciente acudir al servicio de urgencias hospitalario.
- **Noruega.** Si no pertenece al centro le van a mandar a urgencias en la ventanilla o el teléfono.
- **Holanda.** Se le atiende de forma urgente, se le practica lavado ocular y se intenta sacar el cuerpo extraño. En caso de que no se consiguiese sacárselo se telefonaría al oftalmólogo de guardia, con el que se comentaría el caso y este aconsejaría el proceso a seguir, bien remitir a urgencias para él mismo atenderlo, bien le daría cita preferente. El paciente no es de nuestro cupo, así que tras atenderle se le haría un informe que se enviaría por fax a su médico de cabecera.
- **España.** El paciente será atendido adecuadamente en un breve espacio de tiempo. Si necesita ser derivado a Urgencias para valoración por el oftalmólogo, se le puede derivar sin problemas al hospital de referencia de ese centro de salud, aunque no sea el que le corresponda, sin gasto alguno. Esto es muy raro, pero he visto también en el mundo rural el uso de un imán para extraer cuerpos metálicos, con lo que el caso se suele resolver sobre la marcha.

Lecciones para la renovación. La extracción de cuerpos extraños oculares es cuestión frecuente en la clínica, y motivo común de mala práctica (por ejemplo, el uso innecesario de la oclusión ocular en las úlceras corneales). Es prudente dar respuesta a la mayoría de tales problemas, que solo requieren iluminación correcta (lo mejor, una lupa con lámpara incorporada), anestésico ocular (de uso inmediato en menores de 50 años), fluoresceína (para valorar la presencia y extensión de úlceras corneales) y material extractor (un anillo de nailon para materiales no férricos, y un imán para las virutas de hierro y acero). Todo este material es de bajo coste y de fácil uso por personal sanitario prudente. La atención la debería prestar enfermería. En un marco de renovación convendría analizar todas las situaciones urgentes de este estilo, pues la resolución “en el momento” lo agradece

infinito el paciente, da crédito profesional ante la población y resulta muy gratificante para el profesional. Por otra parte, se precisan sistemas electrónicos de comunicación que faciliten la coordinación entre centros y organizaciones, de forma que se puedan ofrecer servicios integrados a los “transeúntes”, incluso en urgencias en atención primaria y recibir el resumen del listado de problemas del paciente (medicación y alergias incluidas) y transmitir la síntesis del proceso a su médico de cabecera; no es nada extraordinario y es muy conveniente.

Caso 9

Varón de 54 años, con cefalea, de reciente aparición, al despertarse, gran bebedor. Acude sin cita al abrir el centro de salud-consultorio. Es muy conocido por sus borracheras.

- **Reino Unido 1.** El personal administrativo intenta ver la urgencia del problema. Si necesita ser visto ese día se da cita bien con la enfermera, bien con el médico.
- **Reino Unido 2.** Si estuviera disponible su médico habitual la recepcionista lo consulta con él; en otro caso se lo comunicaría al médico del “turno de guardia” para que lo vea cuando estime oportuno, que en este ejemplo probablemente sería de inmediato.
- **Noruega.** Son pocos los que vienen sin cita. En el caso de que así ocurriese le darían una cita para el mismo día a la hora de las citas urgentes (sobre las 11 h) si está con su *fastlege*, y si no con uno de los otros tres colegas del centro. Cuando uno no está los demás se reparten sus urgencias.
- **Holanda.** Tras el *triage* que realiza la asistente podría dar tratamiento analgésico si el paciente ya anteriormente lo ha tomado. Si el paciente quiere que le vea un médico, la asistente lo pondría en la agenda del día para que fuera atendido por el médico.
- **España.** Le darían una cita de urgencias y sería valorado con prontitud por el médico del turno “de guardia”. Si no es su médico probablemente el profesional haga un conato de convencerle en dos minutos de que debe dejar de beber, como si fuera el primero que se lo dice. Ser borracho tiene su punto tedioso.

Lecciones para la renovación. Este paciente sirve de ejemplo para señalar los riesgos de la longitudinalidad. Por conocer al paciente es probable que todo el personal atribuya la cefalea al abuso del alcohol, pero conviene el diagnóstico diferencial. Las instrucciones al personal auxiliar deberían dejar claro que una cefalea intensa y “nueva” requiere la evaluación por su médico de cabecera (no por el de turno de guardia), y este debería hacer un hueco para verlo a lo largo de la mañana. Conviene que todo el personal entienda las ventajas e inconvenientes de la longitudinalidad, y este caso puede servir de ejemplo práctico. Por otra parte, los signos de alarma en las situaciones más frecuentes (cefalea, dolor abdominal, lumbalgia, hemorragia en el primer trimestre del embarazo, etc.) deberían ser conocidos por todos los profesionales. Es una cuestión puramente clínica en la que la renovación puede tener gran impacto, a bajo coste.

Caso 10

Mujer de 70 años, terminal, con cáncer de páncreas que decide morir en casa. Su familia (esposo y una hija de 50 años que vive al lado) le apoyan. Ella y su marido acuden a hablar con el médico para saber cómo se puede organizar la atención. Además, ruegan al médico que tome contacto con su hija, y le dejan el correo electrónico de la misma.

