

RESPUESTAS DE JUAN GÉRVAS, OCTUBRE 2013.

1) ¿Cómo describirías en menos de 300 palabras la situación actual de la atención primaria en España?

Tres palabras resumen la situación: burocracia, esclerosis y pesimismo. Ello se traduce en desprofesionalización (dedicación a tareas sin "valor añadido" ni clínico ni humano), pérdida de autoestima (complejo de inferioridad frente al especialista y al hospital) y bajo liderazgo clínico (los mejores clínicos acaban "quemados" o en gestión). No es de extrañar que la Medicina de Familia sea especialidad con escaso o nulo atractivo para los estudiantes y residentes. La situación es consecuencia de los errores previos que la han llevado a la esclerosis clínica, profesional y social. Es decir, la situación es "manifiestamente mejorable", por decirlo suavemente. Cada profesional en atención primaria está trabajando muy por debajo de sus capacidades y el trabajo en equipo es pura teoría que se sostiene sólo como "plantilla". Los centros de salud se han encerrado en sí mismo como bien lo demuestra la rigidez de sus horarios, la ausencia de "compromiso" con el sufrimiento de pacientes y familias, y el miedo de los profesionales a "la calle" (a la prestación de servicios a domicilio, para problemas urgentes y crónicos). La burocracia, la esclerosis y el pesimismo matan dulcemente mediante una degeneración en que siempre son culpables "los otros" (la "cultura de la queja" reina por doquier, con la excusa del "no hay tiempo" por bandera). La innovación es cosa ajena en atención primaria pues lo que conviene es lo promovido por los "jefes" de forma que la "distancia a la autoridad" lleva al fracaso que todos perciben pero nadie pretende cambiar, pues eso sería innovar. Las ideas que bullen en otros países son ignoradas olímpicamente pues pareciera que hemos encontrado la "fórmula magistral" de la atención primaria. Falta innovación tecnológica, organizativa y clínica y sobra burocracia, esclerosis y pesimismo. Mientras tanto los pacientes, las familias y las comunidades buscan desesperadamente los servicios que precisan y muchas veces los encuentran en una "primaria vicariante" dependiente de los hospitales, tipo "puerta de urgencias", "unidades de cuidados paliativos" y "unidades de insuficiencia cardíaca". Hay excepciones, por supuesto, pero confirman la regla.

2) Prioriza los TRES problemas principales que tiene en la actualidad la atención primaria en España. Intenta describir con menos de 100 palabras cada uno de ellos.

- Primer problema (< 100 palabras): Burocracia. Las rutinas tipo algoritmos, guías y protocolos se imponen sin ciencia ni humanidad. Lo importante es "clickar" para "dejar rastro" en el sistema

de información. Todo se vuelve falso, un puro "paripé" que permite cubrir el expediente, en teoría. Por consecuencia, los presupuestos se estancan o decrecen puesto que la burocracia requiere poca innovación y cambio.

- Segundo problema (< 100 palabras): Esclerosis. La burocracia cuadra bien con una función pública rígida, inflexible, insensible a las necesidades de pacientes, familias y comunidades. Se pretende y logra que no haya cambios, ni innovación, ni nuevas ideas. Los profesionales no se "comprometen" con las necesidades de los pacientes, familias y comunidades y se dificulta el acceso a los propios profesionales de cabecera. El refugio es la prevención sin límites y el rechazo a la incertidumbre.
- Tercer problema (< 100 palabras): Pesimismo. La burocracia y el esclerosis permiten el trabajo "descansado" y fomentan la "cultura de la queja" de profesionales que "no tienen tiempo" para nada que sea importante y clínico. El centro de salud aislado y sin trabajo real en equipo mata la ilusión y la alegría. El trabajo diario se convierte en una losa lo que lleva a más aceptación de la burocracia, más esclerosis y mayor pesimismo, en un círculo destructivo infernal. Los propios profesionales pesimistas son la mayor barrera para el cambio que los "resucite". La docencia a los estudiantes y residentes se vuelve "contra-pedagógica" pues lo que ven en la mayoría de los centros de salud es sencillamente horrible, un vivir condenado a la mediocridad pesimista.

