Reforma de la atención primaria a la europea y renacentista. De nadar en una piscina a nadar en alta mar[i].

Juan Gérvas, Doctor en Medicina, médico general jubilado, Equipo CESCA, Madrid, España. *jjgervas@gmail.com*
Mercedes Pérez-Fernández, Especialista en Medicina Interna, médico general jubilada, Equipo CESCA, Madrid, España. *mpf1945@gmail.com*

Resumen

En España se reformó la atención primaria en 1984 creando los centros de salud para que trabajaran en ellos equipos formados por médicos de familia, enfermeras, auxiliares de clínica y personal administrativo, además de pediatras. Se estableció el salario como forma básica de pago y la asamblea como método de gestión en el centro. Fue, pues, una respuesta colectivista inusual en una sociedad capitalista (de economía de mercado), un deseo de cambio profundo de la sociedad mediante la estructura, función e influencia de la propia reforma.
En su concepción tuvo el grave inconveniente de implantar un modelo universal autoritario y burocrático que ha ido minando el desempeño de la atención primaria hasta llegar a una crisis que se pretende resolver con medidas cosméticas, tipo disminuir la carga de trabajo y aumentar el presupuesto. Es decir, sin cambiar la ideología que impregna los centros de salud de desconfianza hacia los profesionales.

En este texto damos respuesta a 15 preguntas que abren las puertas a una alternativa para salir del pozo en que está la atención primaria, para pasar de la piscina en que se ahogan los profesionales y llegar a trabajar en alta mar, una reforma que introduzca pragmatismo, dignidad y compromiso con la profesionalidad, los pacientes y la comunidad.

Proponemos:

1. la mejora de todos los centros de salud, con ideas prácticas obtenidas de los centros de éxito (los que en medio del desastre siguen funcionando bien)
2. el análisis, promoción y reconocimiento de los centros de salud de éxito (y de sus profesionales como líderes clínicos), para apoyar su tarea y extender sus enseñanzas e ideas prácticas, benchmarking. Por ejemplo, San Pablo en Zaragoza, Cudillero en Asturias, Besós, La Mina y El Raval en Barcelona, Daroca en Madrid, Camarenilla y Arcicollar en Toledo y Almanjáyar en Granada, etc. Y

3. la implantación experimental de hasta 50 equipos de profesionales independientes, que contraten con el sistema público para prestar atención gratuita en el punto del servicio y ofrezcan atención 24 horas, 365 días al año (con sistema de guardias apropiadas). Se componen estos equipos de 1 médica, 3 enfermeras, 2 auxiliares de clínica, 1 administrativa y 1 trabajadora social.

Estos equipos independientes tendrán base territorial y pago por capitación (45%), salario (45%) y objetivos (10%).

Su población asignada, cupo/lista de pacientes, será de 5.000 personas. Dichos equipos tendrán una activa política de transparencia y rendimiento de cuentas.

La reforma será pro-contenido (mejor formación y mejor dotación de medios) y pro-coordinación (respecto a la atención de los especialistas focales, pediatras incluidos, que se podrán seleccionar y trabajarán de consultores, y respecto al sector social para dar respuestas sociales, y no médicas, a los problemas sociales).

Estos equipos serán propiamente equipos, no plantillas, al elegirse entre sí sus miembros.

Su independencia les permitirá escoger también los programas de agendas e historias clínicas, con la única obligación de compartir datos clínicos mínimos básicos con el Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a sus servicios, pasarán de mediatras a generalistas, respecto a atender a toda la población sin diferencias por edad/sexo hasta hacer todo lo técnica y socialmente posible (por ejemplo, vasectomías, llevar hasta el final la atención al paciente que desee morir en casa, en su caso eutanasia, implantar DIUs y hacer abortos voluntarios farmacológicos e instrumentales, seguimiento personalizado de los pacientes hospitalizados, tratamiento de pacientes con SIDA y también PrEP, profilaxis preexposición, partos a domicilio según condiciones, cooperación en tratamientos oncológicos ambulatorios, ecografías, cirugía menor, etc).

Su filosofía es pasar de la mirada monocular de Polifemo a la mirada binocular de Ulises, una mirada renacentista que reconozca lo biológico, psicológico, espiritual y social respecto a los problemas de pacientes, familias y comunidades.

La médica, con trabajo de médica-médica, casos muy complejos en consulta y en domicilio, (pago de 10.000 euros mensuales netos, más guardias).

3 enfermeras, una con formación de matrona, haciendo lo que hoy hace la médica (pago de 4.000 euros mensuales netos, más guardias).

2 auxiliares de clínica haciendo lo que hoy hace la enfermera (pago de 2.500 euros mensuales netos).

1 administrativa (pago de 2.000 euros mensuales netos), que sea polifuncional como en los centros de salud de los Países Bajos.

1 trabajadora social (pago 4.000 euros netos mensuales) resolviendo problemas sociales que apoyen y en su caso eviten la intervención médica).

La médica no sería “la directora de orquesta” sino que ella y cada profesional del equipo sería en sí misma una orquesta, en el sentido polivalencia, tipo “hombre orquesta” capaz de tocar hasta diez instrumentos.

Se trata de lograr una atención primaria que retenga a pacientes y población en el nivel apropiado de servicios: “La población parece cada vez más culta lo cual no impide que la asimetría informativa entre profesionales y usuarios aumente por muchas páginas webs que se consulten. Se entiende la tentación de explicar cómo una persona con lumbalgia o con ansiedad puede tener un cáncer de colon o una encefalopatía hepática, respectivamente, y que para descartarlo se precisa atención holística y longitudinal, no superespecialistas sino especialistas en la totalidad. De atención primaria. La mejor forma de convencer a la población de las ventajas de la orientación hacia la atención primaria exige, primero, utilizarla, y, después, tener una experiencia satisfactoria como la que proporcionan los equipos con alta calidad. Será entonces cuando por un proceso de difusión la mejora se extenderá más allá de los segmentos poblacionales que hasta ahora la han disfrutado”[ii].

1ª pregunta.

La reforma de la atención primaria en España, de 1984 ¿fue un error desde el principio?

Sí, fue un error.

La reforma de 1984 en conjunto

La reforma de 1984 fue una reforma autoritaria y burocrática que expresó la desconfianza hacia los profesionales que bien resumió el vicepresidente del Gobierno del PSOE (Partido Socialista Obrero Español), entonces en el poder, al declarar en 1982 que “No descansaré hasta conseguir que el médico lleve alpargatas”[iii]. Se introdujo toda una estructura gerencial de control que no ha hecho más que crecer a lo largo de los años, hasta formar una escalera con tantos peldaños que el inicial y básico no tiene casi nunca eco en el final y decisor.

La reforma se basó en la creación y dotación de “estructuras básicas de salud” mediante un Real Decreto (137/1984) que permitió en los años siguientes el establecimiento de los centros de salud en toda España con personal asalariado trabajando en equipo, con un coordinador para intentar responder a las decisiones tomadas en la asamblea (celebrada a diario, sobre todo en los inicios de la implantación de los centros de salud). Entre el personal, el pediatra que pasó a atender infancia hasta los 14 años (en los consultorios previos era hasta los 7, y se podía elegir voluntariamente al

médico general desde el nacimiento).

Fue una respuesta colectivista inusual en una sociedad capitalista (de economía de mercado), un deseo de cambio profundo de la sociedad mediante la estructura, función e influencia de la propia reforma.

Los ideólogos tras la reforma sanitaria creyeron que con ella se podría transformar la sociedad y que, en todo caso, irían más allá de lo que quería la socialdemocracia del PSOE. Por eso, en 1988, José Carro, Subdirector en el Ministerio de Sanidad y responsable del decreto de estructuras básicas, manifestó que: “El Decreto de Estructuras Básicas de Salud no surge fruto de un proceso generalmente compartido, ni siquiera dentro del Ministerio de Sanidad, sino que se logra colar – y empleo esta expresión-, se “logra colar” en un momento determinado porque se permite en la coyuntura de aquel momento (coyunturas personales) el colar este decreto. Y a mí me parece que esto es una clave importante para explicarnos el porqué de las dificultades que la puesta en marcha del proceso de reforma de la atención primaria está teniendo. Es decir, el hecho de que haya tenido que meterse un poco sin que se dieran cuenta, y por consiguiente sin que haya estado dotado de los recursos financieros, personales, etc., necesarios[iv]”.

Aciertos de la reforma

Por supuesto, la reforma de 1984 tuvo aciertos, como conservar la base poblacional, ampliar el horario de trabajo, implantar la historia clínica, exigir la especialización en medicina de familia, mantener el monopolio del primer contacto (que para consultar con los especialistas focales haya que consultar previamente al médico de cabecera) y conservar los servicios gratuitos en el punto de atención.

Las igualas

En España, la reforma se vio influida por las "igualas", sistema que venía de la Edad Media, de los gremios que aseguraban la atención sanitaria a sus miembros (aprendices, maestros, viudas y huérfanos), y que incluían el contar con un médico pagado por capitación mensual (a tanto la "cabeza" del miembro del gremio) lo que permitía que los gremios no se enfrentasen al gasto catastrófico de la enfermedad y el accidente, y al médico tener unos ingresos fijos, con independencia de que hubiera enfermedad y/o accidente. Lo mismo se desarrolló para la enfermería, el "practicante" (legalmente como tal desde 1857), con sus igualas, a veces asociado al médico. Por ello en España ha sido relativamente fácil conservar la asignación de una lista de pacientes con pago por capitación, como herencia de las igualas.

En otros países, como el Reino Unido, la capitación se desarrolló por los sindicatos para poder afrontar los gastos de atención sanitaria de causa laboral y no laboral al unir el pago pequeño, fijo y

constante de miles de trabajadores. En Estados Unidos se denomina “prepago” y se implantó en tiempos de la Gran Depresión con la misma orientación. Ello dio lugar, por ejemplo, a una eficiente organización con hospitales, Kaiser Permanente, a la que apoyaron también los sindicatos y que provee servicios sanitarios basados en atención primaria de calidad.

Errores

La reforma de 1984 tuvo múltiples errores, identificados y denunciados desde el primer momento. No hubo ni claridad, ni voluntad política ni capacidad (competencia técnica-política), ni escucha de propuestas alternativas “a la europea” (de 1989[v], por ejemplo).

Los errores concretos fueron varios, señalados 49 en un texto de 1996[vi], pero los claves fueron cinco:

1. Careció de fundamento empírico científico (no se justificó con experiencias y modelos evaluados respecto a eficacia y eficiencia, ni siquiera se consideró el impacto en la longitudinalidad[vii]) y se basó en los centros de salud finlandeses (en que no había lista de paciente y al llegar al centro se le asignaba al paciente la atención por el médico que en ese momento estuviera disponible) promocionados en aquel entonces por la OMS Europa (en especial por Hannu Vuori, Director de la OMS para la Oficina Regional Europea de la OMS en Atención Primaria de Salud), en la experiencia de José Carro de su labor previa en Montánchez y en la dicotomía entre la influencia de Estados Unidos (a través del centro de Pozuelo de Alarcón, dependiente del Hospital Puerta de Hierro, con Segovia de Arana de director) y la de Cuba (a través de personal sanitario y político que visitó el país antes de 1984) y Brasil (a través de la experiencia de Tirajana en Canarias), y en un momento político de gran apoyo al PSOE tras el intento de golpe de estado de 1981. Fueron también importantes las Conferencia de Alma-Ata, en 1978 y el trabajo del Colegio de Médicos de Barcelona a través de su Gabinete de Asesoría y Promoción de la Salud (GAPS), en 1980[viii],[ix],[x]. Desde luego la reforma de 1984 no se hizo con experimentación científica previa alguna y sencillamente sembró España de centros de salud sin tolerar la menor disidencia[xi].
2. No se planteó un proceso de evaluación de la reforma, que se consideró definitiva y perfecta, lo que impidió la experimentación y mejora. Tampoco se señalaron objetivos en salud. Todo lo más se comparaba con la atención primaria previa, los consultorios “de la Seguridad Social”[xii], que estaba y estuvo abandonada, sin inversiones ni modernización. Como en Alicia en el País de la Maravillas, no hubo ninguna intención de evaluación del cumplimiento de objetivos sino primero ejecución de sentencia y luego justificación del veredicto. Los problemas acuciantes[xiii] siguieron siendo acuciantes, hasta hoy. En España, y en Brasil, Chile y otros muchos países, no se ajustó ningún modelo de organización de la

atención primaria a las necesidades, ni se monitorizó su impacto en salud, porque en la reforma y el desarrollo de la atención primaria no hubo estudios que permitieran adecuar siquiera teóricamente el cambio a la necesidad. Se silenció toda disidencia y la superioridad moral impidió hasta hacer experimentos mentales para imaginar soluciones varias y alternativas a la reforma.

3. Se implantó un modelo único rígido y monolítico de centro de salud, lo mismo en Ceuta que en Cataluña, lo mismo en las ciudades que en los pueblos. Esta política refleja un afán uniformador que va contra la típica diversidad de la atención primaria, que ha de adaptarse a las características locales de las comunidades que atiende. Además, la reforma no afectó al "two tier system" sanitario español, un gravísimo error que todavía persiste; los privilegiados funcionarios de las Mutualidades (MUFACE, ISFAS y demás), siguieron conservando su sistema sanitario financiado públicamente que da acceso directo a especialistas focales de empresas privadas (Sanitas y demás)[xiv],[xv]. La reforma fue uniforme y de sólo pro-contenido, de mejor formación profesional y mayor dotación material, pero no fue pro-coordinación. Por comparar, en Río de Janeiro la reforma de la primaria fue al tiempo pro-contenido y pro-coordinación, con implantación de centros de salud bien dotados en material y personal (sin pediatras) y con el trabajo de los especialistas focales como consultores (por ejemplo, sus recomendaciones farmacológicas son eso, recomendaciones, que sólo se transforman en medicamentos dispensables en la farmacia con el visto bueno del médico de cabecera). En España, la uniformidad y rigidez del modelo se traspasó a la organización en forma de "todos somos iguales" y "la colusión del anonimato", lo que penalizó y penaliza a quienes trabajan bien y permitió la existencia de "pícaros", bien notorios en 2020, bajo la pandemia covid19, echándose atrás como acostumbran. Tanto autoritarismo y control no evita comportamientos cuasi-delictivos; por ejemplo, hay centros de salud en los que los profesionales faltan días enteros al trabajo y se sustituyen entre sí, sin solicitar ni vacaciones, ni permiso alguno (se conceden «morroscosos»). Se paga por simplemente "estar", y algunos estar están pero están tan rígidos que parecen muertos. Es buen ejemplo de la rigidez estructural de la reforma el que el médico de familia habitualmente no puede elegir al especialista focal al que derivar a su paciente, y en muchos casos ni siquiera conoce el nombre de quién lo atenderá ("derivación anónima a servicio hospitalario").
4. Se fundó en una ideología que no se fiaba (ni se fía) de los profesionales sanitarios y prefería una "estructura básica de salud" asamblearia con profesionales funcionarios asalariados y no a médicos, matronas y practicantes (enfermeras) como profesionales independientes. Se prefirió (y prefiere) una organización autoritaria que sobre todo quitase

poder a los médicos. Sirve de símbolo de esta historia de 40 años de autoritarismo el modelo electrónico de historia clínica, que cumple intereses de gestores y no a los de pacientes/profesionales y sobre la que carecen de control los profesionales clínicos. A quienes comentaron esta pérdida de control de los datos electrónicos por parte del propio médico/profesional, como a Ángel Ruiz Téllez en el País Vasco, se le sancionó con dos años sin empleo y sin sueldo[xvi]. El colmo del autoritarismo es que las "agendas" se organicen y gestionen con programas ajenos a la voluntad de pacientes y profesionales. El autoritarismo, claro, infiltra el sistema y acaba generando "pirámides" de órdenes en que los pacientes están en la base, soportando todo tipo de normas administrativas absurdas y sin fundamento ni ética, de forma que, por ejemplo, se dice practicar una "medicina basada en los pacientes", pero los horarios de atención son los que convienen a los profesionales, no a los pacientes.

5. Se sobredimensionó la prevención y la promoción/educación para la salud que, con sus protocolos y guías, expresaba una ideología irracional que creía (lo oímos más de una vez) que "ya no habría que pedir radiografías de tórax", en el sentido de que se iba a evitar todo tipo de enfermedad con prevención/promoción/educación. Esta ideología persiste viva y fresca, como demuestra por ejemplo la nota de 2021 de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Primaria de Salamanca[xvii], que dice literalmente: "La AP [atención primaria] se basa en conocimientos biopsicosociales y de salud pública y busca resolver los problemas de salud mediante la educación sanitaria, de promoción y prevención en términos de planificación familiar e inmunizaciones de las enfermedades infecciosas de mayor incidencia". Por consecuencia de tal sobredimensión en prevención y promoción de la salud se producen enormes daños, directamente por dichas actividades e indirectamente por la medicalización de la sociedad y la consiguiente expropiación de la salud. Los centros de salud, con su énfasis preventivista, devienen en centros generadores de ansiedad, malestar y enfermedad.

2ª pregunta

La atención primaria ¿se solapa o se mezcla con la salud pública?

La atención primaria se solapa con la salud pública y no debería mezclarse con la misma.

Atención primaria versus salud pública

La atención primaria se ocupa básicamente de servicios personales y comunitarios (siendo una

comunidad una población con intereses comunes) y la salud pública se ocupa fundamentalmente de servicios poblacionales (siendo una población el conjunto de habitantes de un territorio).

Hay campos en los que sería esencial la cooperación estrecha de la atención primaria y la salud pública, y en algunos habría que añadir al sector sociosanitario, por ejemplo para dar respuesta "humana" a la creciente experiencia de vida de reclusión en el propio domicilio por problemas médicos y sociales.

En algún caso la atención primaria ha "invadido" a la salud pública; sirva de ejemplo el campo de las vacunas que ha pasado casi totalmente a la pediatría de atención primaria, con el apoyo de las industrias que saben que es más fácil manipular a partir de casos individuales que a partir de razonamientos poblacionales.

Hay servicios personales que son al tiempo servicios poblacionales y no hay mejor ejemplo que las vacunas básicas que crean inmunidad de grupo, como la de la polio y del sarampión, pues al vacunar en estos dos casos se logra una externalidad positiva (una ventaja para los no vacunados) y se disminuye la transmisión de los gérmenes; lamentablemente, son pocas las vacunas que producen tal inmunidad de grupo. En otro ejemplo, el muy eficaz consejo en la consulta sobre el consumo de tabaco, de médico y enfermera, tiene impacto que se suma a las medidas de salud pública en todas las políticas, como el incremento del precio del tabaco.

Protección, promoción, prevención y atención sanitaria

En la reforma de la atención primaria se confundieron, y se confunden, conceptos que se entrecruzan pero son diferentes 1/ protección de la salud, 2/ promoción de la salud, 3/ prevención ante la enfermedad y 4/ atención clínica[xviii]. Conviene no confundir:

1. protección de la salud (elementos coercitivos y organizativos como leyes y reglamentos, por ejemplo respecto a la cadena alimentaria),
2. promoción de la salud (elementos positivos, mejora de la salud, como el fomento de los viajes en la ancianidad del INSERSO),
3. prevención de la enfermedad (intentos de evitar males futuros, como el consumo de una dieta tipo mediterránea) y
4. atención al sufrimiento (a problemas, enfermedades y el proceso de la muerte)

En protección (lo que podemos llamar biopolítica, el instrumento del poder político) poco puede hacer la atención primaria y no suele haber solapamiento ni mezcla, excepto en algunos casos. Por ejemplo, llevando la primaria un buen sistema de información que permita demostrar que las muertes por enfermedades infecciosas son el triple entre clase baja comparada con clase alta (lo que sucede en España[xix]) y así dar material y exigir cambios en las regulaciones, reglamentos y leyes.

En promoción hay un cierto solapamiento con salud pública, que puede llegar a ser mezcla; por

ejemplo, con charlas sobre sexualidad dadas por personal de atención primaria en las escuelas que se suman a las políticas de promoción de la salud en todas las políticas, típicas de salud pública. Hay que señalar que muchas de estas actividades de la atención primaria carecen de fundamento y pueden llegar a producir más daños que beneficios (la buena intención no asegura los resultados esperados). Por ejemplo, incremento de embarazos en adolescentes con un programa de “bebé-robot” que pretendía justo lo contrario[xx].

En prevención cabe el solapamiento, como en el caso mencionado de algunas vacunas, y la mezcla, como en las actividades también comentadas contra el tabaquismo en que la atención primaria puede ser parte de amplias estrategias que tengan impacto en la población a través de contacto clínico individual directo y del trabajo en grupos.

En atención al sufrimiento se acompaña, consuela y, si se puede, se curan las enfermedades y problemas. Cabe un solapamiento con la salud pública, por ejemplo al utilizar correctamente los antibióticos y ayudar, así, al problema general de salud pública de resistencias bacterianas en que lo médico es sólo parte de un problema general, de “Una Salud” en que cuentan también factores de veterinaria, agricultura y medio ambiente.

La comunitaria

La actividad comunitaria fue el “elemento revolucionario” que se esperaba transformara la sociedad a través del activismo de los centros de salud.

De hecho, la actividad comunitaria es bandera de la reforma de la atención primaria (en España y, por ejemplo en Brasil, con el SUS) pero casi todo son fuegos de artificio, y hay poco en la práctica, y a veces falto de ética por aquello del papel de liderazgo que reclaman frecuentemente los profesionales, en lugar del más humilde de "asesores a demanda"[xxi].

En España, el PACAP (Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria)[xxii] lo está haciendo relativamente bien, lo que sirve de demostración pero tiene poco impacto en el conjunto de centros de salud españoles.

La prevención no es característica básica de la atención primaria

El problema es que en la reforma de la atención primaria (en España y en muchos lugares del mundo, por ejemplo en América Latina de la mano de la OPS y sus teóricos), se llega a confundir la actividad en la atención primaria con la prevención/promoción; es algo que señalaba de continuo Bárbara Starfield, pues se empleaban sus trabajos para justificar tal dislate, pero ella abogaba por una atención primaria con fuerte componente clínico, y prevención sólo cuando ofreciera claras ventajas.

Por ello escribimos que la prevención no es una función de la atención primaria, lo que

escandalizó[xxiii]. Las funciones propias de la atención primaria son otras, como integralidad, accesibilidad, longitudinalidad y coordinación.

También escribimos (además con Iona Heath) que el concepto actual de prevención y factor de riesgo, al transformar al factor de riesgo de asociación estadística en agente causal[xxiv], conlleva el problema de mandar la prevención a la basura pues sólo servía en casos muy concretos[xxv]. Y en el mismo grupo escribimos que a veces, muchas veces, es mejor la actividad clínica de curar que la de prevenir[xxvi].

Este error de poner las actividades preventivas por encima de las clínicas se produjo también en Brasil, con el SUS (Sistema Único de Salud). Gastão Wagner Sousa Campos, un excelente sanitarista brasileño, debatiendo sobre la función de filtro y el monopolio del primer contacto del médico general, escribió: "Tengo una hipótesis de trabajo de que en Brasil hubo una subestimación de la importancia de la función clínica al pensar en políticas de atención primaria y por lo tanto no hay un esfuerzo concentrado para investigar la función filtro de los médicos generales"[xxvii].

Inequidad en la prevención

El valor de la propia vida es mayor cuando se tiene un nivel socioeconómico alto y por ello las normas que prometen una mejor salud futura haciendo sacrificios en el presente tienen un impacto distinto según clase social. La prevención (y promoción de la salud) es profundamente inequitativa pues incrementa la Ley de Cuidados Inversos ya que transfiere recursos (incluyendo el tiempo de profesionales sanitarios) de

1. pobres a ricos,
2. analfabetos a universitarios,
3. viejos a jóvenes y
4. enfermos a sanos.

Por ello quizá el nombre de "Servicio Nacional de Salud" habría que convertirlo de nuevo en "Servicio Nacional de Enfermedad" (como escribió Iona Heath[xxviii]), porque el exceso en prevención está dañando gravemente a individuos, familias, comunidades, poblaciones y a la sociedad, creando entre otras cosas un ejército de enfermos en falso (por ejemplo, por sobrevivir a campañas como las de las mamografías en "prevención" del cáncer de mama, con el diagnóstico erróneo de cáncer de mama, sobre-diagnóstico[xxix]). También un ejército insano de “buscadores de la salud perfecta”, de personas con miedo a enfermar que creen que se puede prevenir toda adversidad y enfermedad (el “algo habrá hecho” cuando finalmente sucede lo indeseable que “seguro se debe a no cuidarse, a no hacer vida sana, a no estar vacunado, a no seguir las normas de prevención, etc”).

La prevención en exceso

Así pues, el exceso de prevención clínica inyecta miedo en los pacientes pero, al tiempo inyecta culpabilidad en los profesionales[xxx], como estudiamos en un Seminario de Innovación en Atención Primaria (SIAP), en 2008. El médico acaba preguntándose ante la enfermedad por sus propios fallos preventivos como si se pudiera evitar todo mal, sufrimiento, enfermedad y muerte. Esa sensación de culpa contribuye a generar demanda, y a la insatisfacción profesional.