- **Reino Unido 1.** Los médicos de familia realizan cuidados paliativos a domicilio. Las *Macmillan nurses* son enfermeras especializadas en cuidados paliativos, y trabajan tanto en el hospital como a domicilio, 24 h. Incluso hay enfermeras de paliativos superespecializadas en cáncer de mama, cáncer infantil o quimioterapia. Puede derivar a estas enfermeras el médico de familia, el adjunto del hospital, las *district nurses* (enfermeras a domicilio “normales”) o la enfermera del hospital. Es un servicio gratuito para los pacientes. Las *Macmillan nurses* están financiadas en parte por el NHS y en parte por una *Charity*.
- **Reino Unido 2.** El médico escribiría a la hija para proponerle la derivación de la paciente al equipo local de cuidados paliativos, que la visitaría en pocos días y sugeriría un plan práctico de atención, siempre en estrecha comunicación con su médico de cabecera.
- **Noruega.** Su *fastlege* puede ayudarles a manejar la atención en casa mientras ellos lo deseen. Lo normal es hacer visitas a domicilio y tomar contacto con las enfermeras a domicilio para colaborar en el cuidado. Hay *kits* de ayuda para casos así, donde el médico deja indicado qué usar en caso de los síntomas más comunes y jeringuillas, mariposas, etc. para no tener que complicarse mucho y dar seguridad a la familia y al grupo de enfermeras. En este caso es casi seguro que el hospital ha estado involucrado y sería normal llamar si hay dudas en el tratamiento. Si la familia quiere que contacte a su hija lo puedo hacer, pero normalmente preferiría hacerlo por teléfono. El correo electrónico con pacientes funciona, pero es más pesado que la comunicación directa. A estos pacientes muchos médicos les dan su número de móvil privado, pero si se deja toda la información bien dada, los pacientes casi no llaman.
- **Holanda.** Se podría realizar el primer contacto con la hija vía correo electrónico o por teléfono. Desde el hospital se encargan de poner en activo el dispositivo para los pacientes que deciden morir en casa o que solicitan eutanasia. En el caso del paciente que decide morir en casa es el hospital el que se pone en contacto con la asistencia domiciliaria, y se le da el alta con medicación a seguir y supervisión por enfermería y por *Thuiszorg* (cuidadoras de domicilio), para la atención de los últimos días de ese paciente. Cuando existe algún problema la cuidadora contacta con su médico de familia.
- **España.** Los familiares tendrán una entrevista con su médico de familia, en la consulta o en el domicilio. Programaría una serie de cuidados conjuntamente con la enfermera. Se establecería un plan de actuación. La familia tendrá acceso directo y continuo al médico de cabecera, vía telefónica preferentemente. El equipo médico-enfermera garantizarán que sea respetado el deseo del paciente de morir en casa, siempre que colabore la familia. Con este mini-equipo me volcaría en el cuidado del paciente. Solamente en situaciones excepcionales será necesaria la intervención continuada del equipo especializado de paliativos; en estos casos debería ser

compartida en lo sucesivo la responsabilidad de la atención. El correo electrónico no se suele usar de coadyuvante de la atención clínica. Si el médico es relativamente joven, o “es inclinado a”, probablemente no tenga problema en utilizarlo, como es mi caso. Los médicos de la vieja guardia (en general) suelen ser reacios al correo electrónico. Es normal, han crecido con la imprenta y no con estas tecnologías livianas (digitales).

Lecciones para la renovación. De nuevo una “consulta sagrada”, que en este caso se refiere a la organización de los cuidados antes de la muerte. Conviene “explorar” las expectativas, los deseos y las creencias de la paciente y de sus familiares, así como repasar las fases probables del proceso y su mejor manejo. Es básico el acuerdo acerca de quien vaya a ser el “cuidador principal” y otras cuestiones prácticas como lo referente a la “sedación terminal”, la respuesta a las necesidades espirituales y religiosas y demás. En algún momento de la entrevista debería participar la enfermera, para sumarse al diseño del plan inicial de atención. En lo posible conviene que sea el médico de cabecera el responsable de los cuidados terminales, incluyendo las necesarias visitas a domicilio, empleo de la medicación (también morfina) y el enlace telefónico fácil (para tranquilidad de la paciente y de la familia y para asegurar la continuidad de cuidados), con la colaboración de la enfermera y de otros profesionales (trabajadora social y servicios especializados)²⁷. Los objetivos son evitar sufrimiento innecesario, capacitar a la familia para cooperar con los profesionales (también en el uso de analgésicos, morfina incluida) y cumplir con el deseo de morir en casa. Se debería atender el deseo familiar y tomar contacto con la hija, para incorporarla al “equipo funcional” de cuidados. Conviene ir preparando el “después”, incluyendo las cuestiones prácticas referentes a la certificación de la muerte y el seguimiento del duelo. Todos los pacientes irán muriendo, los profesionales también, de forma que es clave dominar los servicios necesarios para dar calidad de atención a los pacientes terminales. La atención primaria renovada debería tender a ocupar “nichos” que ha ido perdiendo, pues se trata de seguir en su contexto a los pacientes desde antes de nacer (preparando y siguiendo un embarazo sano) hasta después de la muerte (cuidando la información que genera el certificado de defunción y de los seres queridos que deja el finado).

Caso 11

Varón de 80 años que muere en su casa, un domingo a las 9 h. Se esperaba su muerte, por situación final de reclusión en su domicilio por una demencia por enfermedad de Parkinson. La familia no sabe cómo lograr el certificado de defunción, pues el médico no dio instrucciones concretas.

- **Reino Unido 1.** En general, los centros de salud están cerrados de 18,00 a 08,00 h y las 24 h los fines de semana, pero existe un programa que incentiva un horario más amplio e incluso abrir el sábado, el *Extended Access*. Durante el tiempo de cierre existen servicios de urgencias de atención primaria (equivalentes a los PAC, SUMMA, SAR etc. españoles) que cubren tanto asistencia a domicilio como asistencia en determinados puntos-consultas, además de hospitalaria. En este caso, la familia llamaría al NHS 24 h, teléfono de *triage* de urgencias (*out-of-hours*) y

se enviaría un médico. Este médico confirmaría la muerte pero no la certificaría; enviaría un fax al centro de salud del paciente. Será el médico de familia habitual del paciente quien firme el lunes el certificado de defunción (incluso aunque haya fallecido un viernes por la noche). Si bien, este proceso no retrasa el que el cuerpo pueda ser trasladado al mortuorio. Los trámites funerarios, por este y otros motivos, suelen durar varios días en el Reino Unido. En el caso de muerte inesperada se avisa a la policía y al médico forense (*fiscal procurator*).

- **Reino Unido 2.** La familia llama al servicio de atención continuada (*out-of-hours GP service*). El médico de guardia confirma la muerte y envía un fax al centro de salud a la atención del médico del paciente para que emita el certificado al día siguiente.
- **Noruega.** Si el *fastlege* ha estado involucrado como en el caso anterior, la familia puede que lo llame directamente a su teléfono personal y el médico certifique la muerte. En otro caso, llamarán a urgencias, que mandará un médico cuando haya posibilidad (por ejemplo, entre turnos el que se marcha a casa puede pasar antes por el domicilio). En otros casos la propia funeraria lleva el cadáver a urgencias, donde se certifica la muerte.
- **Holanda.** Como es domingo su médico no acudiría, sería el médico de guardia del *huisartsenpost* (equivale a punto de atención continuada) quien iría a domicilio a certificar la defunción. El médico de cabecera del paciente recibe por fax información sobre lo sucedido.
- **España.** Si ocurre en una gran ciudad la familia llamará al 112 (teléfono de emergencias) y un médico del SAMUR (o similar), de un nivel de complejidad desproporcionado para el caso, se trasladará al domicilio del paciente. Lo lógico es que la familia tenga algún informe en el que el médico pueda cerciorarse de la situación clínica del difunto, para no dejar lugar a la duda y no tener que plantearse avisar al juzgado y que se persone el forense. Si el suceso ocurre en el extrarradio de una ciudad o pueblo, o se contará con una Unidad de Atención Domiciliaria o un médico del Punto de Atención Continuada se desplazará a certificar. Si el paciente es seguido por una Unidad de Paliativos la familia suele contar con instrucciones dado el caso. Igualmente sucede en el caso de algunos médicos de cabecera. Pero, sin duda, morir en domingo es muy inconveniente (para la familia).