3) Prioriza los TRES cambios más relevantes que se deberían producir para que la innovación organizativa se desarrollara con mayor intensidad en la atención primaria española. Intenta describir con menos de 100 palabras cada uno de ellos.

- Primer cambio (< 100 palabras): Autonomía profesional, con la responsabilidad consiguiente. Cada profesional debería tener el máximo de autonomía profesional compatible con su formación y habilidades siendo remunerado apropiadamente. Por ejemplo, un administrativo podría ser "gestor de casos" si es competente para ello. Ello implica un mayor presupuesto para la atención primaria, con incrementos ligados al cumplimiento de objetivos de salud y equidad.
- Segundo cambio (< 100 palabras): Equipos "funcionales". El equipo lo hace la consecución de objetivos mediante la complementariedad del trabajo, no mediante el "estar juntos". El equipo funcional es aquel que "bulle", en el que se transfieren conocimientos, responsabilidad, autonomía y reconocimiento (ingresos y más) hasta el último nivel: el paciente, la familia y la comunidad.
- Tercer problema (< 100 palabras): El introducir la gestión en la clínica, de forma que los gestores (profesionales, no "políticos") facilitaran la innovación en la actividad clínica, pero fueran los clínicos los que tuvieran el poder de organizarse e introducir de continuo innovación

y tecnología. Ello supone aceptar una "prima de riesgo" (incentivos que premien el acierto y el compromiso).

4) Prioriza las TRES decisiones concretas y precisas que deberían tomar los políticos para mejorar la atención primaria y potenciar su papel dentro del SNS. Intenta describir con menos de 100 palabras cada una de ellas.

- Primera decisión (< 100 palabras): Un cambio radical en el contrato laboral, de forma que se fomentase el equipo "funcional" con posibilidad de trabajar desde el propio domicilio (consultas con mínimos regulados de dotación material y comodidad) y en horarios y equipos profesionales que asegurasen la continuidad y longitudinalidad de la atención (24 horas al día, los 7 días de la semana). El médico general-de familia con ese contrato también formaría parte de la red de MUFACE y Cía, como filtro para el paso a los especialistas.
- Segunda decisión (< 100 palabras): La implantación de métodos de remuneración muy ligados a la lista de pacientes, los cambios positivos en el estado de salud de pacientes, familias y comunidades, la oferta de servicios muy variados (fomento del generalismo) y el trabajo "en la calle y virtual" (más domicilios en encuentros directos, y en general aumento de los encuentros indirectos por medios de tecnologías de la comunicación).
- Tercer decisión (< 100 palabras): El aumento de los presupuestos para la atención primaria en función de la innovación en la prestación de servicios (preventivos, diagnósticos y terapéuticos), de forma que la primaria fuera altamente resolutive sin "medicalizar" ni provocar daños por su actividad. Es decir, el aumento de los presupuestos ligados a la actividad que dé respuesta a las necesidades en salud de pacientes, familiares y comunidades, con generalismo y equidad.

5) Imagínate por un momento que eres el primer responsable de la atención primaria de tu CCAA y que cuentas con un 20% más de presupuesto destinado a este nivel de atención, prioriza en qué TRES aspectos concretos emplearías dicho incremento presupuestario:

- Primer aspecto (< 100 palabras): Un programa de atención a domicilio para que los pacientes y familias que quieran puedan atender a su terminales con la cooperación de sus profesionales "naturales" (médico y enfermera de cabecera, farmacéutico de cabecera, trabajadora social...). Este programa aseguraría incluso la asistencia nocturna y en días festivos, con fuertes incentivos para el cumplimiento de criterios de calidad. Dicho programa serviría, además, para "localizar" a líderes clínicos y apoyarlos en todo lo que sea innovación, mejora clínica, investigación, docencia, intercambios y demás.