El exceso de prevención clínica de la reforma de 1984 se vio como una forma de reducir la complejidad y la incertidumbre en la consulta, pero en realidad el efecto es contrario.

Parece que la prevención es sencilla y simple ("seguir los esquemas del PAPPS", "cumplir los protocolos", etc) pero en la práctica es una decisión difícil que debería ajustarse a la situación personal y familiar de cada caso si no se quiere tener que lidiar con creciente complejidad e incertidumbre . Dicho en inglés: "Prevention, due to its complexity, cannot be simply prescribed without serious justification. Prevention also brings uncertainty"[xxxi].

En palabras de Iván Illich, marzo de 1999, sobre la medicina moderna como peligro para la salud"[xxxii]:

"En los países desarrollados, la obsesión por la salud perfecta se ha convertido en un factor patógeno predominante. El sistema médico, en un mundo imbuido del ideal instrumental de la ciencia, crea constantemente nuevas necesidades de atención. Pero cuanto mayor es la oferta de asistencia sanitaria, más responde la gente que tiene problemas, necesidades, enfermedades. Todos exigen que el progreso acabe con el sufrimiento del cuerpo, mantenga la lozanía de la juventud el mayor tiempo posible y alargue la vida hasta el infinito. Ni vejez, ni dolor, ni muerte. Olvidando que tal rechazo del sufrir es la negación misma de la condición humana".

En el mismo sentido se pronunció Amartya Sen, con la paradoja de la salud, la percepción de enfermedad de los habitantes de países desarrollados que se sienten enfermos pese a estar muy sanos[xxxiii].

Culpabilización de los enfermos

Además, la prevención culpabiliza a las víctimas pues confirma el capitalismo que dice que los pobres lo son porque quieren y los enfermos por lo mismo, pues no "previenen" y tienen "malos estilos de vida" (en lugar de malas condiciones de vida) y que los pobres son peores enfermos porque después del diagnóstico no cambian conductas de forma que se justifica que mueran antes y por más causas evitables ("se lo merecen")[xxxiv],[xxxv].

Ante la enfermedad, la prevención cambia la pregunta bíblica de "¿quién pecó, él o su padre?" por la de "¿qué dejo de hacer para prevenirla?".

Demanda inducida por la prevención

La "prevención" crea inmensa, insaciable y exigente demanda lo que llena las consultas a rebosar, hasta generar listas de espera al crear multimorbilidad inmensa pues todo el mundo termina teniendo incluso más de una enfermedad/problema, como por ejemplo mujer con intolerancia al gluten, tensión arterial "bordeline", resultado anormal en la citología de cuello de útero, sospecha de osteoporosis, y antecedentes de diabetes gestacional.

Finalmente, y como es esperable, los pacientes demandan atención en busca de una prevención imposible y por síntomas cada vez más nimios, "que tal vez se puedan tratar precozmente y así prevenimos males mayores" y con ello se convierten en "abusuarios"[xxxvi] y se ven rechazados por los mismos profesionales que han creado esa demanda a través de los excesos preventivos de la reforma de 1984.

El niño sano y el PAPPS

En la infancia es casi imposible que haya un "niño sano" pues el programa del "niño sano", con sus decenas de visitas "por estar sano" desde el nacimiento hasta los 14 años da pie a constantes situaciones "por aclarar". Además, en general, la consulta pediátrica transforma a los niños en enfermos; así, el niño tranquilo es etiquetado de depresivo, el inquieto de TDAH y el raro de "autismo", y quien no, resulta que no se ajusta al percentil, o lleva "retraso" en clase, por ejemplo.

En el mismo sentido de generar multimorbilidad y uso de la consulta, el PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud de la SEMFYC, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria)[xxxvii]. Este programa podría quedar "adelgazado" a la décima parte[xxxviii]. Al ofrecer prevención de dudosa o nula utilidad se falta gravemente al principio ético de la autonomía, que exige información veraz, completa y comprensible.

El despropósito "preventivista" de la reforma de 1984 es posible porque 1/ ni estudiantes, ni residentes, ni profesionales tienen formación respecto a ejercer con las éticas de la negativa y la ignorancia[xxxix], y 2/ predomina un analfabetismo estadístico que, por ejemplo, permite hacer creer que es un éxito la supervivencia alargada en los cánceres diagnosticados por cribado[xl].

3ª pregunta

La Atención Primaria en España, en 2023 ¿tiene "remedio"?

Sí. La atención primaria española tiene remedio, pero el tratamiento tiene que ser quirúrgico.

Y la cuestión es importante porque, como recuerdan Vicente Ortún y Olga Pané, "La atención primaria es el único componente del sistema sanitario en el que una mayor oferta se asocia con una mejor salud de la población y unos resultados equitativos. Por ello, la atención primaria es un bien

común, cuya solidez y calidad constituye una preocupación colectiva”[xli].

Manifiesto de Toledo

Incluso un clásico de la clásica reforma de 1984, Amando Martín Zurro, en 2022, en el SIAP de Toledo, participó en un ejercicio en que fuimos capaces de imaginar un futuro de cambio. Elaboramos un manifiesto para iniciar una campaña de “cien flores” en que se aliente el análisis y las críticas del modelo, de los recursos, de los profesionales, de la gestión y de las políticas. Una campaña que, parafraseando a Mao Tse-Tung “permita que 100 flores florezcan” y que 100 escuelas de pensamiento compitan en la política de promover el progreso de las respuestas a la enfermedad y al sufrimiento mediante mejoras de la protección, promoción, prevención y atención a la salud y la enfermedad”. Es decir, pasar de una cultura de la queja a una cultura propositiva que ofrezca con imaginación y rigor las mejores alternativas posibles y el camino a recorrer para alcanzarlas[xlii].

Benchmarking

Del manifiesto del SIAP de Toledo destacamos dos puntos:

1/ analizar los "casos" de centros de salud que lo han logrado hacerlo bien con el "modelo 1984" (de los que hay muchos tipo San Pablo en Zaragoza, Cudillero en Asturias, Besós, La Mina y El Raval en Barcelona, Daroca en Madrid, Camarenilla y Arcicollar en Toledo y Almanjáyar en Granada) para aprender de ellos y emplearlos de ejemplo, de “benchmarking”, para señalarlos como referencia y demostrar que es posible desarrollar atención primaria de calidad con el modelo público de 1984, y

2/ encontrar nuevas fórmulas de relación laboral profesional en el sistema público que promuevan mayor independencia en la prestación de servicios. Tenemos ejemplos claros en diversos países europeos, como Dinamarca, Noruega y Países Bajos con potentes sistemas sanitarios públicos, base poblacional y cupos (listas de pacientes) en atención primaria. Con financiación pública y provisión privada en atención primaria, con pago por capitación y monopolio del primer contacto, profesionales médicos generales independientes que contratan con el sistema sanitario público y trabajan en sus propios despachos o en centros de salud de su propiedad con colegas y otros profesionales que se eligen entre sí, con ningún co-pago en el acceso, o pequeños co-pagos.

El caso de Dinamarca

Como país de la Unión Europea, y desarrollado, Dinamarca tiene un sistema sanitario público de cobertura universal.

Los pacientes reciben atención gratuita en el punto del servicio y el sistema sanitario se financia de los impuestos generales.

Los médicos generales son profesionales independientes, pequeños empresarios autónomos, que se establecen para trabajar donde el Gobierno estima que son necesarios. En ese lugar montan un despacho de consulta y también atienden a domicilio. A veces se agrupan con compañeros que eligen en pequeños centros de salud en que cuentan con administrativos de gran capacidad resolutiva (las enfermeras suelen depender del ayuntamiento y de otros servicios que complementan el trabajo de los médicos de cabecera).

Tienen un contrato que les exige rendimiento de cuentas y transparencia.

Cobran por capitación y por varios conceptos complementarios (por ejemplo, para ayudarles en el pago de sus despachos, por cumplimiento de objetivos en vacunaciones, etc).

Toda persona en Dinamarca tiene un médico de cabecera.

La capitación implica un pago por “cabeza” y tener una lista de pacientes (un cupo), del que es responsable el médico general. Es decir, por ejemplo, se le insta a tomar contacto con pacientes que no toman contacto con su médico general, como mujeres que no se han hecho una citología de cuello de útero (que suelen ser las que más lo precisan, como prostitutas, dependientes de drogas intravenosas, etc).

El pago por cabeza es “ponderado” y no se paga igual por el adulto de edad media que por infantes o ancianos, etc.

Los médicos generales daneses tienen “el monopolio del primer contacto”, de forma que los pacientes acceden a los especialistas focales sólo cuando son derivados a los mismos por su médico general (salvo situaciones de emergencia vital). Es decir, los médicos de cabecera protegen a sus pacientes de los excesos de los especialistas focales pues “filtran” su contactos (son “gatekeeper”).

Por supuesto, los médicos generales eligen y conocen a los especialistas focales a los que derivan sus pacientes.

Por todo ello, en Dinamarca hay gran longitudinalidad (la característica básica de la atención primaria, el contar con un médico de cabecera accesible, conocido y resolutivo) y los especialistas focales sólo tratan a los pacientes que lo precisan. Ambos hechos incrementan la salud, pues en el momento actual mucho del malestar y del sufrimiento lo provoca la propia Medicina.

Reforma pro-coordinación

Los objetivos finales de una reforma de la atención primaria los examinamos en el SIAP de Lima, en 2017[xliii], y el punto fuerte es:

"Una reforma pro-coordinación que transforme a los especialistas focales en asesores, su atención en episódica, que dé el monopolio del primer contacto y de la derivación/encaminamiento al médico general/de familia y conlleve que éste sea el “prescriptor final”(quien apruebe la introducción y cambio de procesos diagnósticos y tratamientos, salvo emergencias)".

En general, sobre una atención primaria fuerte que dé el monopolio del primer contacto al médico general/de familia (función de “filtro”), con valores y compromiso, ética y profesionalidad, recomendamos “Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo”, texto que escribimos en 2006 a partir de un riquísimo debate, por ejemplo con Gustavo Gusso y Gastão Wagner Sousa Campos (Brasil)[xliv],[xlv].

Por el lado de la efectividad y de la eficiencia (y del gasto), los caminos convergen en una atención primaria fuerte en los países desarrollados que dé el monopolio del primer contacto al médico general de familia, lo que sobre todo permite mantener alejados a los pacientes de las intervenciones innecesarias de los especialistas focales.

El cambio se da incluso en países como Alemania y Francia que históricamente han ofrecido, en el sistema público, acceso directo a los especialistas para toda la población. Faltan, no obstante, datos y estudios experimentales que den contenido científico a las distintas alternativas. Y, por supuesto, no hay soluciones ni mágicas ni universales.

Triple reforma

Nuestra propuesta de reforma a la europea y renacentista es, pues, triple (con la idea de potenciar especialmente la innovación de todos las opciones, "las mil flores" para poder comparar):

1/ Creer en las posibilidades de la reforma de 1984 y, sobre todo, en los profesionales y tratar de mejorar todos los centros de salud actuales aprendiendo de aquellos “centros de éxito”, que ya lo hacen bien, en medio de esta situación terrible actual. Ello implica el análisis de dichos centros y su uso como benchmarking, como modelos, para mejora de los centros de salud en general

2/ Dar apoyo a los centros actuales que ya lo hacen bien (“centros de éxito”) con presupuesto, material, formación, sostén organizativo, sistema de información y agenda a su mejor criterio, autonomía de gestión, etc, para que sus líderes clínicos lleven a sus propios centros "más allá", a prestar servicios de atención primaria fuerte, con autonomía, con profesionalidad y responsabilidad, con valores y ética, con rendimiento de cuentas y al tiempo facilitando la innovación y experimentación, la longitudinalidad y el poder coordinador, midiendo su impacto con indicadores apropiados de atención primaria.

3/ Establecer un programa piloto de investigación con hasta 50 equipos de profesionales de atención primaria (médicas de familia/generales, enfermeras, matronas, auxiliares de clínica, administrativas y trabajadoras sociales) que quieran empezar a ser profesionales independientes y que trabajen según modelos de los países citados, de pago por capitación, atención gratuita en el punto de

servicio, base poblacional, listas de pacientes de 5.000 personas, con equipos "funcionales" (que tienen objetivos comunes), gran oferta de servicios (desde poner DIUs a la atención paliativa y eutanasia), que trasladen gran parte de la atención desde la consulta a la comunidad, por ejemplo a los domicilios de pacientes crónicos inmovilizados, que pongan fácil la atención a distancia (especialmente para pacientes conocidos), etc. Con incentivos apropiados que fomenten la longitudinalidad y el hacerse cargo de la población las 24 horas del día los 365 días del año a través del trabajo cooperativo. Eligiendo un “cuadro” de especialistas focales a los que derivar los pacientes, y mantener una relación fluida con ellos, limitando el papel de dichos especialistas focales a sólo consultores. Con horarios de mañana y tarde, con accesibilidad y capacidad de resolución. Es decir, con los contratos tipo C y D que relatamos en “2015. El día a día de un médico de cabecera” (Juan Simó y Juan Gérvas)[xlvi], siendo el C, un paso intermedio para lograr el contrato final tipo D.

Estos equipos de profesionales independientes tendrán base territorial y pago por capitación (45%), salario (45%) y objetivos (10%). El pago por capitación y la base territorial aseguran que los equipos se “implantarán” en zonas geográficas que se “abran” lo que impedirá su concentración, por ejemplo, en regiones y barrios más ricos. También evita el “descremado”, la selección de pacientes sanos y el rechazo de los pacientes complejos.

Su población asignada, cupo/lista de pacientes, será de 5.000 personas, en busca de la seguridad del paciente. Como veremos más adelante, hay datos empíricos que permiten deducir que los cupos decrecientes actuales llevan a "pérdida de manos", a creciente inseguridad y dificultad en el control de la incertidumbre y a una petición retroalimentada de "cupo menor para hacerlo mejor" que en el límite lleva a cupos de 1 paciente por médica general/de familia.

Cada equipo se podría organizar como creyera conveniente, siempre que la solicitud de consulta de pacientes se resuelva en el día y el máximo en la cita presencial (si necesaria) sea de 48 horas.

Todos los profesionales tendrían, de ocho horas, 3 para encuentros directos (se puede tocar y oler al paciente) en el despacho, 4 horas diarias de encuentros directos en domicilios y 1 hora diaria de "atención no directa (indirecta)” de seguimiento tipo teléfono, correo electrónico, videoconferencia, etc.

Teniendo en cuenta lo dicho:

La médica en total quizá 13 pacientes al día: 6 en consulta de despacho, cada consulta media hora; 3 consultas indirectas, cada consulta 20 minutos y 4 en domicilio, cada consulta una hora, 60 minutos, entre ir y venir y estar en la casa/residencia/asilo.

Cada enfermera y cada auxiliar de clínica: 12 pacientes encuentros directo en consulta-despacho (a 15 minutos cada uno), 3 encuentros indirectos, cada consulta a 20 minutos y 8 en domicilio, cada consulta 30 minutos.

Además, un día a la semana habría una hora de docencia, y un día al mes, una hora de consejo de salud.

Es muy popular describir el trabajo de la médica de familia en el centro de salud como “directora de orquesta”, pero la médica no sería “la directora de la orquesta” sino que ella y cada profesional del equipo sería en sí misma una orquesta, en el sentido de polivalencia, tipo “hombre orquesta” capaz de tocar hasta diez instrumentos por la calle. En una comparación mejor, cada profesional sería piloto de su propio avión, y todos los aviones cooperarían en escuadrilla (en equipo) para cumplir con los objetivos.

Lo de la orquesta es mal símil pues exige simultaneidad de actuación, muy raro en atención primaria. Es mejor imaginar a cada cual pilotando su avión, a la mejor conveniencia de pacientes/familias, y si es posible resolviendo en un acto clínico todo lo que se pueda. Se trata de tener objetivos comunes, no trabajo simultáneo.

Para hacernos idea de la complejidad, estos ejemplos de paciente anciana con diabetes tipo 2:

Médica:

Paciente anciana con diabetes tipo 2 mal controlada, con inicio de Alzheimer, y enfermedad de Parkinson que enviuda y pasa a vivir en soledad y a recibir sólo parte de la pensión previa (de su esposo), lo que le lleva a tener problemas económicos.

Enfermera:

Paciente anciana con diabetes tipo 2 bien controlada, con inicio de Alzheimer, que enviuda y pasa a vivir en soledad y a recibir sólo parte de la pensión previa (de su esposo), lo que le lleva a tener problemas económicos.

Auxiliar de clínica:

Paciente anciana con diabetes tipo 2 bien controlada, que vive con su esposo en casa propia.

Trabajadora social:

Cooperación en los casos de la médica y de la enfermera para que la complejidad social no complique la multimorbilidad de la paciente.

Administrativa:

La administrativa tendría importantes responsabilidades, especialmente el asignar a cada paciente la profesional más conveniente, la prioridad de la atención, el lugar y modalidad del encuentro (en consulta o en domicilio, directo o indirecto) y la duración del mismo.

La agenda la generaría el propio profesional clínico y el manejo conjunto, por la administrativa que sería quien en general asignará prioridad y tiempos de atención.

Sería común en el nuevo sector reformado el uso combinado de tecnologías de la comunicación para mantener abierto, por ejemplo, un “portal electrónico del paciente” que facilitaría la interacción entre profesionales y pacientes-familias-comunidad, del estilo de lo que se utiliza en

Nueva Zelanda[xlvii].

El equipo debe ofrecer atención mañana (hasta las dos de la tarde) y tarde (hasta las ocho de la noche), al menos tres días por semana

Como no es una reforma rígida se animaría a la innovación, las "mil flores" de Mao, los equipos podrían generar nuevas ideas y organización que serían estudiadas y si aceptadas serían difundidas y premiadas.

Para salir del pozo lo primero es dejar de cavar

Para hacerlo bien los médicos de cabecera suelen pedir cupos (listas de pacientes) decrecientes. Por ejemplo, para muchos lo ideal serían 1.000 pacientes. Pero con tan pocos pacientes decrece la variedad de problemas y se va perdiendo la seguridad en la respuesta apropiada, lo que incrementa la derivación a los especialistas focales con el consiguiente peligro de romper todo el sistema de niveles, y disminuir la salud de pacientes y población.

En palabras de Ángel Ruiz Téllez, en 2023, sobre datos de atención primaria en Tarragona:

“Los cupos “menores” (<1.300) solo son una garantía de incompetencia. La competencia es “horas de vuelo en complejidad-dependiente” y solo cupos mayores de 1.750 ayudan a la competencia profesional”,

“Solo los cupos con población “normal” (>1.800) garantizan la equidad, la sostenibilidad, la eficiencia, la efectividad, la accesibilidad real, y el control de la demanda. El empeño en la reducción de cupos y visitas es otra palada más hacia el fondo del pozo. Los resultados del proyecto Tarragona, son claros: si el sistema trabajara como el 25% de los profesionales tan excelentes como invisibles, cuya media de cupo es >1.750, con su estilo de práctica, podremos pagar a todos los médicos de familia con sueldo europeo, puede duplicarse toda la plantilla enfermera, triplicarse toda la plantilla de auxiliares, triplicarse toda la plantilla de administrativos y sobran más de 5.000 millones de euros anuales a nivel del Sistema Nacional de Salud.[xlviii].

Frecuencia mínima de presentación de un problema-enfermedad

En 1999 lo demostró Luis Palomo con datos de su tesis doctoral[xlix], los cupos pequeños no generan complejidad y variedad suficiente para mantener la competencia clínica.

Por ello, hay que asignar a cada médico de cabecera un cupo suficientemente grande para que le obligue a “hacer manos”, a enfrentarse con solvencia a casos “difíciles” y complejos y a conservar las capacidades propias de su profesión y situación. Ello, además, daría atractivo intelectual al trabajo diario.

El médico necesita una frecuencia mínima de aparición de un problema determinado para mantener la capacidad de tratarlo[l].

Las preguntas clave son dos: 1/ ¿Cuál es la frecuencia mínima de presentación de un problema de salud para que el médico general/de familia mantenga la capacidad de tratarlo? 2/ ¿Cuáles son los problemas de salud infrecuentes, derivables al especialista, pero que el médico general/de familia debe saber detectar? En general, en respuesta a la primera pregunta, se precisa una frecuencia de más del 1 por 1000 (por ejemplo, diabetes insulinodependiente), y en respuesta a la segunda pregunta, aquellos problemas que cuya demora en la derivación conlleve daños (por ejemplo, miastenia gravis).

Delegación de tareas

El lema de la reforma a la europea es “máxima calidad, mínima cantidad, tan cerca del domicilio del paciente como sea conveniente, por el profesional adecuado y en el momento apropiado”[li]. Ello supone la “delegación de tareas” y como proponemos en la reforma a la europea y renacentista, el “devolver” capacidades:

1. a pacientes y familiares (con apoyo profesional y tecnología, por ejemplo “seguimiento del niño sano”, auto-control de INR si acenocumarol, pacientes "expertos" para trabajo con grupos como embarazadas, cooperación presencial en casos de soledad no deseada, etc),
2. al personal administrativo (entre otras cosas, la citación priorizada con asignación de tiempos de consulta para médica, enfermera y auxiliar de clínica, también la realización de pruebas de orina, etc),
3. al auxiliar y técnico (que podría hacer mucho de lo que hace enfermería como vacunación, extracciones, revisiones de curas, grupos, etc),
4. a la enfermera que empezará a hacer de médico en muchos casos, lo que es posible y al tiempo atractivo (sin tantos "protocolos" como se suelen emplear),
5. la médica sería médica-médica ocupándose de los pacientes complejos que se generan en una población de 5000 personas, lo que hace atractivo y difícil ser médico general/de familia, y exige ser competente y aceptar el reto intelectual y clínico que debería ser normal para un médico, lejos de la simplicidad de las tontinaderías y la burocracia que tanto ocupan en la actualidad

En suma, se trata de intentar cumplir lo que propuso Josep Casajuana en "En busca de la eficiencia. Dejar de hacer para hacer"[lii].

También es una apertura a la innovación, que se promovería como tal; por ejemplo, llegar a un acuerdo con Correos para que los carteros desempeñen un papel tipo “agente de salud” respecto a los pacientes recluidos por enfermedad en su domicilio. O llegar a un acuerdo con las Mutualidades (MUFACE, ISFAS, etc) para que el equipo pueda actuar de cabecera con monopolio del primer contacto para algunos de sus miembros, y en este caso derivar a los especialistas focales privados

propios de los funcionarios. O negociar con las mutuas colaboradoras de la Seguridad Social para atender accidentes y enfermedades profesionales. Etc.

Transparencia y rendimiento de cuentas

Dichos equipos tendrán una activa política de transparencia y rendimiento de cuentas que asegure la seguridad y eficiencia de su impacto en salud. Desde el punto de vista del impacto en salud de las intervenciones médicas podemos definir seguridad como la proporción de pacientes que tiene un problema y se le trata adecuadamente.

Si la seguridad es de 100%, todos los pacientes que lo precisan son tratados según corresponde. En forma similar se puede definir eficiencia (desde el punto de vista del "análisis del impacto") como la proporción de pacientes que no tiene un problema y que no recibe tratamiento para el mismo. Si la eficiencia es del 100% ningún paciente recibe ningún tratamiento innecesario[liii].

En la práctica, para el seguimiento de la calidad se emplearán indicadores varios, tipo,

- 1/ porcentaje de cánceres diagnosticados en urgencias hospitalarias,
- 2/ el uso de fenoximetilpenicilina,
- 3/ resistencias bacterianas en orina,
- 4/ consultas e ingresos de diabéticos por urgencias debidos a hipoglucemias,
- 5/ uso prolongado de psicofármacos (incluyendo opiáceos),
- 6/ adaptaciòn para facilitar el acceso a minorías (prostitutas, dependientes drogas por vía parenteral, discapacitados varios, sin techo, analfabetos, variedad sexual, etc),
- 7/ calidad de las derivaciones a especialistas focales (por ejemplo, porcentaje de pacientes derivados a salud mental sin problemas de salud mental),
- 8/ calidad de la atención a la muerte, de los cuidados paliativos a domicilio,
- 9/ capacidad para la vida independiente de sus pacientes mayores de 80 años, y
- 10/ atención a "pacientes simulados" tanto con problemas agudos (por ejemplo prurito en paciente que trae la policía, detenido) como crónicos (por ejemplo, crisis de asma en adolescente que acompaña un profesor del instituto).

Formación continuada

Parte del compromiso personal y social, de la transparencia y el rendimiento de cuentas es englobarse en los consejos de salud, órganos de representación de la comunidad, e incorporar a sus miembros a alguna sesión docente mensual, para contrastar puntos de vista y realidades.