Lecciones para la renovación. En este paciente la certificación de la muerte debería ser parte del plan de cuidados al enfermo terminal y, por tanto, la familia debería saber qué pasos tomar. En todo caso, el “cuidador principal” es lógico que tenga el teléfono del médico de cabecera y que pueda llamarle para pedir consejo, y que sea el médico el que decida si acude personalmente o toma contacto con los servicios pertinentes²⁸. El objetivo es evitar sufrimiento a la familia en un momento especialmente doloroso y, al tiempo, ir cerrando las “heridas” que siempre produce una situación ya de por sí dura (la atención durante años a un ser querido que “pierde la cabeza”). Nada como la visita final del médico de cabecera para certificar la muerte y tomar un café con la familia, con tiempo para “reparar” el proceso de atención y reconocer explícitamente el esfuerzo, sacrificio y mérito de los distintos familiares. La buena reputación profesional no es cuestión del diagnóstico diferencial, sino de saber diferenciar lo importante de lo irrelevante, y el tiempo de la certificación de la muerte en estos casos es especial y único. Cabe renovar la consulta y considerar y programar estos tiempos como si fueran retos clínicos, que lo son.

Caso 12

Mujer de 32 años, con diarrea y vómitos persistentes toda la noche. Su esposo llama al centro de salud-consultorio a las 8 h para que vayan a verla a su casa.

- **Reino Unido 1.** En este tipo de casos suele hacerse un *triage* telefónico (médico o enfermera) resolviéndose en muchas ocasiones por teléfono mediante valoración y consejos. Si realmente se necesita una visita a domicilio se haría.
- **Reino Unido 2.** La recepcionista pasa el mensaje a su médico, quien llama a la paciente en algún momento de la mañana. Si este no estuviera disponible lo haría el médico del “turno de guardia”. En esa llamada se toma la decisión consensuada con la paciente de hacer el tratamiento que se le indique o de ser visitada en su domicilio, en este caso más probablemente lo segundo. La visita sería al finalizar la consulta matinal, entre las 12 y las 13 h.
- **Noruega.** En este caso lo más frecuente es que se pida a la mujer que venga al centro a consulta el mismo día. Se pone una ambulancia si está tan enferma que no pueda venir, pero es muy raro.
- **Holanda.** La asistente recogería telefónicamente la notificación y el médico llamaría a la familia. En el caso de que no hubiese síntomas de alarma, acordaría que trajesen a la paciente al centro para exploración y en caso necesario medicación. En otro caso sería el médico de cabecera quien acudiera al domicilio para la exploración y valoración de la paciente.
- **España.** Le dirán que espere a las 8,30 h para hablar con su médico. Este intentará que la paciente se acerque al centro de salud para valorarla en el mismo día, pues el citado motivo no justifica la atención domiciliaria. En caso contrario el médico de cabecera irá “de malas” y al final de la mañana. Los avisos a domicilios terminan siendo una “cruz”.

Lecciones para la renovación. La diarrea con vómitos suele ser un proceso benigno. Pero conviene el contacto telefónico con la propia paciente, si es posible, para valorar el cuadro y hacer las recomendaciones oportunas. Si finalmente la paciente no puede acudir a la consulta, es imprescindible la visita al domicilio del médico de cabecera para la exploración física. Conviene una visita a domicilio “de más” antes del error de una visita a domicilio “de menos”, especialmente si previamente la paciente ha utilizado correctamente los servicios. La estrategia del trabajo a domicilio es un campo a renovar, pues consume mucho tiempo pero rinde más, y es parte del “santo y seña” de la atención primaria. Por ejemplo, se puede participar en alguno de los proyectos del *Ambient Assisted Living*^{IV} que generalmente tienen dificultades para incorporar a profesionales y pacientes de atención primaria.

^{IV}El AAL es un programa europeo que promueve el uso de tecnologías varias para lograr una vida plena a los ancianos, manteniendo su propio hogar como vivienda habitual. Va desde sistemas que aseguran el correcto encendido y apagado de aparatos domésticos a la conexión con el médico de cabecera. Información disponible en: <http://www.aal-europe.eu/about/objectives/>

Caso 13

Varón de 12 años, con asma mal controlada. Acude a las consultas irregularmente, y pertenece a una familia monoparental (la madre dejó al padre, con tres hijos). En esta ocasión acude a su consulta de revisión, con su abuela.

- **Reino Unido 1.** Las consultas de revisión de enfermedades crónicas las hace la enfermera (*practice nurse*) incluyendo asma, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y EPOC, discutiendo periódicamente los casos con el médico general (suele haber un “médico con interés especial” en diabetes, otro se encarga de respiratorio, otro de cirugía menor, etc.). La enfermera tiene potestad para modificar el tratamiento, pedir analíticas, espirometrías y demás, en caso necesario. En el Reino Unido existe además la *health visitor* (no existe en España), un tipo de enfermera (o matrona) con capacitación extra en Pediatría, promoción de la salud, salud pública, etc., que tiene un enfoque comunitario y trabaja con niños y también con familias. Su rol consiste en las revisiones e inmunizaciones en la infancia, pero también están entrenadas para hacer valoración social inicial (incluyendo visita al domicilio y valoración familiar) pudiendo contactar directamente *a posteriori* con servicios sociales y trabajo social según las necesidades de cada caso. Todas las semanas se hace un *community meeting* para debatir casos que necesitan valoración comunitaria y/o social. A esta reunión acuden las *district nurses*, médicos generales, *health visitor*, etc.
- **Reino Unido 2.** El médico explicaría a la abuela la importancia de las revisiones regulares con la enfermera y le daría cita con ella, además de entregarle folletos informativos para educación y concienciación, labor que continuaría la enfermera. El médico pediría a la enfermera que en caso de no acudir a la cita les llamara por teléfono para insistir en su importancia y darle otra. Médico o enfermera derivarían a servicios sociales si el incumplimiento persistiera.
- **Noruega.** Se atendería al niño y se daría información a la abuela además de al niño. Se irían con cita de control, por ejemplo en dos o tres semanas, y habiendo dejado un teléfono en el que contactar por si no vienen y explicado que es importante que el niño esté bien controlado. Si el mal control lleva a ingresos repetidos, el hospital o el *fastlege* debería contactar con el “Centro de Bienestar de los Niños” para que se cerciore de que la situación en la casa es suficientemente buena para el menor.
- **Holanda.** Preguntaría por síntomas de disnea en reposo, durante el ejercicio, por la noche, si toma o no medicación, se verían las últimas prescripciones de sus recetas, se preguntaría al niño y se hablaría con él. Si no veo claro que me hayan entendido, o si me quedan dudas de si está cumpliendo o no con su medicación, le doy de nuevo cita dentro de dos semanas y le explico la importancia de acudir a esta nueva cita.
- **España.** Es un paciente que no vería el médico de familia, salvo en la España pobre rural y algo menos pobre también si hay una suplencia, donde el médico de familia ocupa la plaza del pediatra intentando que no se enteren las familias de que no es pediatra, para no despertar recelos. Si la abuela es receptiva y colaboradora se bajaría con ella. Si no, se convocaría también al padre. Se le aconsejaría sobre la importancia del uso continuado de la medicación pautada para evitar reagudizaciones. Lo propio sería que el profesional explorara circunstancias sociales y