- Segundo aspecto (< 100 palabras): La dotación en tecnología que facilite la resolución de pacientes de la primaria por aquellos profesionales y equipos "funcionales" que se capaciten y estén dispuestos a tener "privilegios" (implantación de DIU, ecografía diagnóstica, retinografía, cirugía menor ampliada, seguimiento y coordinación de la atención de pacientes "frágiles", programa de aborto voluntario en la consulta de primaria, responsabilidad de los pacientes ingresados, cooperación en oncología a domicilio, telemonitorización, etc). Se trataría de dar énfasis al "contrato curativo" resolutivo y a limitar el "contrato preventivo" excesivo.
- Tercer aspecto (< 100 palabras): El fomento mediante básicamente "estudio de casos" (especialmente dificultosos y complejos, incluyendo "errores") de las relaciones personales entre profesionales de distintos niveles (hospital, salud mental, ambulatorio, primaria y otros), sectores (sanitario, social, judicial, político y demás) y responsabilidad (administración central y local, asociaciones civiles y otras).

6) Aclaraciones o consideraciones que desees añadir (< 300 palabras):

Mucho de lo resumido en las respuestas está expuesto en varios textos escritos en relación con los trabajos del Equipo CESCO (desde 1980) y los Seminarios de Innovación en Atención Primaria (desde 2005), y en algunos trabajos publicados por el firmante con Vicente Ortún, Juan Simó, Josep Casajuna, Roberto Sánchez, Mercedes Pérez Fernández, Antonio Durán y Bárbara Starfield, entre otros. Algunos:

<http://equipocesca.org/propuesta-de-incentivos-para-una-medicina-general-por-cuenta-ajena/>

<http://equipocesca.org/caracterizacion-del-trabajo-asistencial-del-medico-generalde-familia/>

<http://equipocesca.org/fundamentos-y-eficiencia-de-la-atencion-medica-primaria/>

<http://equipocesca.org/incentivos-en-atencion-primaria-de-la-contencion-del-gasto-a-la-salud-de-la-poblacion/>

<http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen-medicina-familia-40/2015-dia-dia-un-medico-cabecera-13080729-articulo-especial-2005>

<http://equipocesca.org/gasto-sanitario-en-atencion-primaria-en-espana-insuficiente-para-ofrecer-servicios-atrayentes-para-pacientes-y-profesionales/>

<http://equipocesca.org/el-gasto-sanitario-en-espana-en-comparacion-con-el-de-la-europa-desarrollada-1985-2001-la-atencion-primaria-espanola-cenicienta-europea/>

<http://equipocesca.org/la-renovacion-de-la-atencion-primaria-desde-la-consulta/>

<http://equipocesca.org/prestacion-de-servicios-sanitarios-que-quien-cuando-y-donde/>

<http://equipocesca.org/longitudinalidad-prestigio-buena-reputacion-social-y-profesional-y-medicina-generalde-familia-aspectos-clinicos-y-de-salud-publica/>

<http://equipocesca.org/valores-clinicos-practicos-en-torno-al-control-de-la-incertidumbre-por-el-medico-generalde-familia/>

<http://equipocesca.org/critical-steps-in-europe-to-set-up-phc-under-conditions-of-resource-constraint-the-case-fo-the-mediterranean-countries/>

<http://equipocesca.org/phc-western-european-best-practices-of-institutional-responsibilities/>

<http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2011/09/modern-primary-health-care-draft.pdf>

<http://equipocesca.org/primary-care-financing-and-gatekeeping-in-western-europe/>

<http://equipocesca.org/prevencion-de-la-poblacion-al-paciente-y-viceversa-es-la-prevencion-una-funcion-de-la-atencion-primaria/>