La formación continuada se basará en sesiones docentes semanales "libres de humos industriales" (sin patrocinios) sobre la propia práctica[liv], por ejemplo tipo:

- revisión de la mortalidad (desde el primer contacto del proceso que llevó finalmente a la

muerte, por ejemplo),

- problemas éticos diarios (relaciones con las industrias, por ejemplo),
- pacientes complejos (casos clínicos propios sobre multimorbilidad, polifarmacia y deprescripción, por ejemplo),
- urgencias en domicilio (actuación y participación de los miembros del equipo, por ejemplo),
- casos que hayan requerido coordinación con servicios sociosanitarios,
- pacientes con problemas laborales y empresas con problemas (bajas, accidentes, desempleo, falta de derechos, precariedad, puestos insalubres, etc)

La formación continuada de los equipos será ajena a las industrias y a sus múltiples canales de propaganda; por ejemplo, basada en medicamentos de boletines farmacoterapéuticos independientes como la revista francesa Prescrire (en francés e inglés) o el boletín vasco INFAC[lv],[lvi].

Reforma pro-contenido y pro-coordinación

La reforma será pro-contenido (mejor formación y mejor dotación de medios, por ejemplo, todos los profesionales con especialización en atención primaria) y pro-coordinación (respecto a los especialistas focales, pediatras incluidos, que trabajarán de consultores y respecto al sector social para dar respuestas sociales, y no médicas, a los problemas sociales).

La reforma pro-coordinación incluye, claro, el elegir a los especialistas focales a los que derivar a los pacientes, y generalmente conocerlos personalmente.

Estos nuevos equipos serán propiamente equipos (no plantillas) al elegirse entre sí sus miembros. Sus profesionales procederán de voluntarios a los que se les asegurará su puesto de trabajo previo, si lo tuvieran, para poder volver al cabo de un mínimo de tres años de compromiso. También de personal sin trabajo, que haya emigrado e incluso jubilado (si el estado de salud física y mental es bueno y la perspectiva de vida de al menos tres años).

Es decir, quienes pasen al trabajo independiente tendrán una especie de "excedencia especial en activo" que les conservará la plaza; lo mismo las pensiones para quienes sean pensionistas, y el otro grupo, que no tenga plaza, tendrán un reconocimiento especial para en el futuro poder acceder a plaza "normal" en el sistema público.

La independencia y autonomía de los equipos facilitará el escoger también los programas electrónicos de agendas e historias clínicas, con la única obligación de compartir datos clínicos mínimos básicos[lvii] diarios con el Sistema Nacional de Salud.

De mediatras a generalistas

En cuanto a sus servicios, pasarán de mediatras a generalistas, respecto a atender a toda la población sin diferencias por edad/sexo hasta hacer todo lo técnica y socialmente posible, atención “desde el

embarazo a la tumba”[lviii],[lix]. Por ejemplo, atención a pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada, vasectomías, llevar hasta el final la atención al paciente que desee morir en casa, en su caso eutanasia, implantar DIUs y hacer abortos voluntarios farmacológicos e instrumentales, seguimiento personalizado de los pacientes hospitalizados, tratamiento de pacientes con SIDA y también PrEP, profilaxis preexposición, partos a domicilio según condiciones, cooperación en tratamientos oncológicos ambulatorios, ecografías, toma y procesamiento básico de muestras de sangre y orina, cirugía menor, intervenciones de cataratas, atención a los problemas de la sexualidad, empleo del microscopio (por ejemplo para poder examinar en fresco el examen flujo vaginal), retinografía y tonometría, etc.

Su filosofía clínica y comunitaria es pasar de la mirada monocular de Polifemo a la mirada binocular de Ulises, una mirada renacentista que reconozca lo biológico, psicológico, espiritual y social respecto a los problemas de pacientes, familias y comunidades.

Remuneración

Respecto a remuneración:

-La médica, trabajo de médica-médica, casos muy complejos en consulta y en domicilio, (pago de 10.000 euros mensuales netos, más guardias).

-3 enfermeras, una con formación de matrona, haciendo lo que hoy hace la médica (pago de 4.000 euros mensuales netos, más guardias).

-2 auxiliares de clínica haciendo lo que hoy hace la enfermera (pago de 2.500 euros mensuales netos).

-1 administrativa (pago de 2.000 euros mensuales netos), que sea polifuncional como en los centros de salud de los Países Bajos[lx], o como en la unidad de atención familiar de Lorenzo Arribas[lxi].

-1 trabajadora social (pago 4.000 euros netos mensuales) resolviendo problemas sociales que apoyen y en su caso eviten la intervención médica).

En la situación experimental que planteamos también cabe la adaptación a las circunstancias locales. Por ejemplo, en Buitrago de Lozoya (Madrid) se atienden 40 pueblecitos, con una población total de 5.000 personas, varios puertos de alta montaña y hasta 60 km al pueblo más lejano, y como la organización tiene que ser dúctil, quizá bastase con 3 médicos, 6 enfermeras, 3 auxiliares de clínica, 3 administrativas y 2 trabajadoras sociales. En otro caso, por ejemplo en el Centro de Atención Primaria del Besòs (Barcelona), pudiera haber una incorporación en grupo a la reforma a la europea, y sus profesionales “okuparían” el propio centro para trabajar con independencia en el sentido marcado por la propuesta.

Esta adaptación a las circunstancias locales es general respecto al conocimiento de idiomas y

cultura local. Por ejemplo, si se forma un equipo en Reus (Tarragona) se exigirá el conocimiento del catalán, pero además será mérito el conocer el árabe y el amazigh, dada la presencia marroquí entre la población emigrante.

A largo plazo

A largo plazo, proponemos la generalización de los contratos tipo C y D, y también el mantenimiento de otros contratos, con menos compromiso, tipo A y B en los centros de salud.

Tipo A con horarios de 35 horas semanales, de tarde o de mañana y tipo B con 40 horas y jornada partida. Son contratos apropiados para quienes quieran tener un menor compromiso profesional (por ejemplo, para tener tiempo para hacer la tesis doctoral, para la crianza, el cuidado de un familiar enfermo, o porque sí). Estos contratos conllevan también menos compromiso con la comunidad y pueden dar atención a poblaciones “flotantes” o que rechazan dicha ligazón con profesionales sanitarios.

Suponemos que será progresiva la escala, desde A a D, para quienes quieran desarrollar todo el potencial de la atención primaria.

Por ello será permanente la existencia de los centros de salud que conocemos hoy para el trabajo del profesional con contratos tipo A y B, junto a centros de salud de propiedad privada, y consultorios privados para el trabajo de los equipos con contratos tipo C y D.

Respecto a los hospitales, desaparecerán en el futuro tal y como los concebimos hoy en día[lxii]. Se convertirán en "concentrados de tecnología" que se situará en el subsuelo, o en plana llana, y la estructura típica hotelera no existirá o será mínima (tendrán apenas unas camas para los pacientes cuyos problemas no se puedan resolver en el mismo día, o en una noche).

Lo clave es su integración con la naturaleza y el fomentar un ambiente saludable, en la línea de los hospitales romanos tipo el de la Legión XX en Escocia del siglo I[lxiii] y de los hospitales influidos por el higienismo del siglo XIX, como el Hospital del Rey en Madrid y el Hospital la Santa Creu i Sant Pau en Barcelona. En moderno, la propuesta holandesa de OMA (Office for Metropolitan Architecture)[lxiv].

Los monstruosos edificios que hoy llamamos hospitales serán derribados, y se construirán jardines en los solares y bajo ellos estarán los laboratorios, la radiología, los quirófanos y los despachos-consultas. Por un extremo entrará el paciente con algún familiar o profesional "de cabecera", y tras ser visitado y "estudiado" y en su caso intervenido (cirugía de día, oncología de día, radiointervención, etc.) reposará lo suficiente y saldrá por el otro extremo del sótano para pasar a su domicilio (o algún hostal-hotel cercano si el caso requiere consulta en otro día cercano).

Las "camas" del hospital serán, pues, las de algún establecimiento hotelero cercano, y las que

comparta con la atención primaria de los propios pacientes en sus hogares. Por ejemplo, entre las actividades a domicilio, todas las altas precoces (post-cirugía, tras infarto de miocardio y neonatos, como ejemplo), el seguimiento de pacientes complejos y frágiles que pueden descompensarse gravemente (pacientes oncológicos, especialmente niños y ancianos, por ejemplo), etc. Suponemos que el hospital y la atención primaria compartirán un presupuesto capitativo de forma que cada nivel ofrezca atención eficiente que justifique el gasto por su impacto en salud. Ello es también transparencia y rendimiento de cuentas.

En todo caso, es clave el apoyo institucional y gerencial a estos programas experimentales, y su evaluación continua, para estimular a los profesionales que se "atrevan" a dar el salto desde los centros de salud, o a incorporarse directamente a los mismos.

4ª pregunta
¿Es lógica la formación pregrado sanitaria en España?

No, no es lógica.

Hay que pensar más allá del campo sanitario

La formación pregrado en ciencias de la salud pretende formar profesionales sanitarios (médicos, farmacéuticos, enfermeras, trabajadoras sociales, fisioterapeutas, técnicos de laboratorio, y muchos otros). Lo clave es formar profesionales que 1/ sean sensibles al sufrimiento ("humanos"), 2/ sean capaces de pensar por sí mismos y 3/ sepan buscar respuestas a sus dudas y preguntas clínicas. Para ello en la formación pregrado de las ciencias de la salud es fundamental que los estudiantes salgan de "ciencias de la salud" y adquieran conocimientos de antropología, economía, filosofía, ética, política y sociología.

Lista de comprobación

En general, la formación no es lógica y para saberlo nada como hacer unas cuantas preguntas.

Estudiante de Ciencias de la Salud: ¿tienes conocimientos acerca de estas cuestiones?:

1/ la relación de agencia,

2/ las consultas sagradas (de alto contenido emocional, como el paciente que llora),

3/ la comunicación de errores y otras malas noticias,

4/ la comunicación basada en la longitudinalidad, no en la atención episódica del hospital (incluye la atención a largo plazo de pacientes "que no se curan", y muchas veces "no se cuidan" y "no cumplen con las indicaciones"),

5/ la comunicación en la visita a domicilio, incluyendo la atención paliativa y la eutanasia,
6/ la necesidad de conocer la cultura y el idioma de pacientes y comunidades,
7/ la Ley de Cuidados Inversos,
8/ la ética de la negativa,
9/ la ética de la ignorancia,
10/ la organización de los servicios de salud,
11/ el teorema de Bayes y la "navaja de Occam",
12/ la interpretación de los ensayos clínicos, en especial los de actividades preventivas,
13/ las relaciones éticas y prudentes con las industrias,
14/ el trabajo a largo plazo y los métodos de formación continuada hasta que te jubiles,
15/ el control de la incertidumbre y del tiempo durante la consulta/encuentro con pacientes-familiares,
16/ el trabajo en la comunidad, en barrios marginados, en el medio rural,
17/ las cuestiones éticas, lo mismo "grandes que pequeñas",
18/ la hubris profesional,
19/ la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE),
20/ el protocolo de Estambul.
Si quieres tener las explicaciones y respuestas entra en “Pero, ¿tienes formación y valores para trabajar en sanidad?”[lxv].

El hospital es como el zoo

En ciencias de la salud la formación recae casi por completo en el hospital y de la mano de especialistas focales pero el hospital es un poco como el "zoo", muy inhumano; hay que visitarlo para conocer lo exótico pero lo diario e importante no se encuentra en el hospital.
Ese exotismo fue tolerable en los circos y zoos, pero cada vez se rechaza más en la sociedad; sin embargo nos parece normal que los estudiantes de medicina se pasen sus años en los hospitales, donde cabe toda anormalidad y rareza. No faltan, claro, ni la “mujer barbuda” ni el “hombre elefante”, ni casi ningún síndrome raro, desde alteraciones genéticas con nombres impronunciables a cánceres insólitos. De hecho, para horror de algunos, cuanto más raro sea el diagnóstico, "más interesante" es el caso clínico en el hospital. Ahí, en ese mundo de rarezas, se cuece el aprendizaje del profesional del futuro[lxvi].
Tampoco se encuentra en el hospital la relación a largo plazo sino una atención episódica y fragmentada; y un mal control de la incertidumbre (especialmente se controla mal en las urgencias hospitalarias, cuyas enseñanzas son necesarias, pero en dosis y forma apropiadas).
Además, en el hospital no se suele considerar la complejidad del enfermar, la colusión entre

problemas biológicos, psíquicos, espirituales y sociales; por ejemplo, el impacto de la pobreza en una viuda que vive sola e ingresa por descompensación de una insuficiencia cardíaca. O las consecuencias a largo plazo sobre la sexualidad de la diabetes de reciente diagnóstico en un varón que es fumador empedernido.

Los estudiantes aprenden en el hospital sobre “pacientes troceados” según el órgano afectado y una epidemiología clínica de altísima probabilidad de enfermedad infrecuente, donde se valora en mucho “el diagnóstico bonito”, muy improbable y raro.

Los estudiantes deberían "depender" de la atención primaria, no del hospital; por ejemplo en la la Facultad de Medicina de Maastricht (Países Bajos) el estudiante tiene un tutor que es médico general, y que le sigue y acompaña durante todos los estudios; el estudiante va al hospital a aprender sobre las cosas raras e infrecuentes, pero lo importante está fuera, en la atención primaria. En la Facultad de Medicina de Queensland (Australia) los estudiantes se pasan dos años con médicos rurales de tutores. También en la McMaster de Canadá es clave la formación fuera del hospital.

Aprendizaje basado en problemas. Y el Skilslab

Tanto en la universidad holandesa como en la canadiense citadas la enseñanza médica se centra en el aprendizaje basado en problemas, con pequeños grupos de estudiantes que, guiados por un tutor, se enfrentan a problemas biomédicos o clínicos reales buscando soluciones por sí mismos, con el apoyo de los recursos de la Facultad[lxvii],[lxviii]. El mismo método se emplea en la Facultad de Medicina del Algarve (Portugal) y, por ejemplo, en la Universidad de Girona.

En Maastricht se desarrolló el “SkillsLab”, el aprendizaje en laboratorio de las habilidades necesarias en medicina, como entrevista al paciente, exploraciones varias o cirugía menor. Hay todo un mar de experiencias, como por ejemplo, laboratorios abiertos 24 horas para aprender exploraciones e intervenciones con modelos artificiales, ¡ya está bien de enseñar a explorar vaginas en mujeres!

Cuatro años

En España se emplean 6 (seis) años en la formación del grado en medicina lo que es un despropósito que sólo conviene a las cátedras y a los profesores; hay experiencias exitosas de formación de médicos con cuatro años de carrera, como en Canadá. En Portugal la Facultad de Medicina del Algarve forma a excelentes médicos en cuatro años (y exigen que antes de entrar en la facultad tengan otra carrera.). Podemos, pues, acortar la carrera de Medicina a cuatro años ¡y “humanizarla”!

Humanizar, también, en el resto de ciencias de la salud donde, por ejemplo, es clamorosa la

ausencia de enseñanza de valores (su deformación, por contra, se enseña muchas veces a través del currículo “oculto”, de lecciones, valores y perspectivas no escritas, no oficiales y, a menudo, no intencionadas); así, convendría enseñar el valor de la escucha, del acompañar el dolor y el sufrimiento, del ser testigos, del respeto a la variedad sexual, del trabajo bien hecho, de la autonomía del paciente, etc. Es común escuchar como enseñanza que “hay que poner una distancia terapéutica” para no quemarse, lo que acaba por convertirse en una actitud de evitación, de pérdida de empatía y de falta de exploración e indagación de los sentimientos de los pacientes y sus familiares.

Amor al paciente y al oficio

Frente a ese modelo de "distancia" y cientifismo conviene enseñar el amor al paciente. Y el amor al oficio, pues, como concluimos en el SIAP de Lisboa (2022):

"En el trabajo, también de profesionales de la sanidad, conviene fomentar “el oficio”, la identidad profesional que facilita el hacer las cosas bien por el placer de hacerlas bien, fuente de satisfacción personal y laboral. Se pone a prueba en las “consultas sagradas”, esas más sagradas de lo habitual, cargadas de emociones (como cuando el paciente llora). Se trata de luchar y promover política y sindicalmente las mejoras laborales precisas sin perder de vista los privilegios de cada situación, en el caso sanitario la confianza de pacientes y familiares que exponen su dudas, preocupaciones, problemas y sufrimiento con la esperanza de un acompañamiento respetuoso. “Cuidarse” es tener un trabajo satisfactorio al desarrollar un oficio digno e investigar a partir de una práctica clínica reflexiva y de preguntas (una investigación donde la mirada cuantitativa se complemente con la cualitativa)"[lxix].

Se enseña muy poco que la mayor satisfacción profesional tiene que ver con la mayor implicación y con creer en las capacidades del otro (el efecto Pigmalión se cumple también en la asistencia sanitaria de forma que creer en las capacidades de pacientes, familias y compañeros ayuda a que se “realicen” tales capacidades).

Estudiantes quemados

Es habitual "quemar" a los mejores estudiantes porque en mucho la formación pregrado es una formación para "la obediencia", el no debatir ni cuestionar, el uso y abuso del "power point", el aceptar la organización y los hechos. Así, "Los estudiantes que, en los primeros años de la facultad, conservan el entusiasmo por ser médicos y se muestran sensibles al sufrimiento del enfermo, pierden esa capacidad con el paso del tiempo [en general en tercero] en Medicina][lxx],[lxxi].

Son muchísimos los estudiantes "quemados" que piensan seriamente en abandonar los estudios por el contraste entre lo que es la formación pregrado y lo que habían esperado. Como explica una

estudiante madrileña:

“Verás, yo estoy enamorada de la medicina, y con ello me refiero a que me encanta estudiarla, pero sobre todo a que me parece que te permite, como la lectura, vivir otras vidas que no te daría tiempo de otra forma. Te enfrenta a la condición humana, y te enseña con la firmeza y suavidad de vivir a través de pieles ajenas, pero tan parecidas a la tuya…. o al menos así sería en un mundo ideal.

En este, me encuentro llorando muchos días al salir del hospital, absolutamente frustrada con la institución médica.

Veo una medicina supremacista, que en mi opinión hace más daño que bien, una falta de sentido común, conocimiento, humanidad y ética importantes, tecnocracia, intervenciones innecesarias, daños irreparables, superioridad moral, competitividad con compañeros, médicos clasistas, racistas y machistas, y pacientes que dan las gracias al doctor por ayudarle con esa disfunción eréctil resultado de aquella intervención tan poco necesaria, mientras la médica comenta luego para qué necesitará a esa edad hacer uso de su sexualidad”[lxxii].

No olvidemos el quemar a los estudiantes con los métodos antipedagógicos habituales, “la muerte por power-point”.

El colmo es que muchos estudiantes acaban y no se sienten con capacidad para ejercer su profesión, ni siquiera para atender en solitario (pero supervisado) a un paciente. No es raro en Medicina pues se ha transformado en Miricina en el sentido de ser una academia para preparar el MIR, pura mecánica rutinaria que obliga a no pensar, y en que la atención clínica es una rareza, por ejemplo, la participación en un parto, o en una consulta de un paciente sin libertad (que trae la policía), o una simple consulta de paciente con probable gripe, o una consulta con un sano preocupado por si se hace prevención de cáncer de próstata con PSA, etc.

Los estudiantes raramente aprenden a trabajar en equipo con otros profesionales sanitarios, de forma que no desarrollan habilidades imprescindibles en la práctica clínica.

¿Quiere mejores médicos? ¡Seleccione mejor a los estudiantes!

Habría que cambiar también el método de ingreso en las carreras sanitarias pues no necesitamos "empollones" ni personas de ninguna élite, tampoco intelectual. Lo que precisamos son buenas personas con valores, capacidad de entrega y sensibilidad.

De hecho, pensamos que estamos eligiendo a lo peor para las carreras sanitarias, en el sentido de que son estudiantes que han sido capaces "de castigarse" para tener expedientes brillantes, y eso probablemente predice que no van a aguantar bien el trabajo con pacientes, familias y comunidades.

No pasaría nada por hacer lo que hacen algunas facultades de medicina en Países Bajos, Groningen entre ellas, el elegir a los estudiantes por sorteo entre los que cumplen un mínimo, así se aseguran que haya todo tipo de estudiantes, ricos, homosexuales, rurales, etc. También vale la pena pensar en

poner “cuotas” que faciliten el acceso de, por ejemplo, estudiantes procedentes de familias pobres, del mundo rural, de otras culturas, etc [lxxiii],[lxxiv],[lxxv].

Contrapedagogía

Por otra parte, la solución no son simplemente cátedras de Medicina de Familia o de Atención Primaria (no se requieren más catedráticos, ni más departamentos, sino menos así que hay que reorganizar todo). Tampoco es solución que los estudiantes "visiten" centros de salud pues los estudiantes que visitan un "centro de atención primaria" comprueban efectivamente que es una práctica sin atractivo, de rutinas, de listas de espera, de prevención sin ciencia, de obediencia ciega a protocolos y ordenadores, de santo "equipo", etc, por lo que puede llegar a ser una visita contrapedagógica.

La solución es, la hemos señalado, la mejor selección de los estudiantes, su tutoración por primaria desde el inicio de su aprendizaje, la enseñanza del trabajo en equipo y multiprofesional, la introducción de conocimientos “no de ciencias de la salud”, la enseñanza de valores y del amor al paciente y al oficio, etc.

5 pregunta

¿Tiene sentido el programa de la formación postgrado en Medicina de Familia en España?

No, el programa de formación postgrado no tiene sentido.

Todo (casi todo) son guardias hospitalarias

La duración de la residencia (MIR) en Medicina de Familia en España es de cuatro años. Cuatro años en los que básicamente se hacen guardias hospitalarias para doblar el sueldo (el sueldo es de unos mil euros mensuales), lo que a los hospitales les viene bien porque tienen mano de obra barata (sin los residentes de familia los hospitales no podrían sostener las guardias del hospital, al final son casi esclavos porque hacen allí la vida y cobran poco).

Se hacen por ejemplo, cinco guardias al mes y son guardias de 24 horas seguidas, con escasa o nula tutorizaciòn lo que conlleva un aprendizaje en muchos casos brutal sin ninguna pedagogía. Hay que mencionar a seis hospitales catalanes en los que las guardias con de 12 horas[lxxvi], algo más lógico.

En la residencia de Medicina de Familia en 2008 (y en 2022 pues las cosas no han cambiado) el total de horas en atención primaria (guardias incluidas) fue de 2.641 y el total de horas de guardias hospitalarias fue de 3.487[lxxvii]. De facto no es una residencia en Medicina de Familia ni en Atención

Primaria sino una residencia en Guardias Hospitalarias (y alguna, muy pocas, en primaria).

Guardias versus primaria

En las guardias de urgencias la atención a los pacientes es puntual, sin continuidad, ni compromiso, ni vinculación a largo plazo, centrada en el síntoma/problema que lleva al paciente a la consulta, es una atención muy “biológica” generalmente con el apoyo de pruebas de laboratorio, radiología y otras, siendo raro el considerar la situación familiar y laboral.

Médico y paciente no se suelen conocer, y la falta de confianza y conocimiento mutuos induce un medicina más agresiva y “centrada en las posibles consecuencias de un error”; es decir, menos eficiente, más cara y menos segura (todo lo contrario de la prestación de servicios en atención primaria). Es, pues, una atención filosófica y prácticamente opuesta a la que se presta en primaria.

Dada la sobrecarga de urgencias hospitalarias, los domicilios y otras actividades en primaria se hacen "cuando se puede" pero no son la base de la residencia, como no lo es el centro de salud ni el trabajo con el tutor. Al final no es extraño que el imaginario de la residencia, los recuerdos que conforman la experiencia, se llene de anécdotas de las urgencias hospitalarias, donde se socializan y “viven” los residentes.

No es extraño que al terminar sean muchísimos los residentes que encuentran trabajo (y encantados) en urgencias hospitalarias, que es de hecho para lo que se han formado.

Residente de familia del Hospital X

Los residentes se identifican con el hospital; son de Familia pero dicen "soy de Familia en el Hospital la Paz, Madrid", por ejemplo, no en el centro de salud ni en el barrio o pueblo en que esté su tutor. Entonces, los residentes de Familia ¿son residentes del "hospital X", o residentes del “barrio Y, del centro de salud V, del pueblo Z”?

De hecho, claro, los residentes votan con los pies y alquilan casa en las cercanías del hospital porque es lo más práctico, dado el número de horas que pasan en el mismo, tanto en urgencias como en las consultas de especialidades focales pues, para colmo, la residencia incluye tres años de rotaciones en servicios hospitalarios, con su ya comentada atención episódica y fragmentaria de pacientes que llegan y se van, su incapacidad para controlar la incertidumbre y su epidemiología clínica basada en lo infrecuente y raro.

Estas rotaciones se suman a las guardias hospitalarias para introducir una filosofía clínica de especialidades focales, de visión monocular (Polifemo), contraria a la que tendría que enseñarse de generalismo y visión binocular (Ulises).

En estos ámbitos hospitalarios falta, como hemos citado, la complejidad del enfermar, el tener en cuenta la colusión entre problemas biológicos, psíquicos, espirituales y sociales; por ello se ignora

cómo ofrecer alternativas factibles a los pacientes que, limitando el daño, sean compatibles con la situación personal y familiar de cada paciente.