ambientales que pudieran contribuir al cuadro, tales como fumadores en casa, adecuada limpieza, etc.

Lecciones para la renovación. La situación familiar es clave en todos los pacientes, y más en los niños. En este caso es de esperar, por ejemplo, un papel preponderante de la abuela paterna, y mayores dificultades en el control de enfermedades crónicas como el asma, en las que es importante el componente psicológico. Lo prudente sería el seguimiento por la enfermera, y la formación del adolescente y de la abuela para el autocontrol (uso del *peak-flow* y demás). El objetivo es evitar el deterioro de la función pulmonar y las situaciones de complicaciones graves. Si fuera posible convendría que el médico de cabecera pasara un momento por la consulta de enfermería, para saludar a la abuela y “tomar el pulso” de la familia. En este caso se trata de fomentar la longitudinalidad familiar. El caso se refiere, de nuevo, a un “nicho” que no cubre el médico de familia, pues los niños dependen del pediatra. En el mundo rural es más fácil ser el médico de la familia. En la ciudad y alrededores se puede llegar a acuerdos con los pediatras en el centro de salud para ofrecer servicios coordinados a la familia. En situaciones como las de este caso se puede renovar para lograr que pediatras y médicos de familia estudien problemas en común y den respuestas coordinadas, también con la enfermería.

Caso 14

Varón de 5 años, con herida incisa por caída. Su madre no sabe qué hacer. Acude a su médico, al centro de salud-consultorio, donde se aprecia que precisa sutura.

- **Reino Unido 1.** Dependiendo del tipo de sutura necesaria, la herida la puede suturar la enfermera, el médico general, o en casos más complicados se envía a urgencias al hospital (A&E) para ser tratada.
- **Reino Unido 2.** El médico deriva al servicio de urgencias pediátricas hospitalario, enviando un fax con la información clínica y da también copia al paciente para que la entregue al llegar allí.
- **Noruega.** Se le atiende por el *fastlege* entre los otros pacientes y se le sutura.
- **Holanda.** Con ayuda de la asistente se suturaría por el médico en el centro y se le citaría en unos días para ver la evolución.
- **España.** Si la herida es en la cara o se prevé una sutura complicada, bien por el tamaño de la herida, bien por las características de la propia herida, se derivará a urgencias del hospital. En otro caso lo suturará el pediatra (si el niño acude al centro de salud en horario laboral) o el médico de familia si el niño acude a un Punto de Atención Continuada. En estos últimos y en el medio rural en ocasiones sutura también la enfermera.

Lecciones para la renovación. A veces la sutura se puede hacer incluso sin puntos, con pegamento de cianocrilato (heridas de un máximo de 2 cm, en zonas no de flexoextensión). Salvo excepciones, la atención de las heridas es cuestión de enfermería. Es un área que puede servir de estímulo para todo lo concerniente a la cirugía menor, y a la higiene de manos e instrumentos. En conjunto la renovación debería trasladar capacidad de respuesta

y autonomía desde el médico al paciente, contando con toda la cadena del “equipo funcional”. Situaciones como las descritas no requieren alta tecnología, sino compromiso con la población y los pacientes para prestar servicios de “máxima calidad, mínima cantidad, con tecnología apropiada, en el lugar y momento adecuado, por profesional apropiado y tan cerca del domicilio del paciente como sea posible”.

Caso 15

Mujer de 18 años, soltera, estudiante, vive con sus padres. Acude con cita, por la tarde, a su médico para confirmar el diagnóstico de embarazo (ya se ha hecho una prueba en la farmacia, con resultado positivo). Pide ayuda para abortar (sabe que hay medicamentos que se venden en la calle, pero quiere conocer sus peligros).

- **Reino Unido 1.** En este caso el médico general valoraría la situación, explicaría y daría consejo (en el Reino Unido se usa mucho la información por escrito tipo folleto o información que se imprime en el momento, o por Internet, tipo www.patient.co.uk o www.nhs.uk). Existe una consulta especial en el hospital que se encarga de esto (llamada *Nairn Suite* nuestro hospital). Es una consulta dentro del departamento de Obstetricia-Ginecología, con médicos y matronas que valoran y tratan todos los casos de aborto. El médico de familia puede llamar directamente a la *Nairn Suite* durante la consulta y le dan cita en el momento para la paciente. Después el médico de familia envía una carta o fax a dicha consulta con información de la paciente (con historia gineco-obstétrica, fecha de la última regla, edad gestacional actual, antecedentes personales y medicación actual).
- **Reino Unido 2.** El médico le informa de que no es necesario confirmar el diagnóstico, pues el test de la farmacia es fiable. Si se considera capacitado le informa sobre el aborto farmacológico. En todo caso le deriva al centro especializado concertado local, dándole un folleto informativo sobre los servicios allí ofrecidos, incluyendo el teléfono para pedir cita. En esta cita le dan consejo sobre las opciones posibles y le citan para el procedimiento que sea pertinente.
- **Noruega.** Este es un caso complejo y depende de la edad de gestación. Antes de la duodécima semana la mayor parte de los *fastleger* la derivarían al hospital después de haber tomado una prueba de *Chlamydia* y haber tenido una conversación con ella para saber si está segura de su decisión. El aborto en el hospital es farmacológico (con medicación que la paciente toma en su casa). En este momento se debate sobre cómo proceder en casos en los que el *fastlege*, por motivos de conciencia, no considere adecuado derivar a la paciente. Hasta ahora lo que ha pasado en la práctica era que la paciente iba a un colega del centro directamente o después de haber hablado con su *fastlege*. Después de la duodécima semana en principio no hay aborto legal en Noruega, a menos que se pase por un tribunal especial.
- **Holanda.** Con test positivo de embarazo y con el deseo de interrupción voluntaria del embarazo se remite la paciente con hoja de derivación al centro especializado en esto. Desaconseja el uso de estos medicamentos que se venden en la calle. El centro que realiza el aborto, antes del alta, da cita de control para aconsejar sobre cómo prevenir nuevos embarazos.

- **España.** En toda confirmación de embarazo es imprescindible preguntar de alguna manera si fue o no planificado y si quiere tener al bebé. Si la respuesta es afirmativa es imprescindible pronunciar la palabra “enhorabuena”. En el caso propuesto, la disuadiría de utilizar ese tipo de fármacos ya que el sistema ofrece (de momento) la posibilidad de abortar en condiciones de seguridad. La derivaría al servicio correspondiente (o clínica concertada, como suele suceder) y supervisaría que los plazos de atención no se alargan en el tiempo. Reiteraría mi ayuda en lo que precisara la paciente a lo largo del proceso. Le sugeriría que cuando haya pasado todo venga a la consulta para planificación familiar (para poder disfrutar del sexo sin embarazo).

Lecciones para la renovación. De nuevo una “consulta sagrada” donde se combina el primer embarazo (no deseado) con la elección por su interrupción. Conviene el análisis sin culpabilización del proceso que llevó a tal embarazo, y las posibilidades de evitar una repetición en el futuro. También sería necesario la consideración de las posibles infecciones de transmisión sexual. Respecto al propio aborto voluntario sería importante desaconsejar el “mercado negro” y facilitar los trámites para seguir la vía legal, una vez que se confirmase la decisión. En todo ello es importante dejar abierta la consulta para “después del aborto”, tanto respecto a la contracepción como a la vivencia saludable de la sexualidad. No hay razones para que el aborto farmacológico dependa del hospital, como bien demuestra la experiencia en Portugal²⁹. Es un área a considerar en el proceso de renovación, que además implica la capacitación en ecografía (aunque de por sí no sería imprescindible para estos casos) y permite abrir ese campo diagnóstico en general.

Caso 16

Mujer de 60 años con dolor molar intenso de reciente aparición. Con defectuosa higiene bucal. No querría perder las pocas piezas que le quedan. Acude a demanda, sin cita, por el dolor.

- **Reino Unido 1.** En este caso el paciente no suele acudir a atención primaria, sino al dentista. Si el paciente está registrado con un centro de salud dental llamaría o acudiría de urgencia al mismo. Si no está registrado con un dentista acudiría al hospital dental que tiene servicio de urgencias durante el día. Puedes registrarte en un centro de salud dental como paciente privado o paciente NHS (todos los pacientes con cobertura NHS tienen cobertura dental de ciertos tratamientos, algunos gratis otros a un precio más barato).
- **Reino Unido 2.** Si su médico general está disponible se le da cita por la mañana o por la tarde con él. Si no, con el médico de guardia. En todo caso el médico prescribe tratamiento analgésico y antibiótico y aconseja a la paciente ver a su dentista lo antes posible.
- **Noruega.** Se le da cita el mismo día, se le atiende y con analgésicos se le remite al dentista. También puede ser que la secretaria le recomiende directamente que se vaya al dentista (no necesita derivación).
- **Holanda.** En Holanda es raro que acudan por dolor molar al médico de familia. En este caso, la asistente podría darle tratamiento analgésico, una receta, para el

momento de dolor agudo y se le aconsejaría que fuese al dentista. Si quisiese ser visto por el médico se le daría cita ese mismo día. Probablemente este caso iría directo al dentista. En Holanda el seguro cubre un porcentaje de los procedimientos médico-dentales. El dentista recuerda por carta a domicilio la próxima revisión.

- **España.** Le darían una cita de urgencia con su médico de cabecera, quien vería a la paciente. Si tiene signos infecciosos le pondría tratamiento antibiótico y analgésico. Si no, solamente analgésico. Le diría que fuera al mostrador para pedir cita con el odontólogo de la Seguridad Social, a sabiendas de que probablemente acabará en uno privado (por los tiempos de espera y la restringida oferta de intervenciones) y el dolor de muelas se transformará en dolor de bolsillo.

Lecciones para la renovación. Lamentablemente, la atención odontológica en España suele tener deficiente cobertura pública, y ello asegura en esta área el estricto cumplimiento de la Ley de Cuidados Inversos (España es el país más desigual de la OCDE a este respecto). Por ello hay que “mimar” a esta paciente, para que no pierda más piezas dentales. Los objetivos serían controlar el dolor y la infección y finalmente lograr la conservación de la pieza. Si requiere cuidados especializados dentales conviene considerar el gasto de bolsillo y, en su caso, el contacto con la trabajadora social. La salud dental distingue cruelmente a ricos de pobres, de forma que es campo a renovar, pues se pueden encontrar alternativas caritativas (donde no hay justicia se precisa caridad), como atención gratuita en las Escuelas de Odontología.

Caso 17

Varón de 33 años, esquizofrénico. Cumple mal el tratamiento, es violento y drogadicto. Su familia coopera con el sistema sanitario, pero la situación se ha vuelto imposible para la convivencia en el domicilio, donde viven sus padres con dos hijas, menores de edad. Tras una noche de violencia extrema, con intervención de la policía, acude el padre a ver al médico, al abrir el centro de salud-consultorio, en busca de una solución “que resuelva el problema para siempre”.

- **Reino Unido 1.** Se coordinaría con Salud Mental. El médico de familia puede siempre llamar por teléfono al psiquiatra de guardia para valorar casos urgentes (cada centro de salud está adscrito a un centro de salud mental comunitario con el que puedes contactar). El médico de familia también puede tramitar traslados forzosos de urgencia para pacientes psiquiátricos.
- **Reino Unido 2.** El médico explica que no existen soluciones milagrosas y definitivas para este problema, pero que se puede y debe mejorar el control de la enfermedad para que tanto el paciente como su familia no sufran tanto. Le sugiere derivación al equipo domiciliario de salud mental (*Home Care Team*), que le hará visitas regulares e irá ajustando el tratamiento y/o proponiendo alternativas (que a veces incluyen el ingreso) en estrecha comunicación con el médico de familia. De todas formas en el Reino Unido lo que hubiera ocurrido es que la policía habría contactado ya con el psiquiatra forense de guardia para que valorase el ingreso forzoso,

y por tanto este psiquiatra ya habría organizado la derivación psiquiátrica oportuna con notificación al médico de familia.