Terminan la residencia sin tener las tres habilidades clave

Los residentes acaban la residencia sin que les hayan enseñado

- 1/ a controlar la incertidumbre clínica,
- 2/ ni la complejidad clínica,
- 3/ ni el control del tiempo clínico,

así que se "queman" con gran facilidad en la práctica clínica diaria en la que los pacientes “permanecen”, no “obedecen”, ni “se cuidan” ¡y ni siquiera se curan!

Es difícil que acaben siendo capaces de responder a lo que Miguel Melguizo llama “Un reto descomunal y una eterna exigencia de competencia e implicación. Una especialidad que, por su complejidad, ofrece una constante incomodidad, bastante felicidad y una completa comprensión del sentido de la profesión médica”[lxxviii].

Tampoco se les suele enseñar cuestiones básicas como la Ley de Cuidados Inversos, ni la ética en las relaciones con las industrias, ni las éticas clínicas de la negativa y la ignorancia. No se les suele enseñar el seguimiento de pacientes complejos, a atender embarazos y partos, a poner DIUs y dispositivos subcutáneos anticonceptivos, la cirugía menor, a de-prescribir, a manejarse ante pacientes que lloran, a cooperar con otros profesionales sanitarios, el trabajo comunitario, a responder a la violencia en familias y de género, a mantenerse al día en farmacología, a evitar la violencia obstétrica, a considerar cuestiones de ética y de valores, etc.

No es extraño que las plazas MIR de Familia sean las últimas en cubrir.

Un currículo de 20 puntos

En nuestra opinión un residente de Familia tendría que estar capacitado en:

- Entrevistas y atención clínica en consultas y a domicilio de Medicina General/de Familia, en casos agudos y crónicos, con manejo apropiado de los “tiempos clínicos” y de la incertidumbre, también en pacientes (y familias) complejos y vulnerables.
- Resolución satisfactoria de la atención al paciente “difícil”.
- Seguimiento y atención clínica al paciente terminal a domicilio, en todas las etapas, incluso eutanasia, hasta el acompañamiento en el duelo a los familiares cercanos.
- Seguimiento apropiado de los pacientes con insuficiencia cardíaca, y con otras enfermedades como Alzheimer que requieren tanto conocimientos científicos como habilidades de comunicación.
- Técnicas de cirugía menor, en todas sus facetas.

- Técnicas de infiltración de articulaciones.
- Técnicas de ecografía.
- Técnicas anticonceptivas (vasectomía, DIU, implantes, etc).
- Técnicas para el aborto voluntario en primaria (farmacológico e instrumental).
- Seguimiento del embarazo y parto normal.
- Manejo del dolor.
- Atención apropiada a las “consultas sagradas”.
- Uso correcto de los recursos sanitarios, incluyendo el propio tiempo, pero especialmente los recursos que tienen “externalidades”, como antibióticos, o consecuencias a largo plazo, como la radiología.
- Uso racional de medicamentos (vacunas incluidas) y habilidades para la de-prescripción oportuna.
- Consideración práctica y teórica de las posibilidades diagnósticas, con manejo consciente y prudente del teorema de Bayes.
- Capacidad de trabajo en equipo y en solitario.
- Trabajo respetuoso en la comunidad.
- Comprensión del impacto de la desigualdad social en las vidas, en las enfermedades y en la mortalidad.
- Capacidad de lectura crítica de la literatura científica, y de mantenimiento del conocimiento actualizado.
- Crítica del “*disease mongering*” y uso apropiado de la prevención con fundamento científico.

Un buen tutor

Todo ello depende de contar con un buen tutor, y nuestras recomendaciones para el residente que tiene que elegir son:

- El hospital es lo de menos, cuantas menos guardias menos deformación.
- Selecciona quien te tutorice y valga para ello.
- Que no reciba a representantes de industrias.
- Que no hable mal de sus pacientes.
- Que visite domicilios a diario.
- Que atienda directamente a sus pacientes terminales, para que puedan morir en casa.
- Que no tenga "lista de espera" para sus pacientes.
- Que atienda sus propias urgencias.
- Que haga cirugía menor.

- Que esté al día, con boletines farmacoterapéuticos independientes
- Que explore a los pacientes.
- Que les reciba-despida dándoles la mano.
- Que pregunte a los pacientes nuevos cómo quieren ser tratados/nombrados.
- Que te presente y presente a estudiantes, y les pida permiso para que estéis en la consulta.
- Que te facilite rotaciones rurales-extranjero.

La selección del mini-equipo tutor-residente tiene que ser un proceso mutuo, quizá primero que el residente establezca una "declaración" de elección de tutores (varios nombres y lugares) explicando por escrito el porqué. Y luego los tutores elegidos seleccionarían a los residentes "posibles", según su declaración justificativa para entrevistarlos, quizá primero "a distancia" y luego, tras el filtro, ya en vivo y en directo.

Desde luego, una relación tan intensa como la que proponemos no se puede hacer con el sistema actual, y se aplica también a la residencia de enfermería (y habría que implantarla para auxiliar de clínica, trabajadora social y administrativa del equipo; no se puede consentir que los profesionales sanitarios "aterricen" en primaria sin formación específica).

Un año de residencia

Nuestra propuesta es:

1. Aprovechando las nuevas metodologías docentes, reducir la residencia de Familia a un año (un mes de rotación en el hospital, una semana en cada especialidad básica) y pagar 3.000 euros netos mensuales.
2. Reducir las guardias hospitalarias a dos al mes, de 12 horas, bien pagadas, y que sean tutorizadas, con objetivos concretos.
3. Pagar adecuadamente a los tutores de Medicina de Familia (tendrían sólo un residente y recibirían 1.500 euros netos mensuales).
4. Lograr que los residentes conozcan y dominen los 20 puntos planteados como carencias en el pregrado.
5. Capacitar en los 20 puntos planteados para la residencia de Familia.
6. Lograr que naden como pez en el agua en los domicilios y en la comunidad.
7. Que sepan valorar la longitudinalidad y entiendan la aplicación del teorema de Bayes para casos concretos como dolor torácico según se atienda en urgencias hospitalarias o en la consulta de primaria.
8. Que aprendan a ser perdedores de largo recorrido, encontrando enseñanzas de humildad y fortaleza en las “derrotas” y errores, para que aguanten con ánimo 30-40 años de trabajo clínico.

Proponemos que en el año de la residencia tendría que haber dos semanas obligatorias en el extranjero (y dos semanas en España en "medios extremos", como rural-rural o barriada-barriada) porque hay cosas que es necesario vivir en el sentido literal, pero todo ello con objetivos previos claros y concretos, con contactos y trabajo antes de la rotación, con preparación extensa de la visita, con desarrollo exhaustivo de un plan específico, con rendición de cuentas, con análisis de la experiencia, etc; es decir, como hay que hacer las cosas, con días minutados y "exprimidos". Incluye la rotación de unos días en la farmacia comunitaria.

Tutorización permanente

El papel del tutor es clave pues el residente precisará en ese año de residencia una tutoría permanente; es decir, contacto diario para comentar incidencias y cumplimientos de objetivos, revisión semanal y con uso de tecnologías docentes que van desde el análisis en vídeo de sus habilidades clínicas con pacientes reales (se ha hecho en España mucho, por ejemplo experiencias de Fransec Borrell[lxxix]) a la pedagogía inversa de estudio para preparar sesiones presenciales, pasando por los encuentros virtuales, la resolución de casos "difíciles" en grupos pequeños con su teatralización, la cooperación con profesionales sanitarios de otras ramas en pequeños equipos a lo largo de los 12 meses, la realización de actividades docentes sin utilizar el power-point, el compromiso social y la intervención de apoyo con grupos marginados, etc.

Para terminar, el año de residencia que promovemos es de actividad plena y gratificante, no como ahora cuatro años tipo "mili" (servicio militar obligatorio) en que basta conque pasen los días para ir finalizando la residencia, un poco sin mayor control que ser obediente y no destacar en nada. No. El año sería un año de intensidad memorable, que podría ampliarse meses si no se cumplen los objetivos marcados y consensuados, generales y con el tutor personal.

6ª pregunta

Las plazas “en propiedad” mediante oposición, ¿deberíamos mantenerlas?

Sí en lo que obligue la Ley.

No en todos los demás casos, en lo que no habrá “propiedad” sino estabilidad.

No “en propiedad” pero sí estabilidad

Lo que sea obligación de Ley habrá que respetarlo, pero las plazas "en propiedad" no tienen lugar

en el modelo que proponemos de la reforma de la atención primaria a la europea y renacentista.
Sin embargo, evitar la precariedad es esencial pues está demostrado que la longitudinalidad tiene impacto positivo en la salud (se asocia a menos visitas a urgencias, hospitalizaciones y mortalidad, mejora el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes, reduce los errores de diagnóstico y tratamiento, y mejora la recepción de servicios preventivos)[lxxx]. Para ofrecer longitudinalidad hay que tener accesibilidad y capacidad de resolución de problemas (resolutividad), además de coordinación que convierta en consultores a todos los especialistas focales, con monopolio del primer contacto.

Longitudinalidad

Cuando hay lontigudinalidad suele haber 1/ pago por capitación (en general en torno al 50% del total de ingresos), 2/ cupo o lista de pacientes (un grupo de población con nombre y apellidos que "pertenecen" a ese médico) y 3/ monopolio del primer contacto (los pacientes del cupo están protegidos contra el contacto innecesario con los especialistas focales pues es su médico de cabecera quien los deriva al hospital, excepto en emergencias).
"El médico de general/de familia navega como un experto en el Mar de la Incertidumbre. Sabe que visitará a su paciente a lo largo del tiempo por motivos múltiples (longitudinalidad), de forma que se puede permitir el lujo, de acuerdo con el paciente, de "esperar y ver". [Es el arte y la ciencia de no hacer nada y de dar tiempo al tiempo con la red de seguridad de que al cabo de los días el paciente puede consultar de nuevo al médico de cabecera que está pendiente de su evolución. No es hacer nada stricto sensu sino ser capaces de controlar dudas e incertidumbre y de tranquilizar al paciente generando confianza sobre la base de decisiones prudentes que implican "esperar y ver", la "espera expectante" ("deliberate clinical inertia", inercia clínica intencionada), como una opción lógica y prudente típica del buen médico en atención primaria pero que también sirve en campos tan dispares como urgencias y psiquiatría[lxxxi]]. Su diagnóstico diferencial se basa en lo más probable, no en "todo lo posible" y en el evitar errores por exceso de intervenciones médicas. Además, puesto que habitualmente conoce al paciente de antes, y muchas veces a su familia y entorno, el médico general tiene un increíble acervo de datos clínicos (biológicos y psicológicos), familiares, laborales y sociales sobre el paciente que le permite "afinar" el proceso diagnóstico y terapéutico a un coste muy bajo y con gran seguridad para el paciente"[lxxxii].

No puede ser que dure más la cajera de Mercadona que la médica de cabecera "de la Seguridad Social"

Las plazas "en propiedad" son plazas que se consiguen mediante una oposición pública (un examen) y que dan derechos casi ilimitados pues hay que hacerlo a propósito para perder el puesto

de trabajo (matar al gestor-gerente, ir borracho todos los días a la consulta, o algo de ese estilo) y no hay casi forma de que se exija rendimiento de cuentas pues el puesto de trabajo es "inexpugnable".

Las plazas “en propiedad” permiten desestabilizar al profesional de sus pacientes-familias-comunidades y por supuesto de los propios “equipos” de los centros de salud (meras plantillas). Se demuestra bien con la facilidad para los traslados, como si se pudiera empezar una y otra vez, en lugares distintos y rompiendo todo “equipo” y longitudinalidad.

En atención primaria es clave conocer a fondo la comunidad en que se trabaja y el profesional debería comprometerse de por vida con sus habitantes. Es lo que hemos llamado longitudinalidad, que exige la presencia durante años del mismo médico, la oferta por dicho médico de servicios muy variados adaptados a las necesidades locales (de ginecología a cirugía menor), la asignación de una población a dicho médico y el uso preferente por esta población del médico asignado, excepto en emergencias vitales.

No puede ser que dure más la cajera de Mercadona que la médica de cabecera “de la Seguridad Social” pues el daño es doble, a la médica por la precariedad y a la pacientes-familias-comunidad por la falta de longitudinalidad.

No se puede dejar en herencia la plaza, pero es permanente si se trabaja bien

En el modelo que proponemos no caben tales plazas "en propiedad" ya que se promociona el trabajo en equipo, la longitudinalidad y el rendimiento de cuentas.

Por ejemplo, sea una médica con contrato tipo D, profesional independiente que contrata con el servicio público y ofrece atención a una lista de 5.000 pacientes con un equipo de tres enfermeras, dos auxiliares de clínica, una administrativa y una asistente social, con sus contratos: todas las plazas se mantienen mientras cumplan con la transparencia, el rendimiento de cuentas y la evaluación de su actividad. No son plazas “en propiedad” pero no cabe ninguna arbitrariedad, ni favoritismo alguno. Es decir, no hay una posición "de por vida", ni que se pueda heredar, pero hay un contrato indefinido y situación laboral fija mientras no suceda alguna barbaridad. El propio sistema "fija" sin necesidad de que la plaza sea "en propiedad".

Dichos profesionales han conseguido su primer contrato en un concurso público y transparente, con entrevista, que se difunde al mundo entero (el mundo, sí, internacional) en el que constan las exigencias de titulación, experiencia previa, valores y ética, conocimiento de idiomas y cultura, actividad docente, etc, y el resultado final se difunde para que incluso la población sepa porqué se ha contratado a dicho profesional.

Capitación

El pago por capitación “distribuye” a los equipos por la geografía[lxxxiii] y se impide lo que sucede

cuando se paga por acto; por ejemplo, en Francia en que las zonas ricas atraen a los profesionales: un tercio de los médicos trabaja en el entorno de París, otro tercio en el entorno de la Costa Azul, y un tercio en el resto del país. En el mismo París, los barrios ricos llegan a tener 3,18 médicos generales por 1.000 habitantes, contra 0,76 los pobres (cuatro veces menos). Esta cuestión es general pues los médicos se concentran donde viven los ricos[lxxxiv],[lxxxv].

El crear poco a poco “una cartera de pacientes”, un cupo/lista, contribuye a fijar a los profesionales, a ligarlos a una comunidad. Imaginemos que un médico consigue un contrato público tipo C o D en una zona en crecimiento y comienza con una pequeña lista de pacientes, quizá 2.000, con un equipo de sólo una enfermera y una administrativa, y cobro básico por capitación y algunos complementos e incentivos, para mantener la consulta, para dotarla de medios, etc; al cabo de los años se va incrementando poco a poco su lista y llega a los 5.000 pacientes, y trabaja ya con el equipo completo, y el equipo cada año rinde y participa como se ha negociado, ofrece atención las 24 horas los 365 días del año, cooperando con otros equipos de la zona, es resolutivo y accesible, disminuye el impacto de la Ley de Cuidados Inversos, hace docencia, etc ¿qué necesidad hay de que la plaza sea "en propiedad" cuando ese equipo está “ligado” a esa comunidad?

Con este sistema se acaba la precariedad y se compromete el equipo a la lista de pacientes pues ¿quién habiendo "construido" una práctica clínica, una consulta/pequeño centro si se agrupa con otros, con una lista de pacientes que se han ido añadiendo poco a poco, quién va a dejar ese trabajo y empezar en otro zona? ¿y qué gestor va a querer que desaparezca una práctica así, que funciona y es responsable, que da cuentas y logra objetivos?

Mapa, terreno y paisaje

De lo que se trata al final es de “vincular”, de establecer un compromiso a largo plazo de profesionales con pacientes, familias y comunidad.

En atención primaria es clave poder decirle al paciente: "soy testigo de tu sufrimiento, lo comprendo y me siento solidario, y por ello cuenta hoy y siempre en lo que precises y yo pueda con mis conocimientos y habilidades para ofrecerte alternativas y para ayudarte a sobrellevar estos inconvenientes de los que depende la salud".

Así pues, trabajar en atención primaria es ser solidarios, es un compromiso de por vida con una determinada población/lista de pacientes/comunidad, con personas que se entregan y que esperan que no les fallemos, que no los utilicemos, que no los convirtamos en algo "de quita y pon".

Trabajar en atención primaria es desear que nos vean envejecer y les veamos envejecer, es que los conozcamos por sus nombres y sepan nuestros nombres. Es, hablando técnicamente:

1. tener habilidades, conocimientos y experiencia (el mapa),
2. conocer bien la comunidad y su cultura y a sus familias e individuos con sus problemas y

forma de vivirlos (el territorio) y, sobre todo,

3. construir "paisajes" en que profesionales y pacientes-familias-comunidades nos encontremos al lograr formas de entender en común el sufrimiento que hagan posible un mejor vivir, el llevar con dignidad (e incluso a veces felicidad) los días con sus adversidades y alegrías[lxxxvi].

Son “paisajes” imaginarios, espacios comunes en la mente de profesionales y pacientes-familiares-comunidad, imposibles de construir sin el paso del tiempo y un mutua confianza y conocimiento.

¿Cómo crear estos "paisajes", cómo ofrecer longitudinalidad considerándonos nosotros mismos "temporales", o siéndolo por la precariedad de los contratos? Y, sin embargo, dichos “paisajes” son muy importantes porque ayudan a hacer vivibles las adversidades, las enfermedades y el enfrentarse a la muerte.

En cierta forma, la existencia de una atención primaria fuerte, con profesionales conocidos y comprometidos, forma parte del Estado de Bienestar, de esa seguridad que da, por ejemplo, el tener agua potable y subsidios de desempleo.

Quizá la función de "reassurance", de dar confianza, sea la que genera por sí misma más salud, un poco en el sentido de dicho Estado de Bienestar, de forma que "saber el nombre de mi médico y verlo envejecer" produce y genera salud al tener algo estable en la vida, algo que no hay que cuestionar, una seguridad en la atención en caso de enfermedad.

7ª pregunta

¿Es la super-especialización (en ecografía, en diabetes, en cirugía menor, en terminales, en insuficiencia cardíaca, en dolor, etc) la solución a los problemas de la Atención Primaria?

No, la super-especialización no es la solución.

La pregunta no es retórica, pues tal super-especialización se ha implantado en el Reino Unido para los médicos generales, y en Brasil la residencia de Familia se ha extendido en un tercer año justo para la super-especialización, en paliativos, dolor, etc. De hecho, en España en muchos centros de salud la cirugía menor la hace un médico para todos los pacientes, propios y de compañeros, y lo mismo a veces con las ecografías, con los domicilios e ¡incluso con los pacientes que precisan cuidados paliativos!

Polivalencia y mantenimiento de la competencia

Nuestra propuesta es la contraria, cada miembro del equipo (médica, enfermera, auxiliar,

administrativa y trabajadora social) debería ser tan generalista como se pueda justificar por las necesidades de la población, un poco con polivalencia en el sentido renacentista.

En primaria necesitamos “especialistas en la totalidad”, en palabras de Lázaro Carreter:

“La solución mejor para denominar al no especialista la dio, tal vez, Santiago Montero, deslumbrante profesor de Historia, a quien, en una conferencia universitaria, presentó el rector sin saber de él poco más que el nombre: "He aquí a este joven catedrático gallego, gran especialista...". Ignoraba en qué, y se dirigió a él: "¿En qué es usted especialista?". "En la totalidad" le contestó con recato Montero. Y así, si los especialistas no objetan, llamaríamos al generalista *especialista en la totalidad"* [lxxxvii].

Como hemos comentado, esa es la razón de tener una lista de pacientes de 5.000 personas, para que nadie pierda habilidades por no hacer algo de generalista (si la lista de pacientes es cada vez menor, cada vez el profesional se sentirá menos competente, y aceptará menos responsabilidades, derivará más, "hará menos manos", y en un círculo infernal de retroalimentación pedirá una lista cada vez menor y acabará con una lista de pacientes de un (1) paciente[lxxxviii].

En la práctica, los cupos/listas de pacientes son demasiado pequeños, en torno a las 1.300 personas, lo que conlleva la pérdida de capacidad generalista y, como reacción, la pulsión a la super-especialización: el trasladar a primaria el tipo de pensamiento de los especialistas focales el saber mucho de poco para disminuir la incertidumbre y la complejidad.

Pero los especialistas focales saben mucho de poco que sea infrecuente y en primaria es lo contrario pues lo clave es lo frecuente y saber mucho de ello.

Por otra parte, es un fantasía sin fundamento que al focalizarse en algo muy concreto el médico de familia/la enfermera llegará a dominar ese campo al ofrecer excelente servicios y sentir "satisfacción" profesional en esa super-especialización.

Pulsión y fantasía focal

Tal pulsión y fantasía focal enlaza con la formación básica del residente de Familia en el hospital y en las urgencias hospitalarias, donde no hay longitudinalidad. Así, por ejemplo, en España es frecuente que en las urgencias hospitalarias hagan a los pacientes con síntomas inespecíficos, como tos de una semana de duración, "un completo", con radiografía de tórax, electrocardiograma, análisis de sangre y orina, exploración, etc. Cuando al final le dicen al paciente, reprobando su uso de las urgencias hospitalarias: "Esto no es de urgencias" el paciente inteligente aprende que para decir "Esto no es de urgencias" hay que hacer "un completo". Y vuelve a urgencias hospitalarias por todo. Y las urgencias no dan abasto, se llenan por la demanda inducida por la conducta de "por si acaso, evitar el riesgo" de los médicos inseguros.

Falta ciencia y ética

En 2007 tuvimos un SIAP sobre esta cuestión, y con los ponentes (Bárbara Starfield, Sergio Minué, Concha Violán y Juan Gérvas) sacamos un texto entre todos los participantes que publicamos en el British Journal of General Practice, sobre los médicos generales con "intereses especiales" (GPs with special interests, GPwSIs), ahora GPs with an extended role (GpwER)[lxxxix]. La conclusión:

“Antes de aceptar la propuesta de generalizar la super-especialización de médicos generales se necesitan pruebas empíricas que demuestren que:

1. se mejora la salud general (tanto de los pacientes como de la población);
2. los pacientes, especialmente los pacientes de médicos que trabajan en solitario o en pequeños grupos (y, en concreto, en medio rural) no se vean perjudicados;
3. se mejora la derivación a especialista focales, que se adecua más a a las necesidades de los pacientes y a sus problemas;
4. se genera prestigio real, no sólo entre los médicos y estudiantes, sino también entre los pacientes y la población;
5. no se fomentan ni la visión focal ni los puntos de vista biológicos de la atención especializada, y
6. no se frena el desarrollo de mejores sistemas alternativos en atención primaria”.

Pese a su carencia de fundamento, la cuestión de los beneficios de la super-especialización parece tan evidente, que en 2023, por ejemplo, se publicó otro texto sobre lo bueno que es tener sub-especialización en dolor lumbar, por más que no se cumpla con ninguna característica que lo demuestre[xc].

Esta cuestión también la debatimos en otro trabajo nuestro (Bárbara Starfield y Juan Gérvas) en un libro sobre "debates ideológicos en medicina de familia”[xci] en que puntualizamos que:

1. lo que caracteriza a la atención primaria es la respuesta adecuada a la complejidad de la multimorbilidad, muy común en los pacientes, y si es posible en un sólo acto clínico,
2. la sub-especialización en atención primaria fragmenta al paciente y dificulta la longitudinalidad,
3. se sabe muy poco acerca de la contribución a la salud de pacientes y poblaciones de los especialistas focales, pero sabemos que a mayor atención médica focal, más gastos y peor salud,
4. la sub-especialización no se acompaña de la disminución de las derivaciones a especialistas focales, sino al contrario (al saber más se incrementa la incertidumbre y se piden más pruebas y se deriva más, y no mejor),
5. el tiempo que se dedica a la sub-especialización se detrae del tiempo a dedicar al resto de pacientes, sin que haya demostración de la mejora de la salud de ninguno de los dos grupos

y

6. nunca habrá suficientes campos de sub-especialización para cubrir todas las variabilidad típica de la atención primaria.

De la mirada binocular de Ulises a la mirada monocular de Polifemo

Así pues, la super-especialización nos lleva a un debate al tiempo ideológico y empírico. En lo segundo, los datos no lo apoyan. Y respecto a lo primero, como hemos señalado, en primaria necesitamos generalistas en la totalidad, que orgullosamente sepan de todo un poco (que abarquen mucho y aprieten poco) y muchísimo de lo frecuente (que en campos "diarios" sean excepcionalmente competentes, que aprieten mucho, que sepan más que los especialistas focales).

El ansia de super-especialización en Medicina General/de Familia es la degeneración final que viene del aprendizaje de los estudiantes en el hospital y pasa por el tiempo de residencia de Familia en las urgencias hospitalarias. Es la aceptación de la filosofía de las especialidades focales, de su visión monocular y de su dificultad para controlar la incertidumbre (la formación con cuadrículas genera pulsión de trabajo en una cuadrícula). Es una filosofía que aspira a dominar la incertidumbre limitando el campo de trabajo, haciendo muy estrecha la mirada, concentrando el campo de trabajo en apenas unas pocas enfermedades y técnicas.