- **Noruega.** El padre de un varón de 33 años no puede, en principio, pedir tratamiento para su hijo si este no quiere, a no ser que tenga su tutela legal. Después de una noche de violencia el hijo estará en la policía y quizá haya sido ingresado como paciente psiquiátrico. Cuando salga habrá que conseguir que el paciente colabore. Este es un trabajo en común del equipo ambulatorio de Psiquiatría, el *fastlege*, el psiquiatra y quizá los servicios sociales para buscarle una alternativa adecuada donde vivir. A los 33 años casi nadie vive con sus padres en Noruega. Quizá sea una ocasión para apoyar al cuidador, además de informarle de lo que no sepa ya.
- **Holanda.** La mayoría de los pacientes con trastornos psiquiátricos son atendidos en un centro especializado, *Mentrum* (con psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros, etc.). En este caso el familiar sería atendido por el médico de cabecera y acordaría una cita para ver al paciente en el domicilio o en el centro para valorar su situación actual. Me pondría en contacto telefónico con el psiquiatra que llevó por última vez al paciente y le explicaría la situación. En *Mentrum* se encargarían de contactar primero por teléfono con el paciente y la familia para valorar la gravedad y acordar una cita en ese día o en sucesivos. En caso de urgencia el psiquiatra se trasladaría al domicilio.
- **España.** Hablaría con el padre y a continuación me pondría en contacto con el equipo del Centro de Salud Mental. Exploraría la posibilidad y conveniencia de algún recurso tipo Hospital de Día frente a Centro de Atención Integral a Drogodependientes, a medio plazo. A corto plazo les pediría su opinión sobre un ingreso hospitalario, aunque fuera judicial; a más largo plazo intentaría su incorporación a una “comunidad terapéutica”, un piso tutelado. Ser enfermo mental y toxicómano abre peligrosamente las puertas de la prisión; me pongo malo solo de pensarlo.

Lecciones para la renovación. Este paciente es un nuevo ejemplo de “paciente complejo”, que en muchos casos no encuentran en España otro refugio que la familia. La sobrecarga física, psíquica, social y económica puede a veces con la estructura familiar, y entonces intervienen los poderes públicos. El paciente probablemente está ya ingresado en una unidad psiquiátrica de urgencias. Su destino es sombrío si no se interviene recomponiendo la red social familiar y comunitaria, y por ello el médico de cabecera es clave. La situación es tan apremiante que conviene poner en marcha todos los resortes posibles, desde la toma de contacto con el propio paciente como con los servicios de Psiquiatría a los sociales, la policía y el juzgado y también a los de drogodependencia. El objetivo es lograr “controlar daños”, tanto para el propio paciente como para la familia. Por ello conviene la revisión del seguimiento y tratamiento previo en una reunión específica con todos los protagonistas (a incluir el “cuidador principal”, el padre en este caso), para tomar decisiones que respeten al paciente y su situación. Un equipo funcional integraría la capacidad de todos los miembros del mismo para lograr que este paciente no muera “antes de tiempo” ni pase su tiempo en la cárcel, o recluso en cualquier otra institución.

Corolario

El uso de “viñetas” con situaciones clínicas permite comparar el trabajo en atención primaria en distintos países. Son sorprendentes las diferencias en la práctica diaria, algunas inesperadas.

El ejercicio de comparar da pie al análisis de lo cotidiano con otra mirada y cabe deducir múltiples aplicaciones en la renovación de la propia actividad clínica. En concreto, y a partir de los 17 casos estudiados, se podría considerar innovar en España, en público y en privado, y tomando iniciativas a veces muy poco costosas en dinero:

- Preparar en papel y en una página en Internet, en el idioma local (y en otros idiomas utilizados con frecuencia por los pacientes), un listado de los servicios y de los horarios que ofrecen el centro y los distintos profesionales; conviene incluir una breve nota acerca de los currículos de los profesionales; también instrucciones sobre cómo tomar contacto en situaciones especiales (urgencias, nocturnidad, festivos y demás) y el mejor uso de las tecnologías de la información; si existe, remarcar las posibilidades de ser atendidos en otros idiomas.
- Cuidar y personalizar el proceso de citación y evitar en lo posible los “centros de llamadas” (*call centers*); ese primer contacto telefónico, electrónico o personal es esencial y el personal administrativo puede resolver problemas ya en el momento al tiempo de orientar y ofrecer las mejores soluciones adaptadas a la situación peculiar de cada paciente; por ejemplo, considerar el cambio del “patrón habitual” de uso y actuar en consecuencia (así, en el caso del paciente que nunca ha dado un aviso a domicilio, valorar su importancia por más que de entrada parezca un motivo no justificado).
- Potenciar la autonomía, responsabilidad y capacidad de respuesta de enfermería y del personal auxiliar para actuar apropiadamente ante las situaciones habituales y extraordinarias³⁰; así, para decidir sobre problemas de salud comunes que pueden ser resueltos por estos profesionales si no hay signos de alarma; también ante situaciones especiales como “consultas sagradas”, parada cardíaca, muerte en la sala de espera (o en la acera de enfrente), catástrofes y demás; los planes de contingencia deberían contemplar la respuesta clínica y social (redistribución de pacientes en la sala de espera, contacto con la prensa, etc.).
- Mejorar los procesos de atención introduciendo flexibilidad de forma que se potencien la accesibilidad, la polivalencia y la longitudinalidad; por ejemplo, con agendas en las que se permitan consultas rápidas sin cita, al menos una cada hora; también con la revisión del proceso de atención a las urgencias más frecuentes y/o más importantes y su forma de resolución inmediata (heridas y suturas, cistitis, fiebre brusca, colitis, vómitos de repetición, extracción de cuerpos extraños oculares y otros, evacuación de abscesos, flemones, cólico renal, infarto de miocardio, embolia pulmonar, estabilización de fracturas, concusión, etc.); así mismo, en ausencia del “titular” asignación del paciente siempre al mismo profesional “suplente”; también, con el uso perentorio de la historia clínica en todos los casos y situaciones (consulta telefónica, a domicilio, de pasillo, etc.); también la reserva de tiempo específico para consultas telefónicas y “a distancia” (encuentros indirectos como teléfono, correo electrónico y otros), y una política de “no-interrupción” de la consulta cara a cara (encuentros directos); promover la polivalencia de todos los

profesionales en su nivel, de forma que cada uno sea una especie de versátil “piloto de aviación” que se coordine con los demás, capaz de expandir sus límites sin fin, en forma prudente y conveniente para “dejar de hacer” lo que pueden hacer mejor otros, y a menor coste; reevaluación continua de las agendas y citas, de las rutinas de seguimiento de pacientes (hipertensos, obesos y otros) para ajustarlas según necesidad y efectividad.