Aceptar la super-especialización en primaria es aceptar abandonar la visión binocular de la totalidad,

- es pasar de la mirada de Ulises a la de Polifemo,
- es pasar de la convivencia con la incertidumbre a la negación de la misma,
- es pasar del disfrute y reto clínico ante la complejidad a rechazarla y
- es pasar de la navegación de altura en la que todo puede pasar a la navegación costera en que todo es previsible y rutinario.

Gran parte de la belleza y del atractivo intelectual de la atención primaria es justo esa exigencia y ese disfrute de la variedad, de la complejidad, de lo imprevisible, del ir de aquí para allá sin dominar todo, a sabiendas de que uno trabaja bien a pesar de que parece hacerlo mal (la paradoja de la atención primaria).

Conviene recordar lo ya citado de Miguel Melguizo: [la medicina de Familia es] “un reto descomunal y una eterna exigencia de competencia e implicación. Una especialidad que, por su complejidad, ofrece una constante incomodidad, bastante felicidad y una completa comprensión del sentido de la profesión médica”.

La mirada estrecha focalizada puedes ser dañina al no considerar factores clave que serían evidentes con una visión más general:

“La tendencia natural a simplificar problemas focalizando la atención en componentes fácilmente

conceptualizables y medibles, puede llevar a actuar de forma dañina sin pretenderlo, pasando por alto lo que se vería con claridad si se hubiera tomado una perspectiva más amplia".

Y de ahí la paradoja de la atención primaria: la atención primaria y los sistemas basados en ella, en comparación con la atención especializada focal (y los sistemas centrados en ésta) aparentemente obtienen peor calidad de atención para enfermedades individuales, pero sin embargo alcanza similar estado funcional de salud en personas con condiciones crónicas, y mejor calidad, equidad y menor coste en la atención a comunidades y poblaciones. Es decir, los especialistas focales son mejores en la atención a enfermedades concretas pero la atención primaria es mejor si el resultado se mide en la salud global de la población[xcii],[xciii].

Como destacó Karl White, "más vale acertar por aproximación que equivocarse con precisión".

Mediatras

Lamentablemente, como dicen los médicos de cabecera portugueses (en Portugal los médicos de cabecera son muy generalistas y, por ejemplo, atienden infancia y embarazos y ponen DIUs), en España lo habitual es encontrar mediatras, médicos de cabecera que se ocupan sólo de un segmento de la población, y de sólo unos tipos de problemas.

Ya hemos señalado que un objetivo de la reforma a la europea es transformar a los mediatras en especialistas de la totalidad.

Lo habitual en España son médicos de cabecera que no atienden a la infancia, ni casi a la adolescencia, y pronto no atenderán a la ancianidad (cuando se incorporen geriatras a los centros de salud).

Lo habitual es que los médicos de familia españoles no atiendan problemas básicos de tipo ginecológico, y que no lleven los abortos voluntarios farmacológicos/instrumentales, y que tampoco atiendan a los pacientes que desean morir en casa, ni a los que piden eutanasia.

La situación es tal que cuando un médico de familia español trabaja como especialista en la totalidad, como generalista y no mediatra, puede llegar a tener problemas. Sirva de ejemplo este relato:

"Tras realizar dos exploración ginecológicas (en un caso afectación del cuello del útero con sangrado y en el otro probable vaginitis que no se había resuelto tras dos tratamientos), una residente nueva me comentó en privado que hacer ginecología en primaria era violencia ginecológica, que eso era cosa, como mucho de matrona, o de derivación al especialista ginecólogo. Aunque lo hizo con educación y cierta mesura no dejó de incomodarme porque es la primera vez que me pasaba. De nada sirvió decirle que había pedido permiso a las pacientes, explicado que les iba hacer una exploración vaginal y que estuvieron acompañadas por otra mujer. Para la residente era un machista que hacía cosas que incomodaban a las mujeres incluso aunque ellas no lo

manifestaran”[xciv].

Nuevos perfiles profesionales

El colmo de la pérdida de “la totalidad” es la introducción en los centros de salud de los “nuevos perfiles profesionales”. En palabras de Meritxell Sánchez-Amat: “Bajo el epígrafe de nuevos perfiles profesionales se engloba una amplia variedad de figuras con requisitos y funciones distintas: personal administrativo (gestores de salud, asistentes clínicos, administrativos asistenciales), de enfermería (gestoría de casos, enfermería de práctica avanzada en atención primaria), dietistas-nutricionistas, fisioterapeutas, farmacéuticos, agentes comunitarios de salud y profesionales de salud mental [psicólogos], entre otros”[xcv].

Se trata de micro-especialistas sin formación en atención primaria que vienen “a ayudar” en atención primaria. Tienen nombres tan sugerentes como en Cataluña “el referente de bienestar emocional y comunitario” (psicólogo, RBEC) que sin duda ayudará a medicalizar la vida diaria de las personas en los 343 centros de salud en los que existe tal RBEC.

En general, el problema es que vamos a macrocentros con microespecialistas[xcvi] del estilo de los que hubo en la Unión Soviética, en los que los pacientes son fragmentados y sobre los que no hay dato alguno que permita afirmar que "producen" mejor salud, ni mejor atención.

Por ello sobran los “nuevos perfiles profesionales” por más que apoyen su incorporación a los centros de salud instituciones como la Sociedad Española de Medicina de Familia[xcvii] y la Asociación de Defensa de la Salud Pública[xcviii].

Nuestra propuesta de reforma a la europea desaprueba la super-especialización de profesionales de atención primaria y la incorporación de “nuevos perfiles profesionales” sin especialidad en primaria y va a favor de lo contrario, a favor de especialistas en “la totalidad”, muy generalistas y especializados en atención primaria.

8ª pregunta

¿Habría que dinamitar los centros de salud?

No. No todos, al menos.

La falacia del centro de salud

Los centros de salud tienen una larga historia, en general en el sentido de agrupar profesionales sanitarios, tener menor dependencia de la figura del médico, y participar en la resolución de problemas comunitarios en relación con la pobreza y con la desigualdad social[xcix].

El propio nombre indica la filosofía que subyace a esta organización ya que sugiere que el edificio en sí es “el centro” de la salud, el origen de la misma, el lugar donde mana la salud, un sitio al que conviene ir si queremos mantener la salud, un lugar donde no hay enfermedad, el espacio en que se genera salud.

Es una falacia denominar centro de salud a lo que no es un centro de salud. En realidad, lo sabemos, la salud depende básicamente de la genética y de los determinantes sociales, apenas un 10% de la atención sanitaria[c] y en los centros de salud lo que podemos encontrar son enfermos.

La atención sanitaria como agente patógeno

Incluso, peor, mucha de la actividad de los centros de salud enferma y disminuye la salud (como mucha de la actividad de todo el sistema sanitario). Por ejemplo, como hemos señalado, por el exceso del enfoque preventivista de la reforma de 1984, con sus programas tipo “niño sano” y PAPPS.

Se transmite la idea de que todo es prevenible, de que la enfermedad y el sufrimiento son consecuencia de un “mal estilo de vida” (no se consideran las “condiciones de vida”) y de que es posible un juventud eterna. El sufrimiento, la enfermedad y la muerte se interpretan como consecuencia del “pecado” preventivo, de no seguir las normas de una vida sana. Con ello se medicaliza la vida, se expropia la salud y se produce mucho daño.

Buen ejemplo fue y es la “terapia hormonal substitutiva” que transformó la menopausia en enfermedad, con la promesa de ser “eternamente femenina” y estar “eternamente sana” (literal) pero que daña sin beneficios (produce cáncer de mama e incrementa los infartos de miocardio y los ictus, entre otros problemas)[ci],[cii]. Cabe insistir en los “protocolos” para la captación y tratamiento de las mujeres durante la menopausia: los centros de salud como generadores de enfermedad.

En general, es irónico que el sistema sanitario (y especialmente los centros de salud) genere enfermedad sobre todo por los mecanismos comentados en la segunda pregunta (salud pública), por su prepotencia al ofrecer hacer desaparecer los problemas y adversidades sanitarias mediante una omnipotente prevención y promoción de la salud. Se pretende una "salud perfecta", que es perfectamente imposible e inequitativa. En las palabras ya citadas de Iván Illich, marzo de 1999, la medicina moderna se ha convertido en un peligro para la salud.

Es importante tener presente que incluso intervenciones sumamente eficaces, como las vacunas esenciales, apenas tienen impacto en salud. Por ejemplo, la vacuna del sarampión añade 0,16 días de vida en las poblaciones de los países desarrollados[ciii].

Conviene por ello la humildad y evitar la suficiencia arrogante de creer que los centros de salud son tales “centros de la salud”. La salud propiamente dicha está fuera de los centros de salud; por ejemplo, nada produce tanta salud como una buena nutrición y en general las condiciones en que

nacemos, crecemos, maduramos, trabajamos, envejecemos y morimos (lo que llamamos determinantes sociales de la salud, en realidad obstáculos políticos a la salud si son dañinos).

La salud se crea justo fuera del sistema sanitario, en la calle, en el trabajo, en los espacios educativos, en parques y jardines, en montañas y playas, en las viviendas, en las familias, con los amigos, en el baile, en la participación en actividades comunitarias, etc.

Por ello no tiene sentido que los pacientes giren alrededor de los centros de salud que tan poca salud "producen" y que deberían denominarse más correctamente como "centros de enfermedad" o simplemente "consultorios" y promover su uso cuidadoso y sólo en caso de verdadera necesidad.

Los pacientes, combustibles del sistema sanitario

Como era de esperar, en la práctica y pese a la retórica, los pacientes son "el combustible de los centros de salud", necesarios para justificar su existencia endiosada de producir salud. Por ejemplo, como ya hemos comentado, dicen que la atención está centrada en las personas pero los centros de salud tienen horarios que convienen a los profesionales, no a los pacientes-familias-comunidad.

Hay muchos tipos de centros de salud

Por otra parte, bajo el mismo nombre de centro de salud hay mucha variedad; así hablando sólo de sistemas sanitarios públicos de cobertura universal no se puede comparar:

- un centro de salud holandés con dos o tres médicos generales asociados que son propietarios del propio centro y de su material, que contratan al personal, y reciben pago de instituciones públicas y privadas por capitación y otros complementos, con cupo/lista de pacientes, con
- un centro de salud del SUS, Sistema Único de Salud, brasileño, con 10-15 médicos de familia, con personal al que no contratan ni eligen los médicos, pagados principalmente por salario, con agentes comunitarios y con una base poblacional definida de distintas maneras, a veces el cupo se compone de habitantes de unas calles.

Lo que tenemos en España y llamamos centro de salud es algo con gran influencia de los centros de salud de Finlandia en que "los pacientes son de todos" y se atienden por el médico disponible en ese día de la cita pues no existe el cupo/lista de paciente asignado a cada médico/enfermera. Se nota, por ejemplo, en la "rotación" entre profesionales en España para tener un día de avisos a domicilio (al médico que le toca ese día, bloquea la agenda y hace los domicilios de todos sus compañeros porque "los pacientes son de todos"), o en las rotaciones de las enfermeras para atender el cuarto de cura por la misma razón, todo ello en contra de la longitudinalidad y la profesionalidad.

Por cierto, los centros de salud en Finlandia ya perdían fuerza cuando los copiamos en España, en 1984, y en 2023 hasta el 25% de la atención se presta por médicos generales en sus consultas privadas (el paciente es reembolsado por el sistema público).

Los pacientes no son de todos, la longitudinalidad es clave

Al comienzo de la reforma de la atención primaria de 1984 en España, el diseño incluía el pago por salario exclusivo y la asignación geográfica de la población (estilo Brasil y Finlandia) y se pudo salvar la histórica capitación y lista de pacientes, cuyas raíces se hunden en la organización gremial de la Edad Media, gracias a José Manuel Freire (entre 1987 y 1991 consejero de sanidad en el País Vasco, por el PSOE).

La filosofía de la reforma trató de evitar este llamado “paternalismo” de que cada médica y enfermera tuviera “sus” pacientes pues, como hemos comentado, la filosofía de la reforma fue “los pacientes son de todos y se atienden conforme van llegando”. Pero lo de "mis pacientes" no es paternalista (el "mi" es pronombre posesivo, pero también expresa relación, como “en mi país") y es clave para la longitudinalidad, que ya hemos destacado como característica básica de la atención primaria con gran impacto en salud.

En la reforma de 1984 no se pensó en la longitudinalidad pese a que ya había publicado Bárbara Starfield su trabajo clásico sobre la misma, en 1980[civ] y ya lo tratamos en extenso en 1987 en el libro del Equipo CESCA sobre "Los sistemas de registro en atención primaria de salud"[cv]. Han tenido que pasar más de 40 años para que haya calado la importancia de la longitudinalidad, el “ver envejecer a tu médico y enfermera” y el conocerse mutuamente pacientes y profesionales.

La longitudinalidad es la característica fundamental de la atención primaria en salud que, insistimos, en mucho va ligada a la capitación, al cupo/lista de pacientes y al monopolio del primer contacto (el que los pacientes no tengan acceso directo a los especialistas focales).

Diagnóstico de salud

En su afán preventivo, los centros de salud en España han dedicado cientos de miles de horas a los “diagnósticos de salud”, lo que en la actualidad se llama “mapeo” de la comunidad. La idea es aprovechar los recursos comunitarios para tener sinergias pero en la práctica ha sido en general un ejercicio diletante que ha muerto en sí mismo pues la “comunitaria” de la especialidad médica y de enfermería de “familia y comunitaria” es un poco un adorno. Una comunitaria que se presume siempre pero sobre la que hay poca formación y menos práctica.

Como hemos señalado, en España, el PACAP (Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria) lo está haciendo relativamente bien, lo que sirve de demostración pero tiene poco impacto en el conjunto de centros de salud españoles. Sirva de ejemplo concreto de excelente participación comunitaria el del barrio zaragozano de El Gancho[cvi].

Uso de los centros de salud

En la reforma que proponemos no se dinamitan los centros de salud pues se intentaría la mejora del trabajo en todos ellos con ideas prácticas obtenidas de los centros de éxito (los que en medio del desastre siguen funcionando bien) y el apoyo en todos los sentidos a los profesionales de dichos centros de salud de éxito.

Como hemos comentado, a largo plazo, proponemos también el mantenimiento de los centros de salud con profesionales que se comprometan a buen trabajo pero con menor responsabilidad laboral, los ya comentados contratos tipo A y B en los centros de salud, con horarios de 35 horas semanales (o media jornada), de tarde o de mañana, apropiados para quienes quieran tener un menor carga de trabajo (por ejemplo, para tener tiempo para hacer la tesis doctoral, para la crianza, el cuidado de un familiar enfermo, el estudio de otra carrera, o porque sí). Estos contratos conllevan menor compromiso con la comunidad y pueden dar atención a poblaciones "flotantes" o que rechazan la ligazón con profesionales sanitarios.

Además, los centros de salud servirían para "concentrar tecnología", tipo para oftalmometría, operaciones de catarata, cirugía menor avanzada, abortos voluntarios instrumentales, etc. Estarían, pues, al servicio de profesionales con contrato tipo C y D que los utilizarían según conveniencia, también para sus actividades docentes ocasionales conjuntas y presenciales de todos los profesionales (contratos tipos A, B, C y D).

En los centros de salud harían las guardias presenciales los profesionales de contrato tipo C y D.

Como hemos señalado, en los centros de salud todo el que trabajase tendría que tener especialización en atención primaria, sea médica, enfermera, auxiliar de clínica, administrativa o trabajadora social. No sería posible por ejemplo, que las enfermeras hospitalarias pasen a trabajar a primaria con un cursillo de días. Y lo mismo para los "nuevos perfiles profesionales" como nutricionistas, psicólogos, farmacéuticos, fisioterapeutas, enfermeras de enlace/gestión de casos, etc que no pueden sumarse sin más, "alegremente", con buenas intenciones pero sin conocimientos específicos, contra la ciencia y la ética.

9ª pregunta

El nombre de "Medicina de Familia" ¿de dónde demonios viene?

El nombre viene de Estados Unidos.

De Estados Unidos vía Pozuelo de Alarcón

En 1984, nosotros esperábamos la dignificación del término "médico general", lo que éramos muchos con "plaza en propiedad" que creíamos en que la reforma de 1984 iba a "devolvernos" los

niños, por ejemplo y a ennoblecer el nombre de la Medicina General, como en Dinamarca, Irlanda, Italia, Noruega, Países Bajos, Reino Unido y otros países del mundo. De ninguna manera pudimos pensar que la Medicina General iba a transformarse en Medicina de Familia, en la línea de la influencia de Estados Unidos, como ya hemos señalado, a través del director de la Clínica Puerta de Hierro, Segovia de Arana (que fue Secretario de Estado en el Ministerio de Sanidad en 1989-90), y de su centro de salud "demostración", de Pozuelo de Alarcón (Madrid) en que se promovía una especie de internistas que trabajaban fuera del hospital.

En Estados Unidos es imposible ser especialista en lo general

[Tras la Segunda Guerra Mundial, 1939-45] El tiempo corría en contra de los médicos generales en Estados Unidos y, para intentar dar prestigio a su trabajo, en 1966 decidieron re-fundar la profesión, transformarse en especialistas en Medicina General, y señalar a la misma como el campo de su especialidad. En aquel tiempo los médicos generales estadounidenses eran profesionales viejos que veían huir a los jóvenes brillantes hacia las especialidades focales, atraídos por el giro científico promocionado por Flexner y Osler en la primera mitad del siglo XX, acelerado por el impacto tecnológico de la II Guerra Mundial.

El cambio de Medicina General a Medicina de Familia no se hizo por voluntad propia, pues la primera propuesta de la *American Academy of General Practice* fue la de crear la especialidad de Medicina General. Pero los especialistas focales del Consejo de Educación de la Asociación Médica Estadounidense (AMA, *American Medical Association*), señalaron que nada que fuera “general” podía ser “especial, concreto, limitado”; es decir, que un médico generalista no podía aspirar a ser especialista. Dicho de otra forma, que tenían que elegir una parcela compleja, concreta y limitada para especializarse en ella, pues nadie podría pretender saber de todo, ser especialista en todo, ser generalista y abarcar el conjunto del conocimiento médico (o, al menos, ser capaz de dar respuesta y orientación a todos los problemas de los pacientes).

Si no hay otro remedio, de General a Familia

Enfrentados a un dilema sin solución, los médicos generales estadounidenses escogieron la familia como campo de trabajo. O, al menos, como un paraguas, una área compleja, concreta y delimitada en que desarrollar conocimientos y habilidades específicos, y se transformaron en médicos de familia.

Crearon la *American Academy of Family Physician*, y en 1969 lograron la aprobación de su especialidad, Medicina de Familia. Hubo un propósito definido de refundación, no una regeneración o renovación. Se propuso y consiguió una revolución, “no un simple parcheado”. Se buscó y se

consiguió una nueva denominación y se propuso la creación de un “médico nuevo”, el de familia, que no tendría nada que ver con el médico general previo. “*Although it is true that the founding members of the American Academy of Family Physicians recognized the political and social benefits to be gained from the cosmetic surgery that replaced "general" with "family," both teachers and practitioners in the discipline had hoped for more” [*Aunque es cierto que los fundadores de la American Academy of Family Physicians tuvieron claro los beneficios políticos y sociales de la cirugía cosmética que cambió “general” por “familia”, tanto profesores como clínicos esperaban más]"[cvii],[cviii].

Descrédito del héroe

El descrédito del ideal del renacimiento llevó a considerar imposible la especialidad en Medicina General, por valorar como intelectualmente erróneo y científicamente absurdo que un médico pudiera abarcar el conjunto de los conocimientos médicos. En Estados Unidos les pareció imposible que hubiera un médico especialista en Medicina General y de ahí el cambio cosmético a Medicina de Familia.

La familia en Medicina de Familia, un adorno

Como comentó Gabriel Smilkstein en 1994, la familia en Medicina de Familia en Estados Unidos era sólo un nombre y de hecho se hacía y se hace poca medicina de la familia sensu stricto: “Ya sea real o plebeya, la familia tiene el poder de aglutinar la energía emocional de los creyentes. Esto es ciertamente evidente en el Reino Unido, donde a pesar de que algunos miembros de la familia real son muy denostados, cualquier recomendación para desvincular a la familia real del gobierno resulta en un clamor nacional de "Dios salve a la Reina". Este mismo tipo de devoción por la familia existe entre los miembros de las diversas organizaciones de medicina de familia de Estados Unidos”[cix].

El informe Collings en el Reino Unido

En 1984, en nuestra inocencia nosotros creíamos que el modelo iba a ser el europeo de prestigiar el término médico general (y la Medicina General) como logró el Informe Collings[cx] en el Reino Unido. Allí, en 1948 se implantó el Servicio Nacional de Salud, con aceptación recelosa por parte de los médicos generales (los especialistas obtuvieron condiciones más favorables y fueron los primeros en aprobar el cambio). Apenas superadas la reticencias de los médicos generales, la profesión fue sacudida por el informe de un australiano, Joseph Collings, médico general que había

ejercido en Nueva Zelanda, con formación en la Escuela de Salud Pública de Harvard (Estados Unidos) y que en 1950 visitó el Reino Unido y realizó un trabajo de campo sobre las condiciones de estructura y proceso de atención por los médicos generales.

Collings publicó los resultados en *The Lancet*, en un artículo de 30 páginas que conmovió a los profesionales y a la sociedad por el bajo perfil de calidad del trabajo de muchos médicos generales. Propuso reformas varias, con énfasis en el trabajo en grupo y los centros de salud de propiedad pública, y comparó el Reino Unido con Nueva Zelanda, donde se llevaba a cabo entonces una interesante reforma que buscaba captar los mejores médicos para la Medicina General [aunque los especialistas focales pensaban "en Nueva Zelanda y otros muchos países que ejercer de médico general era una forma de prostitución para el hombre de talento"].

En 1952 se creó el Royal College of General Practitioners y en 1954 el gobierno apoyó una profunda reforma que sentó las bases del prestigio de la Medicina General británica hasta su destrucción por las políticas neoliberales del gobierno de Margaret Thatcher en 1989 (introdujo las reglas del mercado en el sistema sanitario).

La Medicina General, General

En la Europa Occidental anglosajona (básicamente Dinamarca, Holanda, Irlanda, Noruega y el Reino Unido) y también en Australia y Nueva Zelanda, la respuesta de los médicos generales al descrédito de la falta de especialización no fue transformar la Medicina General en Medicina de Familia, sino regenerarse y evolucionar. Es decir, intentar entender lo que ofrecían como médicos generales y analizar cómo mejorarlo y cómo defender a los pacientes de los inconvenientes de la excesiva especialización en Medicina.

El movimiento fue global, pero se desarrolló con fuerza en el Reino Unido y, como hemos señalado, adquirió intensidad después de la Segunda Guerra Mundial, en el contexto del triunfo del laborismo inglés (socialista) y del deseo de dejar de ver la Medicina como una actividad comercial que ponía barreras monetarias a las necesidades de los pacientes[cxi].

La Medicina General no necesita cirugía cosmética que la haga atrayente con el cambio de denominación a Medicina de Familia pues convierte en absurda la atención a quien vive solo, a quien está en la cárcel, a los que viven en la calle, a quienes viven en "tribu", etc

El informe del Gabinete de Asesoría y Promoción de la Salud, de Colegio de Médicos de Barcelona

¿Y en España? Bien.

A partir del "X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana", celebrado en Perpinyà en 1976, y de una ponencia sobre la función social de la medicina, el Colegio de Médicos de Barcelona

promovió desde su Gabinete de Asesoría y Promoción de la Salud (GAPS) un grupo de estudios sobre la medicina de la asistencia primaria o de cabecera. Liderado por Jordi Gol, las deliberaciones y recomendaciones de este grupo de estudios se dieron a conocer en 1980[cxii] y representaron una aportación muy útil en el debate sanitario posterior, pero no produjeron la conmoción del Informe Collings en el Reino Unido.

En ese texto ya se recomendó superar la organización tipo Seguro Obligatorio de Enfermedad mediante un Sistema Nacional de Salud [un “servicio”, en las discusiones originales]; se colocó a la atención primaria como núcleo central del sistema de salud, complementada por la asistencia hospitalaria, y como nexo básico de las actividades asistenciales, de promoción y de prevención, y se propuso el centro de salud como soporte institucionalmente necesario para el equipo y como organismo coordinador de las personas y de los medios implicados en los servicios de atención primaria.

De aquellos polvos, estos lodos

El resultado de la evolución de la reforma de 1984 es que en 2023 nos encontramos con médicos de familia, cada vez menos personales y menos generalistas, con contratos precarios y escasa longitudinalidad, perdiendo infancia-adolescencia, domicilios, terminales, crónicos complejos, salud mental, toco-ginecología, etc.

Vemos médicos de familia que deberían tener la versatibilidad de Ulises pero que aspiran a la estrecha mirada monocular de Polifemo (como demuestra el ya comentado atractivo de los "médicos con intereses especiales", super.especializados). Todo ello en detrimento de lo público y a favor de lo privado (el aseguramiento privado lo ha contratado ya un tercio de la población), en medio de los intereses de grandes negocios[cxiii].