- Fomentar el trabajo a domicilio, que es el campo profesional natural de la enfermería de primaria, de forma que sea actividad diaria tanto para pacientes agudos como para crónicos; los crónicos a domicilio son “pacientes encamados” (las “camas”) en una concepción hospitalaria y como tal deberían verse; convienen las sesiones clínicas regulares sobre estos pacientes en que se consideren todas las vertientes (no solo biológicas) y sumar otros profesionales como trabajadores sociales; es esencial ofrecer un servicio integral que permita “morir en casa con dignidad” que incluya la capacitación de los familiares, el control del dolor, facilitar el contacto telefónico a deshora, tener apertura para debatir sobre eutanasia, cooperar con servicios sociales y religiosos (en su caso) y prever la resolución de problemas sobrevenidos incluyendo la certificación de muerte en horario y días “inconvenientes” (festivos y demás).
- Mejorar la coordinación de cuidados en todos los niveles, especialmente entre los propios profesionales de primaria; por ejemplo, con la cooperación con pediatría para ofrecer servicios “de familia” siempre y especialmente en el caso de familias con problemas; también la mejora y “personalización” (para lograr el contacto directo, fluido, frecuente y personal con los responsables) de la coordinación con los servicios de urgencia, con los especialistas (especialmente con los más utilizados como Psiquiatría, en que convenía revisar la pertinencia de que los pacientes queden “colgados” de los especialistas) y con los servicios sociales.
- Reevaluar la utilización de la tecnología en las consultas y el centro, tanto para ampliar la oferta de servicios como para mejorar la utilización de tecnología diagnóstica, terapéutica y otras (valoración del uso apropiado, por ejemplo, de los análisis y pruebas solicitadas, tanto dentro como fuera del centro y de la utilización de medicamentos de uso frecuente, peligrosos, estrecho nivel terapéutico y/o caros); facilitar la toma de muestra periférica de sangre, orina, exudado uretral y demás; se puede considerar la incorporación de métodos anticonceptivos (DIU, implantes hormonales, vasectomía, otros), aborto voluntario farmacológico, ecografía, audiómetro, doppler, retinografía miódica, tonómetro ocular, lámpara de hendidura, cirugía menor (y biopsias de piel), microscopio, podoscopio, monofilamento, neurotensiómetro, telemedicina (dermatología, ECG a distancia, otros) y demás; conviene el análisis del uso apropiado con revisión periódica del empleo en la práctica diaria (valor predictivo, “valor clínico añadido”, etc.) de técnicas varias fuera y dentro del centro como las previamente señaladas y otras tipo tiras diagnósticas (de glucemia, orina, embarazo, INR, de antígenos de *Streptococcus* beta hemolítico, etc.), cuestionarios (alcoholismo, actividades de la vida diaria, fragilidad en ancianos, etc.), espirometría, análisis, radiología, densitometría, ECG, pulsioxímetro, oftalmoscopio, otoscopio, infiltraciones, optotipos y demás.
- Considerar las oportunidades de mejora de la atención a pacientes de grupos específicos, como los “complejos” (comparten múltiples problemas de salud, biológicos,

mentales y sociales y en ellos la longitudinalidad es clave, como la accesibilidad en caso de descompensación), los enfermos mentales graves (que a veces precisan de un “cuidador principal” bien definido para coordinar cuidados formales e informales), los “insignificantes” (como vagabundos, drogadictos y prostitutas en que lo fundamental es la accesibilidad y la calidad humana, además de la calidad técnica), los transeúntes, los “no utilizadores” y los “grandes utilizadores” (corrigiendo por edad y morbilidad), minusválidos varios (ciegos, sordos, sordomudos, analfabetos, etc.), pacientes de baja laboral y otros; cabe la comparación entre profesionales y centros respecto al acceso, proceso y resultado en estos pacientes.

- Mejorar aspectos elementales de presencia y práctica cotidiana; por ejemplo, tener flor cortada natural en la recepción y despachos, revistas y juegos (para niños), mantener la higiene y presencia del material clínico y general (batas, sábanas, guantes, toallas, cuartos de baño y demás), lograr un ambiente sereno en salas de espera y en recepción, establecer políticas de control de resistencia de antibióticos (limpieza general, lavado de manos tras cada exploración-intervención, uso apropiado de antibióticos, etc.).
- Analizar y mejorar la respuesta a los problemas de salud en los que la atención primaria suele prestar servicios vicariantes, por más que tales problemas sean importantes; por ejemplo, respecto a la salud dental, donde conviene guiar a los pacientes con problemas monetarios, pues con frecuencia se puede acceder a prestaciones más económicas y/o gratuitas (escuelas de odontología y otras); también respecto a salud sexual en la que conviene la mejor formación de los profesionales para sentirse cómodos en un terreno vital muy importante para los pacientes; en todo lo referente a las terapias alternativas, que van de peligrosas a veces (complementos para adelgazar, por ejemplo) a muy beneficiosas (acupuntura en cuadros de dolor osteomuscular, por ejemplo); en otro ejemplo, la organización para mejorar la “seguridad del paciente”, como establecimiento de un registro de uso de radiología (apartado específico en la historia clínica), análisis de las fracturas de cadera (caídas relacionadas con los psicofármacos) y la detección y declaración de sospecha de efectos adversos, un área profesional habitualmente descuidada; también, el impulso continuado a la mejor ética clínica con sesiones al respecto sobre pacientes y situaciones.
- Establecer rutinas docentes bajo la premisa de que “todos tenemos algo que enseñar y mucho que aprender”, de forma que se empleen unos minutos al día para actividades muy informales y rápidas en las que se combine teoría con práctica (por ejemplo, el mejor uso de las estatinas y la utilización de las estatinas en ese centro de salud) y puedan participar todos los profesionales en (casi) todas las actividades (por ejemplo, sesiones sobre “pacientes difíciles” con análisis de algún caso para plantear mejoras en su atención, desde la recepción a la consulta)^{31,32}; como complemento, conviene la actividad docente con estudiantes y residentes de las distintas profesiones, lo que muchas veces se logra con una buena organización y disposición; en esta línea cabe la participación en proyectos de investigación centrados en la clínica y atención primaria, como aspectos de longitudinalidad de cuidados, atención a pacientes complejos y similares, sin descartar la cooperación en proyectos europeos, del tipo del señalado *Ambient Assisted Living*.

- Implicar en el proceso de renovación (acceso, proceso y resultados) sin grandes formalidades a los pacientes y a los agentes sociales (maestros, concejales-alcalde, empresarios, sindicalistas y líderes de asociaciones varias como vecinales, de pensionistas, de mujeres, de inmigrantes, de deportistas, culturales, de reivindicación sexual y otras).