Resumiendo, "En España la Medicina General tiene una historia centenaria, con médicos “titulares” que tenían responsabilidades de salud pública (aguas, viviendas, etc.), contratos con las autoridades e “igualas” con los pacientes (pago por capitación). Dichas igualas comenzaron en la Edad Media, con los gremios pagando a los médicos a tanto por cabeza para poder recibir asistencia, tanto maestros y aprendices como viudas y huérfanos. La atención primaria se desarrolló a partir de este modelo, con los médicos generales profesionales independientes que cobraban por capitación y eran filtros para los especialistas focales, pero pronto pasaron a ser asalariados (conservando un pago por capitación, según el cupo de pacientes asignados). La reforma de 1984 combinó la influencia estadounidense a través del Hospital Puerta de Hierro (Madrid), y de ahí la cirugía cosmética de la Medicina de Familia, con la influencia cubana y brasileña de quienes se habían especializado allí en salud pública, y de ahí lo de Comunitaria[cxiv].

Tanto la Familia como la Comunitaria son simples adornos, atributos cosméticos que no

comprometen y sobre los que se enseña y practica poco.

La Gran Decepción

Entre los médicos generales con plaza en propiedad en “los consultorios de la Seguridad Social” del sistema previo a la reforma hubo enorme decepción porque:

1/ los niños y adolescentes pasaron a pediatría (hasta los 14 años); antes los médicos generales podían incluso opcionalmente tenerlos desde 0 años pero regularmente los pediatras sólo hasta los 7,

2/ en el cupo/lista de pacientes, se cambió la “cartilla”, que agrupaba a la familia (habitualmente unas 800 por médico general; es decir, en total unas tres mil quinientas personas), por la “persona” individuo, sin prever mecanismo alguno que favoreciera el agrupamiento familiar, y

2/ no se estableció ningún sistema para facilitar el título de Familia a los médicos que tenían plaza de Medicina General en propiedad hasta muchos años después de iniciar la reforma, ni se se permitió su inscripción en la SEMFYC. Cuando se logró la equiparación era constante el destacar "vía MIR", para que quedase claro la procedencia de los “médicos de familia no vía MIR”. Por consecuencia, que persiste, florecieron las tres sociedades de primaria, SMFYC, SEMERGEN (médicos generales) y SEMG (médicos rurales). Conviene destacar, por ejemplo, que cuando las enfermeras pasaron de practicante a ATS, ayudante técnico sanitario, se previó el paso de las enfermeras a ATS, y de nuevo lo mismo cuando DUE, diplomada universitaria en enfermería, para las ATS.

Especialistas en la totalidad

Necesitamos una reforma que vuelva generalistas a los profesionales de primaria, y que prime la longitudinalidad por encima de cualquier otra característica (que hemos comentado, implica accesibilidad y capacidad de resolución de problemas, resolutividad, además de coordinación que convierta en consultores a todos los especialistas focales, con monopolio del primer contacto).

Lázaro Carreter lo resumió en el texto citado, "Brotes cataclísmicos" con una perspectiva distinta:

"Los vocablos con el sufijo *-al* dan lustre, y deben ser bienvenidos. También sus crías, porque ya campa, sobre todo, por hospitales y clínicas el adjetivo *generalista:* viene aplicándose al médico no especialista. Su origen resulta incierto; existen el francés *généraliste* y el inglés *generalist* desde hace mucho, pero su eco no aparece en español hasta los alrededores de 1994. Lo más probable es que nos llegara por entonces vía atlántica. Y no se refiere sólo a los médicos, sino a los ingenieros, a la historia, y, sobre todo, a la televisión, que es *generalista* si, además de anuncios, concursos, golfas, golfos y gays inverecundos, presenta magazines, testimonios "humanos", algo de cine, mucho deporte y mucha telecomedia; en fin, cuanto se precisa para vivir. En el invento trabajan

también, simultaneando capacidades, *especialistas-generalistas.* Se habla, incluso, de Geografía *generalista* para oponerla a la autonómica. La solución mejor para denominar al no especialista la dio, tal vez, Santiago Montero, deslumbrante profesor de Historia, a quien, en una conferencia universitaria, presentó el rector sin saber de él poco más que el nombre: "He aquí a este joven catedrático gallego, gran especialista...". Ignoraba en qué, y se dirigió a él: "¿En qué es usted especialista?". "En la totalidad" le contestó con recato Montero. Y así, si los especialistas no objetan, llamaríamos al generalista *especialista en la totalidad.* Cualquier cosa menos la otra solución francesa: *omnipraticien".*

Domicilios

A nosotros siempre nos ha gustado eso francés (ya casi perdido) de “omnipraticien” (práctico en todo). También el término inglés “practitioner”, algo así como “practicante”, denominación que sirve de título a una revista para el médico general británico, The Practitioner, publicada ininterrumpidamente desde 1868 hasta la actualidad[cxv] (traducida y publicada en español durante los setenta del siglo pasado).

En el neerlandés, en los Países Bajos, el término equivalente, huisarts, alude a "casa" (huis), como en el español "médico de cabecera" pues una característica básica del médico general es, justo, atender a domicilio, y bien se demuestra que los pediatras no son de primaria por su rechazo a las visitas a domicilio. Algo parecido está sucediendo con el médico de familia, un fallo de la residencia de familia, eso de hacer visitas a domicilio con el tutor "residualmente", o cuando no hay nada mejor que hacer, o nunca (primero siempre hacer horas y horas en urgencias hospitalarias). Y luego viene el rechazo en el día a día a los domicilios, el turnarse para hacerlos, o el crear una estructura específica para ellos, como en Cataluña.

Nuestra propuesta de reforma es justo la contraria, que gran parte de la actividad en primaria se traslade a los domicilios, a los pacientes recluidos en los mismos. Estos pacientes son las “camas” de la primaria.

En la reforma que proponemos los domicilios son centrales en la actividad del equipo de atención primaria.

Para ello, además de los propios profesionales de los equipos, sería clave establecer alianzas más o menos formales con las farmacéuticas de las farmacias comunitarias del territorio cubierto.

Y, como ya hemos comentado, buscar la colaboración de los carteros de Correos, que podrían ser una especie de “agentes comunitarios” en el trabajo con pacientes crónicos a domicilio y respecto a la soledad no deseada.

También es factible el uso de tecnologías a domicilio que vayan más allá de la teleasistencia y telelocalización como, por ejemplo, el seguimiento del control del uso diario de agua y electricidad,

con contadores “inteligentes” (que ayudan a establecer “retratos” de uso para despertar alarmas tempranas cuando cambia el ritmo y el “retrato”).

La tecnología a domicilio puede ser de utilidad preventiva (para tratar de evitar caídas, por ejemplo), diagnóstica (una simple balanza para seguir los cambios del peso corporal de pacientes con edemas, por ejemplo, o ecógrafos y electrocardíografos manuales), terapéutica (para diálisis peritoneal, por ejemplo, en el paciente terminal con ascitis muy molesta, para administración intravenosa de antineoplásicos, etc), de comunicación (el simple teléfono para comunicarse con su médico de cabecera, por ejemplo, y otros sistemas que permiten el contacto con el profesional responsable), de monitorización (biosensores, actividades de la vida diaria como por ejemplo saber si el paciente ha comido caliente, o si ha tenido contacto directo o indirecto con la familia, monitorización ambiental, etc.), de rehabilitación (cardíaca, pulmonar, músculo-articular, etc.) y otras, como las precisas para el apoyo a los cuidadores profesionales y familiares.

De todo ello tratamos en un SIAP en 2013: "Domicilios, distribución de funciones y tecnologías"[cxvi].

10ª pregunta

La informatización, el uso de la tecnología de la comunicación ¿tiene que mejorar y en algunos momentos cesar?

Tiene que mejorar mucho. Y en algunos momentos cesar.

Suma y sigue

Las formas de comunicación se van sumando a lo largo de la Historia, primero mediante el lenguaje hablado y "sentido" (comunicación verbal y no verbal) y, cuando se desarrolló la escritura, mediante tablillas, cartas y textos varios. Finalmente tuvo enorme impacto el libro y más con las mejoras de la imprenta en el siglo XV, a lo que se añadió la comunicación instantánea a distancia, a principios del siglo XIX la telegrafía con hilo, y a principio de siglo XX la radio y lo demás sistemas que forma parte de la tecnología de la comunicación.

Datos blandos y datos duros

En atención sanitaria manejamos datos duros (que proceden de exámenes físicos de profesionales, o a través de máquinas; por ejemplo, el peso, el informe de una resonancia magnética nuclear, etc) y datos blandos, tipo conjeturas, corazonadas, escucha, habladurías, impresiones, intuiciones, narrativas, “ojo clínico”, opiniones, presentimientos, relatos, sensaciones, etc.

La información blanda la maneja con soltura todo profesional de atención primaria, y se va

acumulando a lo largo del tiempo hasta formar imágenes mentales que facilitan el construir “paisajes” con pacientes, familias y comunidad (al estilo que hemos comentado, a partir de mapas y territorios).

La información "blanda" sigue perteneciendo a un nivel previo a la escritura y quizá tenga un papel preponderante en el impacto en salud de la longitudinalidad pues permite tomar decisiones rápidas y generalmente acertadas por más que sean difíciles de "justificar".

Bien lo demuestra el trabajo y la tesis doctoral de Bernardino Oliva (“Gut feelings in the diagnostic process of Spanish family physicians”)[cxvii] y todo el grupo europeo de estudio de los "gut feelings" en la consulta clínica. Su conclusión: “Hemos calculado que alrededor del 22% de las visitas de un paciente por un nuevo motivo de consulta tenemos una corazonada de alarma que nos indica que ese paciente puede tener un problema grave. No se puede pasar consulta sin intuición".

Historia clínica

Dejando aparte esa información "blanda" difícilmente registrable, la escritura y la imagen permiten sumar los resultados de entrevistas y exámenes de forma que se forme lo que llamamos historia clínica, en papel o electrónica; el caso es tener constancia del proceso de atención de forma que permita de nuevo tomar decisiones rápidas y acertadas

La historia clínica no es un "acta notarial" sino una síntesis para el seguimiento, para la continuidad (es continuidad el ligar los distintos actos de atención, por uno o varios profesionales) lo que se suma a la longitudinalidad.

La historia clínica es, en general y dado el carácter íntimo de la información que contiene, propiedad del paciente y, por delegación, de los profesionales.

La historia clínica en papel se introdujo en atención primaria en el Reino Unido, en el Servicio Nacional de Salud, como un simple sobre con el nombre del paciente para contener las notas y los resultados sobre la atención clínica, el “Lloyd' envelope”, que todavía se conserva en uso para las historias clínica en papel[cxviii]. En España se introdujo un sobre similar por la Seguridad Social, pero pensado sólo para los especialistas focales que trabajaban en los ambulatorios.

Con la reforma de 1984 se generalizó el uso de la historia clínica en papel, que además de uso clínico tuvo uso en gestión (por ejemplo, tomando muestras al azar para evaluar la gestión y asignar incentivos según el cumplimiento de objetivos pactados).

Historia clínica electrónica

Poco a poco se introdujo la historia clínica electrónica que finalmente se comparte con los hospitales, y es de esperar que algún día se pueda compartir información crítica en todo el sistema sanitario público, e incluso internacionalmente.

En este sentido, y pese a la Ley de Protección de Datos, es relativamente fácil que se "escape" información sensible, e incluso que (en la Comunidad de Madrid, por ejemplo) se facilite al sistema sanitario privado el acceso a las historias clínicas electrónicas públicas. En el Reino Unido se pretende la creación de una única historia clínica electrónica que compartan proveedores del sistema público y del privado[cxix].

En la reforma que proponemos esto sería casi imposible, al menos el acceso a toda la historia clínica electrónica pues sabemos que es útil compartir sólo el 5% del total (pero esto va contra el negocio de las empresas tecnológicas), y lo único que se compartiría sería, como hemos señalado, un "conjunto mínimo básico de datos", lo clave y suficiente tras cada consulta.

Con ello se puede hacer un uso no sincrónico del ordenador; es decir, tenerlo en la mesa durante la consulta pero cerrado y/o desconectado, sólo por si hay que acceder a algún dato o información, y abrirlo cuando se despide al paciente para el registro del conjunto mínimo básico de datos. Con ello es más sencillo “mirar a los ojos”, y explorar al paciente.

Nada impide, claro, el contrato de pantallas horizontales para escribir a mano sobre las mismas y evitar el teclado.

También se puede establecer un sistema de historia clínica en papel, siempre que se genere electrónicamente al cabo del día el conjunto mínimo básico de datos de todos los pacientes atendidos. Con ello se facilita la información crítica para compartir en el sistema sanitario (urgencias incluidas).

Autonomía en la selección de tecnología

El sistema de historia clínica electrónica y de gestión informática de la atención a los pacientes dependería de los equipos y de los pacientes, no de gestores ajenos al trabajo clínico, en todos los equipos de todos los modelos de contrato (A, B, C y D), y en todos los centros.

La historia clínica electrónica y el sistema de gestión tendrán por objetivo la mejora de la salud de pacientes/médicos/comunidades y el facilitar el trabajo profesional y la comunicación entre profesionales y pacientes, y a ese fin se adaptarán.

La electrónica y sus posibilidades

Para tener idea de las necesidades y posibilidades de la historia clínica aconsejamos la lectura de un texto nuestro. En el año 2000 una empresa nos encargó un informe sobre la historia clínica electrónica en atención primaria, y lo preparamos de forma que entendieran nuestro trabajo los ingenieros; el informe lo hicimos (no nos pagaron) y lo publicamos[cxx], y mucho de lo dicho entonces sirve ahora. Por ejemplo, que la historia de un paciente permita asociar la de sus familiares con un simple click, que el sistema haga predicciones de evolución clínica ajustadas a la situación y

problema, que genere alertas sobre el número de derivaciones a especialistas del mismo paciente, que llame la atención sobre cambios en el uso de los servicios (a veces es clave para estar pendiente de posibles problemas orgánicos como cáncer de nuevo diagnóstico, o sociales, como acoso en la escuela o en el trabajo), etc.

En todo caso, la historia clínica electrónica tiene que facilitar la respuesta a cuestiones clínicas simples como poder siempre y con un simple vistazo y click:

1. Conocer los problemas activos (agudos y crónicos) del paciente,
2. Saber la medicación actual del paciente (medicamentos prescritos, uso de terapias alternativas, etc),
3. Listar los problemas y cuestiones pendientes por resolver,
4. Agrupar miembros de la misma familia/que compartan domicilio para tener una visión del grupo familiar y
5. Introducir en cada problema activo de cada paciente los nuevos conocimientos científicos publicados que puedan ayudar a que el profesional decida si, por consecuencia, cambia algo en la situación concreta.

La pantalla y el teclado del ordenador no son más importantes que los ojos de los pacientes (y familiares)

Ya hemos comentado sobre el uso no sincrónico del ordenador. La historia clínica electrónica no tiene porqué ser "el centro" de forma que ni siquiera se mira a los ojos al pacientes en muchas consultas españolas, de medicina y de enfermería, pues la pantalla del ordenador es absorbente. Absorbente en todos los sentidos, también respecto al lenguaje profesional no verbal que es clave en la atención clínica.

En Suecia, de siempre, los médicos cuentan con ordenador e historia clínica electrónica pero la utilizan antes y después de ver al paciente, no "durante" el encuentro, salvo que sea imprescindible.

Del teléfono como nueva tecnología hasta febrero de 2020 a la negación de la atención presencial desde marzo de 2020

En atención clínica hay encuentros directos (cara a cara, se puede tocar y oler al paciente, en la consulta o el domicilio) y encuentros indirectos (por tercera persona, por carta, por teléfono, por correo electrónico, por whatsapp, por videconferencia, etc).

En la reforma que proponemos (teniendo en cuenta los resultados[cxxi] del SIAP de Oxford, en 2012), la atención clínica directa debería reservarse para los casos complejos y para los pacientes nuevos. En general, lo apropiado es desplazar servicios de atención clínica directa a la comunidad, especialmente a pacientes crónicos a domicilio (incluyendo en situación final de la vida).

La atención clínica indirecta es clave para hacer fluida la atención, y en su caso permitir la asincronía. Por ejemplo, responder a mensajes electrónicos no urgentes cuando es conveniente a largo del día, tras ser priorizados por la administrativa.

Curiosamente, el encuentro indirecto por teléfono era casi “nueva tecnología” hasta febrero de 2020, lo mismo en Brasil que en España. Con la respuesta a la pandemia covid19, se dio un vuelco, convirtiendo los encuentros indirectos telefónicos en la norma. Y en la actualidad, todavía es difícil conseguir encuentros presenciales “a tiempo” con el profesional de cabecera; es decir, en menos de 48 horas.

Sigue siendo imposible el acceso telefónico “fuera de hora laboral”, por ejemplo en la atención a los pacientes terminales. En este caso, si hay complicaciones, es terrible para la familia no tener acceso telefónico a los profesionales “de referencia”, en la jerga burocrática, y tener que recurrir a servicios de emergencia. Con ello se rompe la longitudinalidad y por eso en la reforma ponemos énfasis en la atención a domicilio, especialmente en pacientes en situación final, las 24 horas del día, los 365 días del año.

Nosotros mismos hemos ejercido trabajando en solitario y en los “equipos”, en la "Seguridad Social", dando nuestro teléfono a la familia de pacientes terminales en domicilio, y yendo a sus casas incluso en festivo o de madrugada en días laborables. Si hemos atendido a lo largo de nuestros 40 años clínicos a unos 250 pacientes cada uno, podemos decir que contamos con los dedos de las manos las veces en que han llamado y tenido que ir de madrugada y/o en festivo [hecho sin ningún pago ni reconocimiento de la Administración, sólo el aprecio de pacientes y familias, y la profesionalidad].

Insistimos, para conseguir longitudinalidad se precisa accesibilidad, en encuentros directos e indirectos, además de gran capacidad de resolución de problemas y coordinación eficaz al trabajar como consultores los especialistas focales.

11ª pregunta

Precisamos gestores en Atención Primaria, pero ¿como comisarios políticos, del partido político en el poder?

Precisamos gestores, pero no comisarios políticos.

Mesogestión necesaria

Entre los gestores hay de todo, como entre los demás profesionales sanitarios, pero es comprensible la animadversión general de los clínicos contra los gestores, dado el daño que han hecho y hacen los

gestores impresentables que carecen de formación y cumplen funciones de comisarios políticos.
Por aclarar, aceptamos la clásica división respecto a gestión en:

1. macrogestión, que es a alto nivel político, europeo, estatal o autonómico,
2. mesogestión, la gestión de organizaciones y centros sanitarios, de mayor o mejor complejidad y tamaño con énfasis en el impacto en salud y en la equidad, que tiene por objetivo el conseguir ajustar recursos a necesidades de forma eficiente, y
3. microgestión, la que realiza el profesional en el trabajo diario al asignar recursos a los pacientes atendidos (siendo los recursos más valiosos el propio tiempo profesional y la derivación a la atención especializada focal).

Desde luego, los gestores son necesarios en el sentido de que hay toda una ciencia de la gestión que enseña a "cuadrar" las necesidades de las poblaciones con los recursos del sistema sanitario, y en eso los profesionales sanitarios podemos tener opinión pero carecemos de formación.
La macro y mesogestión determinan el “contexto” y el marco de trabajo (recursos, normas y regulaciones); es decir, condicionan en mucho la microgestión pues los profesionales sanitarios se mueven en este contexto y marco que determina sus posibilidades y limitaciones. Así, los recursos, normas y regulaciones pueden promover o limitar actividades concretas. Por ejemplo, que la enfermera de primaria ponga DIU, o que el psiquiatra del centro de salud mental haga avisos a domicilio, o que las guardias hospitalarias no sean de 24 horas, o que la farmacéutica de la oficina de farmacia sea parte de la atención a domicilio de un equipo de contrato tipo C o D. Etc.

Ni comisarios ni delegados políticos

La complejidad de la gestión bien hecha implica reconocer que para llevar, por ejemplo, la atención primaria en Barcelona, o en Madrid, sea bueno abrir un concurso internacional de forma que puedan competir por el puesto gente con formación del mundo entero, capaz de llevar a cabo las líneas políticas que se le marquen pero sin la obediencia servil que vemos tantas veces en los gestores "nombrados a dedo".
En España, lo que sobreabunda hasta ser habitual es la presencia de gestores en el sentido de "comisarios políticos" y delegados del partido en el poder, que ejecutan las instrucciones sin pensar y que en muchos casos carecen de formación específica suficiente. No necesitamos a estos "comisarios políticos" que se hacen llamar gerentes y trabajan para el político de turno careciendo de formación y estando sobrados de servilismo.
A veces, incluso son médicos incapaces para la clínica que se refugian en la gestión pese a no tener formación ni profesionalidad. En otros casos son líderes clínicos que no convienen al poder político como tales y a los que se “premia” con un trabajo gestor donde pierden su aureola profesional y su liderazgo.

En general, la mesogestión sanitaria suele depender de profesionales con escasa formación en gestión sanitaria. De ninguna manera se plantea, por ejemplo, hacer una convocatoria pública nacional, no ya internacional, para la plaza de gerente del hospital La Fe en Valencia (España).

Con el triunfo de un nuevo poder político suele llegar una granizada helada, dura y habitualmente sin méritos de nuevos gestores. En muchos casos son médicos que “temen” la consulta y a los pacientes y tienen un nombramiento político con los objetivos de la reducción del coste a todo coste y la consecución de votos también a todo coste. Conocen poco o nada sobre “less is more”, “choosing wisely”, “overdiagnosis” y otros movimientos internacionales de uso racional de la medicina, de respuesta apropiada en campos manifiestamente mejorables (uso de imágenes, de antibióticos, de medicamentos para el dolor, de guías y protocolos, de cribados, etc).

Estos gestores delegados políticos duran mientras dura el apoyo político; suelen venir de la nada y a la nada volver. Pero dañan mientras son gestores, pues sólo brillan en tanto se sostienen en el cargo, obedeciendo a quienes los nombraron[cxxii].

No a los profesionales sanitarios como gestores sanitarios

A veces tenemos buenos gestores médicos. Sirva el ejemplo del ya citado Josep Casajuana, durante un tiempo gerente en Barcelona, que llegó a implantar un incentivo por no pedir el PSA (promoviendo así la racionalidad en la "detección precoz del cáncer de próstata"). O el caso de Olga Pané, también citada, que siendo gerente de Costa del Ponent (Cataluña) implantó un incentivo para "premiar" a los especialistas focales que actuasen de consultores (vaya, que no se quedasen con los pacientes derivados/encaminados para hacerse así una clientela facilona, una demanda inducida de baja complejidad que es la que suele llenar las salas de espera de las consultas hospitalarias y ambulatorias de los especialistas focales).

Pero en general, ni médicos, ni enfermeras ni otros profesionales sanitarios son buenos gestores, entre otras cosas porque tienden a ver a pacientes en su situación clínica, y no en el conjunto del sistema y sus posibilidades. Es un poco como los pediatras y las vacunas, que son perjudiciales respecto a su uso racional porque tienden a sobrevalorar el impacto clínico olvidando el impacto poblacional.

El colmo es cuando la gestión se "ha concedido" como premio a buenos clínicos, que dejan de ser líderes clínicos para convertirse en malos gestores. Es una pérdida irreparable, y de hecho en España ha sido muy frecuente y por ello se generado un gran vacío de liderazgo clínico (liderazgo clínico que no tiene nada que ver con los KOL, “key opinion leader”, que promocionan las industrias). Son líderes clínicos esos médicos que uno elegiría para que atendiera a un paciente a sabiendas de que es un caso/situación de gran complejidad. Conviene dar relevancia a los líderes clínicos mientras siguen en la clínica, no destruirlos convirtiéndolos en malos gestores.

Gestores profesionales

La gestión sanitaria es demasiado compleja para dejarla en manos de los profesionales clínicos, pero al tiempo los clínicos deberían contar con gestores profesionales que facilitasen su labor clínica, que es una tarea esencial de los gestores.

De facto, siempre hemos echado de menos cosas tan sencillas como que los gestores de primaria "se dieran una vuelta" de vez en cuando, sin ceremonia ni prosopopeya, por nuestras humildes consultas y centros de salud, que un día cada tanto vinieran a tomar café con nosotros, en nuestro ambiente, para que pudieran tener idea del impacto de, por ejemplo, los "protoculos" que inundan la primaria (llegaron a su apoteosis en 2020, durante la pandemia covid19, además en general en formato PDF lo que dificultaba su comparación) o del desastre del sistema informático y de las historias clínicas electrónicas diseñadas para la gestión, no para la clínica, o del impacto de la desconfianza de los gestores respecto a los profesionales sanitarios.

Precisamos gestores que ayuden a los profesionales a dar lo mejor, por tener medios y organización que faciliten su labor, por ejemplo, facilitando la cooperación de la primaria con la hospitalaria, y de lo sanitario con lo social.

Nuestra propuesta

Nuestra propuesta es:

1. la profesionalización de la gestión, seleccionando a los mejores en procesos transparentes que pueden estar abiertos a competencia internacional cuando los recursos a administrar requieran dotes especiales,
2. el estrecho contacto entre gestores y clínicos para que la salud de pacientes-familias-comunidades sea un objetivo común y se potencie la equidad (más a quien más precisa, y lo mismo a quienes necesitan igual), a ser posible compartiendo presupuesto capitativo,
3. la coordinación fluida entre niveles y sectores, tarea clave de la gestión y
4. el rendimiento de cuentas, la transparencia y la consecución de los objetivos en salud y equidad.

Gestores que ayudan, ejemplos

Por supuesto, la gestión debería facilitar el trabajo que promovemos, de contratos tipo A, B, C y D. Al cabo, la mayoría de las decisiones sobre la consecución de objetivos concretos en salud versan sobre servicios siendo esencial definir quién, dónde y cuándo debe prestarlos, y en ello es básica la ayuda de la gestión.

Por ejemplo para definir el “mix” apropiado de actividades profesionales: ¿qué debe/puede hacer

una médica, enfermera, farmacéutica, trabajadora social, auxiliar de clínica, administrativa ante qué situación, con qué medios tecnológicos, a qué pacientes y poblaciones, dónde y cuándo? ¿cómo lograrlo en la práctica?. A partir de ahí, deberían articularse los procesos para conseguir los objetivos previstos y evaluar el desempeño del sistema en su cumplimiento. Para ello se necesita información y conocimiento, pero también colaboración y compromiso de los gestores con los clínicos (que al cabo llevan al terreno los cambios y mejoras; sin su efectiva cooperación las cosas se vuelven difíciles, por no decir directamente imposibles).

Unidad de inteligencia

La gestión puede contar con una pequeña “unidad de inteligencia” que difunda “perlas” para la mejora de la atención clínica.

Así, si las Revisiones Cochrane han demostrado la utilidad de las gotas para el cerumen y la cera de los conductos auditivos y recomiendan su uso[cxxiii], la unidad de inteligencia difunde electrónicamente tal conocimiento, si es posible ligado a las consultas en que los datos mínimos básicos recogen como problema atendido “cera en los oídos” y/o “tapón de cerumen”.

En otro ejemplo, se ha demostrado que los pacientes de clase baja cambian menos su conducta tras el diagnóstico de enfermedad crónica[cxxiv] por lo que su salud no mejora como cabría esperar, y entonces la unidad de inteligencia advierte y propone mejoras en cada caso particular tras un nuevo diagnóstico de enfermedad crónica sobre las dificultades extras del paciente dado su nivel socioeconómico.

La unidad de inteligencia revisaría la lista anual de la revista Prescrire de "no prescribir aunque esté comercializado"[cxxv] y la introduciría apropiadamente en las historias clínicas electrónicas señalando en cada caso el uso del medicamento incluido en la lista en cada paciente concreto, para que el profesional sea advertido de la irracionalidad de persistir en esa medicación.

En la pandemica covid19, año 2020

Para hacernos una idea global, por ejemplo, este gerente hubiera promovido intensificar la formación continuada, las visitas a domicilio y la salud comunitaria por los profesionales a su "cargo" durante la pandemia covid19 en el año 2020, como por ejemplo se hizo en soledad por excelentes equipos en el centro de salud de Almanjáyar (Granada), Camarenilla y Arcicólllar (Toledo), Cudilleros (Asturies), Daroca (Madrid)[cxxvi] y El Gancho (Zaragoza) sin que nadie les haya reconocido el valor de tal organización[cxxvii],[cxxviii],[cxxix],,[cxxx].

Este gerente también tiene por objetivo la mejora conjunta de la calidad de las prácticas sanitarias, de la atención primaria y de la hospitalaria, puesto que el presupuesto es capitativo. Por ello, por ejemplo, difundiría los estudios que demuestran el daño sin beneficio de las pruebas preoperatorias

rutinarias[cxxxi] y lograría un consenso para anularlas.
Necesitamos gerentes, pero gerentes que ayuden a mejorar la clínica para hacer individualmente atractivo lo socialmente conveniente[cxxxii].

12ª pregunta
¿Habría muchos profesionales sanitarios que se atrevieran a dejar de ahogarse en la piscina y pasar a respirar libremente en alta mar?

Sí, suficientes para la fase experimental.

Hay lugar para el optimismo

Muchísimos profesionales son pesimistas respecto a ninguna posibilidad de cambio real, y la mayoría se conforma con los cambios cosméticos que ahondan el pozo, como "35 pacientes por día: la cifra 'mágica' para desatascar la crisis de la atención primaria[cxxxiii]".
Sin embargo, en realidad resultan más atractivos los cambios de fondo en busca de autonomía y satisfacción laboral; así, en un estudio internacional a médicos de familia españoles emigrados, la mitad volvería a España si mejorasen las condiciones de trabajo[cxxxiv].
Creemos que en el corazón dañado de muchos profesionales, incluso destruidos como personas, quedan rescoldos suficientes como para avivar la llama si alguien sopla con sentido común clínico de forma que empiecen a pensar en un cambio posible, en una mejora alcanzable. Por ello somos optimistas y aún sabiendo que hay poco o nada de pensamiento autónomo y que hay muchos profesionales que ya ni siquiera se les ocurre que pueda haber alternativas a la piscina en que nadan y se ahogan a diario, una propuesta sólida y coherente puede ayudarles a creer en sí mismos, en su capacidad y en su ilusión inicial cuando pensaron en estudiar y trabajar en Ciencias de la Salud y en primaria.
Muchos profesionales creyeron en el "Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en el Siglo XXI[cxxxv]" del Ministerio de Sanidad, o a nivel local en el Marco similar de la Comunidad Valenciana, e incluso en el "plan urgente y a corto plazo" de la SEMFYC e iniciativas similares de la Asociación para la Defensa de la Salud Pública, todos ellos planes plagados de buenas intenciones en que se expresa qué se desea pero no se salen del "marco" de la reforma de 1984, y así no se va a ninguna parte.

Tres situaciones

Por conocimiento personal de la situación nosotros también estimamos que más de la mitad de los

profesionales se sumarían a una iniciativa de reforma, sobre todo si es flexible. Recordemos que nuestra propuesta es triple (con la idea de potenciar especialmente la innovación de todos las opciones, "las mil flores" de Mao para poder comparar). Sería raro que no hubieran una mayoría de profesionales que apoyasen el cambio si se hace con profesionalidad y respeto, como hemos propuesto:

1. probablemente se sumaría la gran mayoría de los profesionales a la mejora de los centros de salud actuales aprendiendo de aquellos centros que ya lo hacen bien; no hay nada que perder. Todo sigue igual pero se van introduciendo cambios que mejoran el ambiente laboral y el trabajo con los pacientes, además del estimulante “estar en contacto con lo mejor de España”,
2. en los centros actuales que ya lo hacen bien (“lo mejor de España”) es seguro contar casi con todos los profesionales ya que se trata de dar visibilidad a su trabajo (muchas veces ignorado y no reconocido), y de favorecer su liderazgo y su estructura. Para ello, mejorar la buena práctica con presupuesto, material, formación, apoyo organizativo, elección de sistema de información, etc, para que lleven sus propios centros "más allá", a prestar servicios de atención primaria fuerte, con independencia, profesionalidad y responsabilidad, con valores y ética, con rendimiento de cuentas, facilitando la innovación, la experimentación, la longitudinalidad, la capacidad resolutiva y el poder coordinador, midiendo su impacto con indicadores apropiados de atención primaria (no de "enfermedad a enfermedad"),
3. no sería difícil establecer un programa piloto estatal de 50 equipos con profesionales de primaria (médicas de familia/generales, enfermeras, matronas, auxiliares de clínica, administrativas, trabajadoras sociales) que quieran empezar a ser profesionales independientes y que trabajen según el modelos de países como Dinamarca, Noruega y Países Bajos. Es decir, pago por capitación, lista de pacientes, monopolio del primer contacto, base poblacional, gran oferta de servicios (desde poner DIUs en la consulta a la atención paliativa y eutanasia a domicilio), que trasladen gran parte de la atención desde la cómoda consulta a la comunidad, por ejemplo a los domicilios de pacientes crónicos inmovilizados, que pongan fácil la atención a distancia (especialmente para pacientes conocidos), etc. Con incentivos apropiados que fomenten la longitudinalidad y el hacerse cargo de la población las 24 horas del día los 365 días del año a través del trabajo cooperativo, y limitando el papel de los especialistas focales a sólo consultores. Con horarios de mañana y tarde, con accesibilidad y capacidad de resolución[cxxxvi].

¿Dónde encontrar profesionales para salir de la piscina?

Para participar en esta tercera modalidad se puede contar con profesionales que ya estén trabajando en el sistema nacional de salud, que procedan de la práctica privada o del paro, que retornen del extranjero e incluso que estén jubilados (si la expectativa de vida es de al menos tres años). A tener en cuenta, como ya comentamos, que algún equipo de "lo mejor de España" podría optar por aceptar en bloque la propuesta de contratos tipo C y D. Pensamos, por ejemplo en el centro de salud del Besòs (Barcelona).

Como hemos comentado, en todos los casos la selección se haría por currículo y entrevista, siendo clave una orientación humanista y tener especialización en atención primaria (o poder acreditar sólida experiencia de trabajo en atención primaria). Es decir, no se valorarían como mérito ni la investigación ni las publicaciones sino cuestiones básicas como, por ejemplo, optimismo prudente, capacidad de trabajo en equipo, formación en humanidades y dominio de idiomas (especialmente los locales, como el catalán en Girona, y los de la población atendida como el urdú en el Raval de Barcelona).

El objetivo es contratar profesionales

1. capaces de comprometerse con pacientes/familias/comunidades,
2. competentes (con formación, conocimiento y experiencia para ofrecer servicios precisos en el punto de atención) y
3. que acepten el rendimiento de cuentas como parte esencial de su trabajo.

Este proceso de selección sería transparente, con audiciones abiertas,

Bastaría con 50 médicas, 150 enfermeras, 100 auxiliares de clínica, 50 administrativos y 50 trabajadoras sociales, y mejor si no se concentran en exceso geográficamente sino dispersos por la España plural, urbana y rural. Sería clave, claro, una dirección y gestión que lo fuera de verdad, excepcional, para aunar clínica, docencia e investigación con el seguimiento continuo de la experiencia.

Es probable que hubiera suficiente participación y apoyo de profesionales a la propuesta de reforma a la europea y renacentista.

13ª pregunta

¿Qué incentivos podrían llevar a ayudar a elegir la elección de alta mar?

Ayudarían sobre todo incentivos trascendentes e intrínsecos, pero también monetarios y de reconocimiento (motivación extrínseca).

La desmotivación

Como escribieron Juan Simó y Nuria Chinchilla[cxxxvii]: “Analicemos el caso de un médico de familia que trabaja en un centro de salud y que se siente cercado por su situación laboral: no sólo no se siente comprometido con la organización, sino que, sintiéndose alienado por la misma, también se propone abandonarla, pero por circunstancias del entorno su opción de ruptura con la organización no es factible: (“*¿Renunciar a una interinidad? ¡Ni hablar! No está el horno laboral ni familiar para bollos de ese estilo. Tengo dos hijos pequeños y estoy pagando la hipoteca del piso. Además, a dónde voy a ir, si en todos los centros de salud ocurre más o menos lo mismo”*). Nos encontramos con un profesional con un vínculo de sujeción o atadura con la organización. Aunque existen sentimientos negativos hacia la misma, la motivación por motivos extrínsecos sigue siendo mayor que la motivación a abandonarla. En consecuencia, se involucrará en menor medida en el desempeño del labor (el mínimo que le asegure el mantenimiento de su puesto de trabajo), lo cual redundará, sin duda, en un mayor coste para la organización en baja productividad. Un profesional desmotivado no se identifica con ninguno, o escasamente con alguno/s, de los objetivos reales de la organización”.

La motivación

Los profesionales sanitarios hacen un trabajo encomiable, muy apreciado socialmente. Pero entre lo que “producen” y lo que podrían “producir” hay un gran margen, un abismo, que no se rellena fácilmente. De hecho, se calcula que pasan 17 años entre la demostración del beneficio de una iniciativa sanitaria y su introducción rutinaria en la clínica (y esto sólo lo consigue en 1 de cada 5 de dichas iniciativas)[cxxxviii]. ¿Cómo salvar este abismo entre la eficacia y la efectividad, cómo mejorar la calidad así valorada?

Lo que “gobierna” el trabajo de los profesionales es el sufrimiento del paciente[cxxxix] y por ello son clave los incentivos “afectivos” (trascendentes en general) del tipo de saber que lo que hacemos es realmente útil porque estamos ayudando a satisfacer necesidades ciertas de personas y familias que sufren.

Son también importantes los incentivos intrínsecos, de satisfacción con el trabajo bien hecho, ese “amor al paciente y al oficio de atender” que hemos tratado a propósito de la formación de los estudiantes de ciencias de la salud.

Los incentivos intrínsecos facilitan disminuir la brecha que separa la eficacia de la eficiencia y además ayudan a evitar el “quemarse en el trabajo”. Así, por ejemplo, en el control sereno de la incertidumbre y de la complejidad el médico se juega el mejor resultado de la salud del paciente pero también su propio bienestar (está demostrado que a peor control profesional de la incertidumbre clínica mayor riesgo de “burn-out”, de quemarse, y de malestar personal)[cxl].

Los incentivos extrínsecos son aquellas recompensas materiales que recibe la persona como

consecuencia de pertenecer a una organización (salario fijo o variable, en moneda o en especie), aunque también pueden ser no materiales (reconocimiento o alabanzas derivadas de un trabajo bien hecho, el prestigio profesional que suponga pertenecer a esa organización, etc)[cxli].

Incentivos en la práctica

Damos por supuesto que todos los profesionales están dispuestos a aceptar alguna de las tres alternativas que proponemos, y resumimos:

1/ seguir trabajando en los centros de salud como hasta ahora, introduciendo apropiadamente las mejoras que sean pertinentes, que se deduzcan del análisis de los centros que se demuestren pueden ser ejemplo,

2/ seguir trabajando en los centros de salud que sean ejemplo (benchmarking), analizando los porqués y cómos de su éxito, ayudar a extrapolar y difundir las razones de sus logros, cooperar en las mejoras de los centros y profesionales de la opción 1, introducir cambios y mejoras en sus propios centros,

3/ incorporarse a los nuevos equipos con 5.000 pacientes de lista/cupo, con profesionales independientes que contratan con el Sistema Nacional de Salud para ofrecer cuidados gratuitos en el punto de atención, en un proyecto piloto, con un compromiso de al menos 3 años.

¿Por qué hacerlo mejor en general y por qué incorporarse a la tercera opción? Básicamente por:

- apoyo gerencial,
- autonomía,
- calidad clínica (estrechamiento de la brecha que separa la efectividad de la eficacia),
- compromiso político (en el buen sentido de la palabra) y social,
- contribución a una experiencia de esplendor en atención primaria
- cumplimiento de metas percibidas habitualmente como imposibles,
- dignidad,
- disfrute del oficio (el “cuidarse” bien entendido, desde el trabajo),
- entorno laboral agradable,
- impacto positivo en salud de pacientes, familias y comunidad,
- independencia,
- prestigio,
- profesionalidad,
- reconocimiento,
- remuneración,
- reto intelectual,

- satisfacción personal,
- trabajo en equipo

Es decir, por motivos intrínsecos y trascendentes pero también extrínsecos, tipo reconocimiento y remuneración. Remuneración, que recordamos en el caso de la tercera opción:

- La médica, trabajo de médica-médica, casos muy complejos en consulta y en domicilio, (pago de 10.000 euros mensuales netos, más guardias).
- 3 enfermeras, una con formación de matrona, haciendo lo que hoy hace la médica (pago de 4.000 euros mensuales netos, más guardias).
- 2 auxiliares de clínica haciendo lo que hoy hace la enfermera (pago de 2.500 euros mensuales netos).
- 1 administrativa (pago de 2.000 euros mensuales netos), que sea polifuncional como en los centros de salud de los Países Bajos.
- 1 trabajadora social (pago 4.000 euros netos mensuales) resolviendo problemas sociales que apoyen y en su caso eviten la intervención médica).

Finura en los incentivos

Lo habitual son los incentivos grosso modo, como la capitación que promueve una "cultura" de la salud y no de la enfermedad pues a más salud de la lista de pacientes menos trabajo por los mismos ingresos. Naturalmente, hay que evitar el descremado de la lista, como rechazar a pacientes crónicos a domicilio, o de clase socioeconómica baja.

También hay que "corregir" o "ponderar" la capitación según carga de enfermedad, penosidad, ruralidad, edad, etc. Por ejemplo, no es lo mismo una "cabeza" de universitario urbano treinteañero sano y con trabajo que una "cabeza" de viudo rural pobre con diabetes y parkinson, por poner un ejemplo.

Por otra parte, los incentivos monetarios pueden utilizarse temporalmente para recompensar actividades importantes y poco deseadas por los profesionales, hasta que se vuelvan rutinarias. Por ejemplo, el seguimiento del paciente terminal a domicilio hasta incluso el momento final de firmar el certificado de defunción (momento final que suele dar pie a una especial consulta sagrada). También para estimular la localización de los pacientes del cupo que no hayan acudido en los últimos cinco años, o nunca, que suelen ser los que más precisan la atención sanitaria. O para fomentar la participación en la atención a pacientes que viven en la calle.

Los incentivos de prestigio pueden utilizarse también selectivamente, por ejemplo para fomentar actividades comunes formativas con los especialistas focales de "la cartera de equipo" (aquellos a los que se derivan los pacientes) en que sean los profesionales de primaria los que lleven el peso de su desarrollo.

Respecto a la atención clínica, plantear y analizar el éxito en la seguridad entendida como que el 100% los pacientes que lo precisan son tratados adecuadamente y la eficiencia como que el 100% de pacientes que no lo precisan no reciben ningún tratamiento innecesario. Y ello con énfasis por clase social para fomentar la equidad.

El fomento general de la calidad, como ya hemos comentado, se basará en el seguimiento de indicadores clínicos tipo

1. porcentaje de cánceres diagnosticados en urgencias hospitalarias,
2. el uso de fenoximetilpenicilina,
3. resistencias bacterianas en orina,
4. consultas e ingresos de pacientes diabéticos por urgencias debidos a hipoglucemias,
5. uso prolongado de psicofármacos (incluyendo opiáceos),
6. adaptaciòn para la atención a minorías (prostitutas, dependientes drogas por vía parenteral, discapacitados varios, sin techo, analfabetos, variedad sexual, etc),
7. calidad de las derivaciones a especialistas focales (por ejemplo, porcentaje de pacientes derivados a salud mental sin problemas de salud mental),
8. calidad de la atención a la muerte, de los cuidados paliativos a domicilio,
9. capacidad para la vida independiente de sus pacientes mayores de 80 años, y
10. atención a “pacientes simulados” tanto con problemas agudos (por ejemplo prurito en paciente que trae la policía, detenido) como crónicos (por ejemplo, crisis de asma en adolescente que acompaña un profesor del instituto).

14ª pregunta

¿Qué resistencias encontraríamos contra la innovación en Atención Primaria que lleve a un modelo de compromiso, dignidad, profesionalidad y responsabilidad?

Encontraríamos muchas resistencias y desde múltiples frentes.

Entre los profesionales sanitarios

Por parte de los profesionales sanitarios, la resistencia básica sería el miedo a la libertad y a la inseguridad.

No es fácil el cambio, el salir de la seguridad de lo cómodo y sabido, y de lo aprendido (en mucho no se aprende “atención primaria” sino atención primaria en un “centro de salud”). En el centro de salud es fácil mantenerse "a flote en la piscina", sin llamar la atención y sin hacer mucho ruido, sólo cumplir con la rutina y el dejarse llevar, un poco en plan zombi, pensando en “cuidarse” con

actividades vespertinas sin relación con la sanidad ni con el trabajo bien hecho. En muchos centros de salud “muerto se vive muy bien”.

Tal actitud, además, cuadra con la general de "la cultura de la queja" y de echar la culpa de todo a los demás, especialmente a pacientes y gerentes.

Ya se sabe que mágicamente todo se resolverá el día que se dedique a primaria el 25% del presupuesto sanitario, haya máximo 35 pacientes al día, los avisos a domicilio dependan de equipos especializados, los crónicos a domicilio también, no haya lista de espera para los especialistas focales, los de paliativo se hagan cargo de todos los terminales, la burocracia desaparezca, la lista de pacientes sea de 1,000 (o menos), etc. Entonces y sólo entonces, “podré trabajar bien”.

En un nuevo centro de salud de cuyo nombre no queremos acordarnos, del área 4 de Madrid, todo estaba perfectamente organizado para la apertura del mismo pero cuando empezó el trabajo los profesionales escribieron en el boletín que difundían: "Todo funcionaría bien si no hubiera pacientes" (porque los pacientes incumplían citas y protocolos, no se curaban, no tenían estilos de vida saludables, etc). Se deduce: “Con pacientes perfectos la atención primaria sería perfecta”.

Además, muchos médicos de familia no tienen formación en organización de servicios, no conocen otros sistemas sanitarios que el propio, creen que todos los centros de salud son como los españoles y si pueden elegir prefieren el trabajo en las urgencias hospitalarias (votan con los pies contra tales centros, o se adaptan y los aceptan como son, sin muchas ganas de cambio).

Esperamos que las resistencias no sean frontales y quizá sean mayores de médicos que de enfermeras (las especialistas en atención primaria seguro que lo apoyarían), también quizá se podría contar más fácilmente con administrativas, auxiliares de enfermería y trabajadoras sociales.

El envejecimiento de los profesionales en activo no es, en principio ningún problema pues, contra los prejuicios, por ejemplo, el médico mayor suele tener más facilidad que el médico joven para innovar en la delegación de poder y "ceder" áreas y traspasarlas a otro personal[cxlii].

En todo caso, nuestra propuesta de reforma a la europea es un torpedo en la línea de flotación de los intereses creados en torno a la reforma de 1984 como, por ejemplo, el conglomerado que se beneficia de las OPEs, Ofertas Públicas de Empleo, en que se valoran pocos méritos clínicos, y mucha basura en forma de cursos y demás, y mucha antigüedad (en el estilo de lo peor del Ejército, de progresión por el simple paso del tiempo).

Asociaciones varias

Los sindicatos "de clase", tipo CCOO y UGT, probablemente verían la reforma a la europea como una privatización encubierta, y para difundir la idea contraria habría que insistir en los modelos de otros países con provisión privada en primaria y sistema sanitario fuerte.

Por no decir que tales sindicatos apoyan privatizaciones de hecho al sostener las Mutualidades y el

consiguiente “two tier system” privilegiado, ya comentado, además de la desgravación en los convenios de las empresas para descontar del pago de impuestos los gastos de contratos con aseguradoras sanitarias privadas.

Cabría implicar a estos sindicatos en el diseño e implementación de la reforma a la europea, por ejemplo, destacando la visión global que incluye la salud laboral como parte de la atención integral. O que puede ayudar a cumplir la Ley General de Sanidad, de 1986, al negociar con las mutuas colaboradoras de la Seguridad Social para dar cobertura a accidentes y enfermedades profesionales.

Se trata de defender el sistema sanitario público de cobertura universal, que se está perdiendo con los actuales centros de salud, cada vez más desacreditados y que están llevando a que una creciente población "vote con los pies" (más del 25%, unos 12 millones de personas) y se pase a la privada[cxliii].

Los sindicatos de profesionales, tipo AMYTS (médicos), SATSE (enfermeras) y demás, quizá no se opusieran frontalmente y sería posible la cooperación.

Las asociaciones "científicas" como SEMFYC, SEMERGEN, SEMG, SESPAS (salud pública), AES (economía de la salud), etc podrían colaborar en algún caso, si se convencen de que es una alternativa a explorar y que el proyecto piloto en sí es algo experimental, a investigar. Tampoco sería difícil que estas asociaciones científicas participasen en el propio desarrollo de la experiencia.

Los colegios de médicos, enfermería y demás, son imprevisibles pero habría que intentar su participación.

Respecto a las asociaciones de pacientes y de vecinos, las que tengan que ver con sindicatos y partidos políticos, quizá apoyen sin más las de "derechas" pero se pueden sumar las de "izquierdas" si somos capaces de explicar las ventajas para pacientes/familias/comunidades y, sobre todo, si se fomenta su participación en todo el proyecto. Aquellas asociaciones de pacientes dependientes de las industrias pueden plantear una oposición frontal si dichas industrias recelan de tal reforma a la europea.

El poder político

Desde la "izquierda" quizá se viera el proceso como privatización sin más, y por ello opción a combatir.

Desde la "derecha" quizá se viera como proceso de pérdida de control y por ello opción a combatir.

Ambos grupos se fían poco de los profesionales sanitarios y están cómodos con el sistema actual autoritario de los centros de salud, un estilo de "ordeno y mando" caro a la izquierda y que además (para la derecha) está cumpliendo la fea tarea de empujar a la gente a la privada.