Son muchas las oportunidades de mejora “desde abajo”, que una vez puestas en marcha pueden ayudar a conseguir apoyos “desde arriba”.

La comparación internacional es una de las formas de estimular el cambio, pues sin copiar *sensu stricto* puede sugerir ideas y modelos alternativos.

En cualquier caso, vale la pena embarcarse en la renovación de la atención primaria desde el trabajo cotidiano, personal y grupal, sin esperar a que cambien las circunstancias y condiciones que marcan “otros” y que no son controlables.

Agradecimientos

A Esperanza Díaz (especialista en Medicina de Familia y Comunitaria en España y en Noruega, centro médico Kalfaret Legesenter, Bergen, Noruega, profesora del Departamento de Atención Primaria y Salud Pública, Universidad de Bergen); Isabel García Jimeno (médico de familia, ex-GP partner, Rushey Green Group Practice, Londres, directora de Spandoc); Virginia Hernández Santiago (médico de familia, General Practice Academic Fellow, Universidad de Dundee, Escocia, Reino Unido) y Manuela Montoya García (especialista en Medicina de Familia y Comunitaria).

BIBLIOGRAFÍA

1. Gérvas J, Pérez Fernández M, Starfield B. Primary care, financing and gatekeeping in Western Europe. *Fam Pract.* 1994;11:307-17.
2. Gérvas J, Pérez Fernández M. Organização da atenção primária em outros países do mundo. En: Gusso G, Lopes JMC, coordinadores. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Vol. I.* Porto Alegre: Artemed; 2011. p. 42-51.
3. Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, Sergison M, et al. Capitation, salaries, fee-for-service and mixed systems of payment: effect on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Rev.* 2010 DOI: 10.1002/14651858.CD002215.
4. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *J Health Services Res Policy.* 2001;6:44-55.
5. Gené-Badía J, Escaramis-Babiano G, Sans-Corrales M, Sampietro-Colom L, Aguado-Menguy F, Cabezas-Peña C, et al. Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care. *Health Policy.* 2007;80:2-10.
6. Fernández del Río MP. La medicina de familia en seis países europeos. *Aten Primaria.* 2010;42:620-5.
7. Paris V, Devaux M, Wei L. *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries.* Paris: OECD (Health Working Papers, No. 50); 2010.
8. Charlesworth A, Davis A, Dixon J. *Reforming payment for health care in Europe to achieve better value.* London: King's Fund; 2012.
9. Palomo L, Gené-Badía J, Rodríguez-Sendín JJ. La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. *Informe SESPAS 2012. Gac Sanit.* 2012;26(Supl 1):14-9.

10. 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.
11. Boerma WG. Profiles of general practice. Utrecht: NIVEL; 2003.
12. Gérvas J. As diversas formas de pagamento do médico de clínica geral e a sua repercusao na prática clínica. *Rev Port Clín Geral*. 1996;13:130-40.
13. Gérvas J, Pérez Fernández M. Western European best practice in primary healthcare. *Eur Gen Pract*. 2006;12:30-3.
14. Glanville J, Kendirck T, McNally R, Campbell J, Hobbs FD. Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the United Kingdom and the United States. *BMJ*. 2011;342:d1028 doi:10.1136/bmj.d1028.
15. Scheider A, Grossman N, Linde K. The development of general practice as an academic discipline in Germany. An analysis of research output between 2000 and 2010. *BMC Family Practice*. 2012;13:58 doi:10.1186/1471-2296-13-58.
16. Palomo L. Pagar a los médicos. *Salud 2000*. 2000;13(78):6-10.
17. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;i:405-12.
18. Gérvas J. Primary health care oriented systems, for whom, why and how. In: A symposium celebrating the scientific and policy legacy of Bárbara Starfield. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. May 10th 2012. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/organizacion-de-servicios/primary-health-care-oriented-systems-for-whom-why-and-how/>
19. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83:457-502.
20. Starfield B. Primary care: an increasing important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012*. *Gac Sanit*. 2012;26(Supl 1):20-6.
21. Gérvas J, Pérez Fernández M. Una Atención Primaria fuerte en Brasil. Informe sobre: "Cómo fortalecer los aciertos y corregir las fragilidades de la Estrategia de Salud de Familia". Madrid, Agosto 2011. p. 29-31. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/organizacion-de-servicios/una-atencion-primaria-fuerte-en-brasil/>.
22. Gérvas J, Simó J. 2015, El día a día de un médico de cabecera. *SEMERGEN*. 2005;31(10):478-85. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/organizacion-de-servicios/2015-el-dia-a-dia-de-un-medico-de-cabecera/>
23. Jong J, Visser MR, Wieringa-Waard M. Who determines the patient mix of GP trainees? The role of the receptionists. *Fam Pract*. 2011;28:287-93.
24. Gérvas J. Algunos ejemplos de duda diagnóstica en la consulta diaria. [Notas clínicas]. Febrero 2009. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2009/03/ejemplos-dudas-diagnosticas.pdf>.
25. Gérvas J, Pérez Fernández M, Gutiérrez Parres B. Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento. *Aten Primaria*. 2009;41:41-4. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/uso-apropiado-de-recursos/consultas-sagradas-serenidad-en-el-apresuramiento/>
26. Gérvas J. Un paciente hipertenso mal controlado. *Presión Arterial. Aten Primaria (PAAP)*. 2005;40:24-6. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2010/11/paciente-hiper-mal-contr-2005-paap.pdf>.
27. Gérvas J. Ética e incentivos a los médicos clínicos. Problemas y casos en Atención Primaria. En: Gracias D, Rodríguez-Sendín JJ, directores. *Ética de los incentivos a los profesionales sanitarios*. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud; 2009. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2011/09/etica-incentivos-3-fcs.pdf>.
28. Gérvas J. Morir en casa con dignidad. Una posibilidad, si hay apoyo y cuidados de calidad. *Gac Med Bilbao*. 2011;108:3-6.
29. Gérvas J. Aborto voluntario, legal, financiado públicamente y en casa. *Mujeres y Salud*. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2010/11/aborto-mys-2010.pdf>.
30. Casajuana J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. *FMC*. 2005;12:579-81.
31. Gérvas J, Carrá B, Fernández Camacho MT, Pérez Fernández M. La docencia en un centro de salud no docente. *Med Clin*. 1998;111:218-21. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/clinica/ladocencia-en-un-centro-de-salud-no-docente/>.
32. Gérvas J. Docencia. *Aten Primaria*. 1999;23(5). Disponible en: <http://www.equipocesca.org/clinica/docencia/>.