Para superar ambos rechazos, de nuevo la implicación en el proyecto, escuchando críticas e incorporando ideas, y sobre todo insistir en el carácter experimental de la experiencia. Quizá se

podría “vender” bien como "innovación", palabra que a nuestros polìticos les suele encandilar.
El problema de fondo es que los políticos son meras marionetas en estas “economías de mercado” y que los sistemas sanitarios públicos de cobertura universal están bajo la mira de los grandes capitales[cxliv]. Ven un negocio multimillonario, una tarta inmensa y casi infinita, en la transformación de los mismos hasta perder su carácter universal, copiando el modelo sanitario de Estados Unidos. Hay que recordar que Estados Unidos es el único país desarrollado que carece de un sistema sanitario público y es el más gasta en sanidad y el que peor salud tiene[cxlv].
Es decir, Estados Unidos “paga” la carencia de un sistema sanitario público de cobertura universal con el mayor gasto en sanidad del mundo (el doble que los países desarrollados) y con los peores resultados en salud (comparado con naciones también ricas). De hecho, la expectativa de vida al nacer es menor en Estados Unidos que en Albania[cxlvi].
Cada año, unos 650.000 estadounidenses van a la bancarrota (se arruinan ellos, o sus familias tras su muerte) por los gastos de enfermedades, muchos (el 60%) pese a tener seguros privados[cxlvii]. Estados Unidos es un desastre sanitario, con una mortalidad materna de 45 por 100.000[cxlviii] (en España es de 5).
Promover el modelo sanitario de Estados Unidos logrará un mercado y negocio inmenso pero tendrá un altísimo coste en salud individual y poblacional.

Industrias

La industria podría estar muy recelosa con la iniciativa, porque la profesionalidad implica relaciones éticas (lo mejor, ninguna relación).
En el contexto internacional, por ejemplo, España es un paraíso de influencia de las industrias farmacéuticas en los médicos, con un gasto casi seis veces mayor que en Suecia[cxlix].
No obstante, claramente la reforma a la europea pone en las manos de los profesionales de primaria mucha tecnología, de diagnóstico y terapéutica, incluyendo medicamentos, de forma que sería fácil lograr un trato neutral (que no esté la industria en contra activamente).
Cabe esperar que se sumen profesionales, asociaciones, políticos e industrias para promover una alternativa que permita el ejercicio en alta mar y el añadir calidad de vida a las vidas de pacientes, familias, comunidades y poblaciones.

15ª pregunta

¿Cómo encajar una propuesta de respirar libremente en alta mar en el conjunto de una sociedad capitalista y consumista?

Un poco de historia

El Equipo CESCA empezó sus trabajos iniciales en 1980 pero se fundó como grupo con intención de investigación y docencia en 1982, con fecha fija. El nombre lo pusimos en 1984, al recibir por primera vez financiación pública para el proyecto de investigación CESCA (Correlación entre las Entradas y Salidas de la Consulta Ambulatoria)[cl].

¿Por qué la fecha fija de su fundación? Porque el jueves 18 de noviembre de 1982, en la sesión de constitución del Congreso de Diputados se eligió como uno de los secretarios a Ciriaco de Vicente[cli]. Ciriaco de Vicente era un inspector de trabajo (economista y abogado) del PSOE (partido que ganó esas elecciones por abrumadora mayoría, también con nuestros votos) al que se veía como futuro ministro de sanidad, pero su nombramiento como secretario lo eliminaba para tal (luego el partido le premió por su obediencia con un puesto de consejero en el Tribunal de Cuentas).

Aquello fue indicio para nosotros de que no había que esperar nada de nada "desde arriba" y así fue, con la reforma de 1984 de buen ejemplo.

Con fecha 18 de noviembre de 1982 decidimos que había que recluirse en el trabajo pequeño y aislado, construir un oasis y esperar a que hubiera otros oasis para ir creando una red de profesionales que pensaran a la europea y fueran poniendo las bases para ello mediante investigación y docencia.

Y aquí estamos, más de cuarenta años después, apenas cuatro miembros supervivientes y activos del Equipo CESCA, a sabiendas de que la política de los partidos políticos va por otro lado, el de esta lenta destrucción de lo público, el de incluso ningunear a centros de salud “de éxito” ("modelos", ya citados algunos varias veces).

Somos inasequibles al desaliento, perdedores de largo recorrido[clii] que creemos en casi todos nuestros compañeros, en muchos gestores y hasta incluso en algunos políticos.

Pornoprevención

Las políticas sanitarias que todo lo prometen alimentan con gasolina el incendio de la creencia en una Medicina omnipotente capaz de prevenir y en su caso resolver con una píldora o intervención quirúrgica cualquier problema. Es la creencia en una prevención y promoción de la salud que todo lo puede evitar, lo que llamamos “pornoprevención”[cliii] (término introducido por Vicente Verdú).

Es la aspiración a la juventud eterna, o al menos a no morir, o morir con 1.000 años (como se difundió en un periódico "serio")[cliv]. Es la vivencia en un mundo casi mágico, especialmente iluminado por la genética que se promete con contraseña para prever todo mal.

No es extraño que siendo la Humanidad más sana de la Historia nos sintamos mal por no conseguir la “salud perfecta”, y que especialmente en España se resuelvan los problemas con psicofármacos. Por ello somos el país del mundo que consume más tranquilizantes[clv].

El daño de una medicina sin control que vende “cuanto más, mejor”

Repetimos, el lema de la reforma a la europea es “máxima calidad, mínima cantidad, tan cerca del domicilio del paciente como sea conveniente, por el profesional adecuado y en el momento apropiado” pues en medicina cuanto menos, mejor, como reflejan los movimientos “less is more”[clvi] y “choosing wisely”[clvii].

Por ejemplo, son inútiles los chequeos (reconocimientos generales, laborales, ginecológicos, infantiles, “de salud”, etc). Además, inician “cascadas” diagnósticas y terapéuticas que pueden producir graves daños[clviii]. En este grupo de evaluaciones médicas preventivas entra el conjunto de pruebas preoperatorias, que provocan más daños que beneficios y sin embargo son parte de la rutina antes de toda intervención quirúrgica[clix].

Cuesta creerlo, pero es cierto: los cribados de cáncer no disminuyen las muertes[clx]. A cambio provocan daños; por ejemplo, crean un ejército de supervivientes que se someten a tratamientos y seguimientos y creen vivir por haber sido curados de un cáncer (que nunca les hubiera matado). Como ya hemos señalado, en el caso de las mamografías en Estados Unidos, se calcula que en las últimas tres décadas han dejado como supervivientes en falso a 1,3 millones de mujeres[clxi].

Es también buen ejemplo del daño que provoca la medicina sin límites, la epidemia de sillas de rueda que ha provocado y provoca la medicalización del dolor de espalda. Al considerarlo un problema médico se justifican intervenciones varias que en cascadas diagnósticas y terapéuticas acaban provocando discapacidad y minusvalía, el uso necesario de la silla de ruedas por consecuencia de las intervenciones médicas. Esta cuestión no es de hoy, el artículo clásico al respecto es de 1987[clxii], pero la iatrogenia es permanente y llega hasta la actualidad.

Para entender esta cuestión general del dolor conviene tener presente que el dolor tiene componentes biopsicosociales que son fundamentales para entenderlo. La medicina sin control ofrece la posibilidad de “Vivir sin Dolor”, pero 1/ no lo consigue y 2/ sus efectos adversos con invalidantes, y a veces mortales[clxiii].

La “venta” de la reforma a la europea

La propuesta de profesionales independientes en la reforma a la europea puede encajar con el deseo social de contar con “un médico personal” (como ya existe un “entrenador personal”, o el “personal shopper”) que ayude a disfrutar de la vida, con escasas y oportunas intervenciones sanitarias que faciliten eso justo, disfrutar de la vida a pesar de las adversidades, del sufrimiento y de la perspectiva de la muerte.

Es una atención sanitaria que:

1. se "mida" menos por indicadores de enfermedad (indicadores típicos de los especialistas

focales) y empiece a "medir" más con indicadores globales típicos de la atención primaria como ese simple disfrute de la vida (participar en un huerto comunitario, por ejemplo), o con el capacidad de actividades de la vida diaria (independencia para la higiene corporal y mental en mayores de 80 años, por ejemplo),

2. con el control del total de medicación para que se tienda a un máximo de 4 medicamentos con independencia de la edad y cronicidad,
3. con una orientación tipo #siapFloripa[clxiv] en que la multimorbilidad se considere y atienda en todas sus vertientes, biológica, psíquica, espiritual y social,
4. en que los pacientes/familias/comunidades participen en las evaluaciones de la actividad sanitaria y
5. con introducción de las éticas de la negativa y de la ignorancia en la práctica cotidiana.

Se trata de proteger a los pacientes de los daños de una medicina de excesos en una sociedad capitalista consumista. Y no es sólo de los excesos de los especialista focales, también de la salud como negocio.

Para hacernos idea, lo que promueve en el Reino Unido la cadena de supermercados Tesco: pruebas de auto-diagnóstico, como si fueran patatas o helados: prueba de sangre en heces, determinación de la hormona TSH (la que estimula al tiroides), vitamina D, ferritina, microalbuminuria, etc[clxv].

Cada vez es más urgente una reforma a la europea que facilite la consecución de objetivos en salud personales y poblacionales al tiempo que permita el desarrollo espléndido de las profesiones sanitarias de la atención primaria. Una reforma que facilite la práctica clínica con ciencia, conciencia y coraje.

i Este texto resume la charla-diálogo celebrada el 28 de marzo de 2020 sobre cómo salir del marasmo de la situación de la Atención Primaria, con propuestas de futuro. Se puede seguir la ponencia y el diálogo (45 minutos más 45 minutos) en:
https://www.youtube.com/watch?v=nC2FSkERbZE
La sesión tuvo el trabajo previo de tres semanas de debate virtual, por correo electrónico, con 103 participantes inscritos en un Grupo Google que se creó para prepararla. Cada día se fueron contestando una de las 15 preguntas que van al final del texto que sirvió como base para el debate:
https://saludineroap.blogspot.com/2023/03/atencion-primaria-dialogo-y-sesion-zoom.html
En esos días de debate escrito se compartió bibliografía que justificaba y explicaba las propuestas, y que permitió críticas, contrarréplicas y propuestas alternativas de los participantes, en un intercambio vivísimo.
Este texto resume todo el proceso y por ello agradecemos a los participantes sus comentarios, cuestiones y críticas pues nos ayudaron a pensar y a mejorar las ideas.

ii Orientación a la atención primaria: la oportunidad que ninguna sociedad puede perder
http://lagestioimporta.cat/arees/orientacion-a-la-atencion-primaria-la-oportunidad-que-ninguna-sociedad-puede-perder/?lang=es

iii "No descansaré hasta conseguir que el médico lleve alpargatas"
https://www.redaccionmedica.com/bisturi/-no-descansare-hasta-conseguir-que-el-medico-lleve-alpargatas--9543

iv Evaluación de la Reforma Sanitaria: Marcos teóricos previos. VII Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública. Situación actual y perspectivas de la Reforma Sanitaria. VII Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública, FADSP

v La reforma de la atención primaria en España, una propuesta pragmática
http://equipocesca.org/la-reforma-de-la-atencion-primaria-en-espana-una-propuesta-pragmatica/

vi Análisis crítico y personal de la reforma psocialista de la atención primaria en España
http://equipocesca.org/analisis-critico-y-personal-de-la-reforma-psocialista-de-la-atencion-primaria-en-espana/

vii Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general/de familia. Aspectos clínicos y de salud pública. Informe SESPAS 2012
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003360

viii Veinte años de reforma de la atención primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error
http://equipocesca.org/veinte-anos-de-reforma-de-la-atencion-primaria-en-espana-valoracion-para-un-aprendizaje-por-aciertoerror/

ix Un grupo de profesionales canarios creó hace 30 años el primer centro de salud de España
https://www.europapress.es/islas-canarias/noticia-grupo-profesionales-canarios-creo-hace-30-anos-primer-centro-salud-espana-20061202120002.html

x La Conferencia de Salud de Canarias: Instrumento de planificación estratégica y participativa para la gobernanza democrática de los sistemas sanitarios. José J. O´Shanahan Juan
https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=154528

xi La reforma y el liberalismo
https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-reforma-el-neoliberalismo-14561?referer=buscador

xii Evaluación de resultados publicados de la reforma de la Atención Primaria en España (1984-2004)
https://repositorio.uam.es/handle/10486/3138

xiii Problemas acuciantes en atención primaria
https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-problemas-acuciantes-atencion-primaria-13021824?referer=buscador

xiv El fracaso de la reforma sanitaria
http://equipocesca.org/el-fracaso-de-la-reforma-sanitaria/
xv La Atención Primaria española en los albores del siglo XXI. Debate entre Borrell y Gené y Gérvas y Pérez Fernández.
http://equipocesca.org/la-atencion-primaria-espanola-en-los-albores-del-siglo-xxi/
xviSacred secrets broken. Threats to the confidentiality of medical records. The case of Osabide, the centralized data base of Osakidetza (Basque Health Service) in Spain.
http://equipocesca.org/sacred-secrets-broken-threats-to-the-confidentiality-of-medical-records-the-case-of-osabide-the-centralized-data-base-of-osakidetza-basque-health-service-in-spain/
xviiLa atención primaria y sus características
https://udsalamancaeir.com/2021/05/31/la-atencion-primaria-y-sus-caracteristicas/
xviii Prevención: 10 principios en prevención, 10 (1)
https://www.espaciosanitario.com/opinion/el-mirador/prevencion-10-principios-en-prevencion-10-1_1168570_102.html
xixEducational level and mortality from infectious diseases
https://jech.bmj.com/content/56/9/682
xx Efficacy of infant simulator programmes to prevent teenage pregnancy: a school-based cluster randomised controlled trial in Western Australia
https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30384-1/fulltext
xxi Problemas éticos en las relaciones entre el centro de salud de atención primaria y la comunidad.
http://equipocesca.org/resumenes-de-las-ponencias-en-el-seminario-sobre-etica-de-las-pequenas-cosas-celebrado-en-toledo-en-su-fase-presencial-los-dias-9-y-10-de-junio-de-2022/
xxii ¿Qué es el PACAP?
https://pacap.net/que-es-el-pacap/
xxiii Prevención de la población al paciente y viceversa. ¿Es la prevención una función de la atención primaria?
http://equipocesca.org/prevencion-de-la-poblacion-al-paciente-y-viceversa-es-la-prevencion-una-funcion-de-la-atencion-primaria/
xxivFactores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual"
https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-factores-riesgo-una-nada-inocente-14974
xxvThe concept of prevention: a good idea gone astray?
http://equipocesca.org/the-concept-of-prevention-a-good-idea-gone-astray/
xxvi Is clinical prevention better than cure?
http://equipocesca.org/is-clinical-prevention-better-than-cure/
xxvii El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil https://www.scielo.br/j/rbepid/a/k6r6JQqsNxBTnfRyVTnDKKM/?lang=es
xxviii In defence of a National Sickness Service
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1764107/
xxix Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence
https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1206809
xxx Clinical prevention: patients´ fear and the doctor' s guilt
http://equipocesca.org/en/clinical-prevention-patients%c2%b4-fear-and-the-doctor-s-guilt/
xxxi Prevention and clinical complexity
http://equipocesca.org/en/2008-seminars-innovation-primary-care-prevention-and-clinical-complexity/
xxxii L'obsession de la santé parfaite
https://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/2855
xxxiii Health, perception versus observation)
https://www.bmj.com/content/324/7342/860
xxxiv Are interventions for low-income groups effective in changing healthy eating, physical activity and smoking behaviours? A systematic review and meta-analysis

https://bmjopen.bmj.com/content/4/11/e006046
xxxv La relación entre la situación socioeconómica y los cambios de comportamiento tras el diagnóstico de una enfermedad crónica.
https://www.semfyc.es/gdt-inequidades-salud-hemos-leido-lance-socioeconomic-status/ https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(22)00162-1/fulltext
xxxvi 'Abusuarios', los pacientes de los que algunos médicos se quejan en Twitter
https://www.ortopediasilvio.com/blog/abusuarios-los-pacientes-de-los-que-algunos-medicos-se-quejan-en-twitter/

xxxvii PAPPS Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud
https://papps.es/
xxxviii ¿Prevención? ¡Precaución!
http://equipocesca.org/prevencion-precaucion/
xxxix Medicina Armónica
http://e-spacio.uned.es/fez/view/bibliuned:500576
xl Five year survival rates can mislead
https://www.bmj.com/content/346/bmj.f548
xli Implementing High-Quality Primary Care Rebuilding the Foundation of Health Care https://nap.nationalacademies.org/catalog/25983/implementing-high-quality-primary-care-rebuilding-the-foundation-of-health
xlii Atención primaria en España. Dónde estamos y adónde queremos llegar.
http://equipocesca.org/atencion-primaria-en-espana-donde-estamos-y-a-donde-queremos-ir/
xliii Cómo mejorar el sistema sanitario (con atención primaria fuerte)
https://www.espaciosanitario.com/opinion/el-mirador/como-mejorar-el-sistema-sanitario-con-atencion-primaria-fuerte_1312647_102.html
xliv Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo http://equipocesca.org/atencion-primaria-fuerte-fundamento-clinico-epidemiologico-y-social-en-los-paises-desarrollados-y-en-desarrollo/
xlv El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil
https://www.scielo.br/j/rbepid/a/k6r6JQqsNxBTnfRyVTnDKKM/?lang=es
xlviEl día a día de un médico de cabecera
http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2009/01/012015-el-dia-a-dia-de-un-medico-de-cabecera.pdf
xlvii Emerging health technologie
https://www.health.govt.nz/system/files/documents/pages/technology_advice_-_tech_enabled_gp_service_v0.11_-_web.pdf
xlviiiNo, no va de visitas
https://rafabravo.blog/2023/03/24/no-no-va-de-visitas/
xlix La frecuencia de las enfermedades atendidas y su relación con el mantenimiento de la destreza del médico de familia
https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-frecuencia-enfermedades-atendidas-su-14796
l Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria
http://equipocesca.org/fundamentos-y-eficiencia-de-la-atencion-medica-primaria/
li La clave para mejorar la clínica: más calidad con el mínimo de cantidad https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-medica-bilbao-316-pdf-S0304485806745231
lii En busca de la eficiencia. Dejar de hacer para hacer
https://www.aificc.cat/wp-content/uploads/2018/12/9-20161112150930_fmc-dejar-de-hacer-casajuana.pdf
liii Translating Clinical Research into Clinical Practice: Impact of Using Prediction Rules To Make Decisions
https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-144-3-200602070-00009

liv La docencia en un centro de salud no docente
http://equipocesca.org/la-docencia-en-un-centro-de-salud-no-docente/
lv CEVIME centro vasco de información de medicamentos. Boletín INFAC
https://www.euskadi.eus/informacion/boletin-infac/web01-a2cevime/es/
lvi Pourquoi Prescrire?
https://www.prescrire.org/Fr/12/32/0/0/About.aspx
lvii Minimum data set in General Practice: definitions and coding http://equipocesca.org/minimum-data-set-in-general-practice-definitions-and-coding/
lviii La renovación de la Atención Primaria desde la consulta http://equipocesca.org/la-renovacion-de-la-atencion-primaria-desde-la-consulta/
lix A fuerza de no hacer nada, el hacer algo se convierte en sospechoso. O la medicina del aplauso
https://rafabravo.blog/2023/03/26/a-fuerza-de-no-hacer-nada-el-hacer-algo-se-convierte-en-sospechoso-o-la-medicina-del-aplauso/
lx ¿Por qué los médicos generales holandeses son tan felices?
https://gerentedemediado.blogspot.com/2016/01/por-que-los-medicos-generales.html?m=1

lxi Un día en la consulta con Lorenzo Arribas
http://saludineroap.blogspot.com/2020/02/un-dia-en-la-consulta-con-lorenzo.html
lxii Es importante responder adecuadamente a las necesidades de los pacientes en su domicilio https://www.medicosypacientes.com/articulo/dr-juan-gervases-importante-responder-adecuadamente-las-necesidades-de-los-pacientes-en-su
lxiii Covid 19 Hospitals – Back to the Future
https://www.cebm.net/covid-19/covid-19-hospitals-back-to-the-future/
lxiv The hospital of the future
https://www.youtube.com/watch?v=YlpYdLh0N58
lxvPero, ¿tienes formación y valores para trabajar en sanidad?
https://www.espaciosanitario.com/opinion/el-mirador/pero-tienes-formacion-valores-trabajar-en-sanidad_2005275_102.html
lxviUna necesidad: el médico que se entrega a su profesión y a sus pacientes
https://www.espaciosanitario.com/opinion/el-mirador/una-necesidad-el-medico-que-se-entrega-a-su-profesion-y-a-sus-pacientes_1051552_102.html
lxvii Aprendizaje basado en problemas (ABP) en educación médica: sugerencias para ser un tutor efectivo https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-aprendizaje-basado-problemas-abp-educacion-X2007505712427376
lxviii A Revolution in its Own Right: How Maastricht University Reinvented Problem-Based Learning https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2452301118302232
lxixArte, ciencia, compasión, compromiso, filosofía, práctica clínica y solidaridad en salud mental https://www.espaciosanitario.com/opinion/el-mirador/arte-ciencia-compasion-compromiso-filosofia-practica-clinica-solidaridad-en-salud-mental_2003342_102.html
lxxReflexiones sobre la deshumanización de la educación médica: empatía, emociones y posibles recursos pedagógicos para la educación afectiva del estudiante de medicina
https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-reflexiones-sobre-deshumanizacion-educacion-medica-S1575181317300141
lxxiMedical students become less empathic toward patients throughout medical school https://www.eurekalert.org/news-releases/879806
lxxii¿Cómo habéis aguantado tantos años, sin perder fuerzas y manteniendo la alegría? https://www.espaciosanitario.com/opinion/el-mirador/como-habeis-aguantado-tantos-anos-sin-perder-fuerzas-y-manteniendo-la-alegria_1535230_102.html
lxxiii¿Quiere buenos médicos? ¡Seleccione mejores estudiantes!
https://www.espaciosanitario.com/opinion/el-mirador/quiere-buenos-medicos-seleccione-mejores-estudiantes_1139682_102.html
lxxiv Accepting randomness in medical school admissions: The case for a lottery

https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0142159X.2020.1832206?journalCode=imte20
lxxv How Different Medical School Selection Processes Call upon Different Personality Characteristics https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4784968/
lxxvi Evitar las guardias MIR de 24h es posible en España en estos hospitales https://www.redaccionmedica.com/virico/noticias/evitar-las-guardias-medicas-de-24h-es-posible-en-espana-en-estos-hospitales-4703
lxxvii Por horas.
https://medicinewars.wordpress.com/2008/12/30/por-horas/

lxxviii La Medicina de Familia es para inteligentes. Un acercamiento a su complejidad
https://www.semfyc.es/lo-complejo-de-la-medicina-familiar-en-el-nuevo-editorial-de-la-revista-amf/
lxxix Entrevista Clínica. Manual de Estrategias prácticas
https://www.semfyc.es/biblioteca/entrevista-clinica-manual-de-estrategias-practicas/
lxxx Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. Editorial de la Revista Clínica de Medicina de Familia que mueve a la reflexión y a la acción.
://sano-y-salvo.blogspot.com/2022/06/longitudinalidad-en-atencion-primaria.html
lxxxi En general, en la actividad clínica menos es mejor, pero estudiantes, residentes y profesionales aprenden lo contrario.
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181322000535#bb0025
lxxxii Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre
https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-aventuras-desventuras-navegantes-solitarios-el-13071916
lxxxiii Supply and distribution of family physicians
http://equipocesca.org/supply-and-distribution-of-family-physicians/
lxxxiv Geographic distribution of doctors
https://www.oecd-ilibrary.org/geographic-distribution-of-doctors_5jfksz1z49lw.pdf
lxxxv Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses
https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/historico/OECD1.pdf
lxxxvi Reflexiones y propuestas sobre cómo ser médico general-de familia y no perecer en el esfuerzo
http://saludineroap.blogspot.com/2019/09/reflexiones-y-propuestas-sobre-como-ser.html
lxxxvii Brotes cataclísmicos
https://elpais.com/diario/2000/10/01/opinion/970351209_850215.html
lxxxviii Un médico de cabecera con 5.000 pacientes. O con 1
https://www.espaciosanitario.com/opinion/el-mirador/medico-cabecera-con-5000-pacientes-con-1_2004752_102.html
lxxxix GPs with special interests: unanswered questions
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2169316/
xc Using general practitioners with an extended role in spinal practice for the initial assessment of patients referred to spinal surgeons: preliminary experience and challenges
https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/article/using-general-practitioners-with-an-extended-role-in-spinal-practice-for-the-initial-assessment-of-patients-referred-to-spinal-surgeons-preliminary-experience-and-challenges/296617F2F08026065F180B7B6091425E
xci Family Medicine should encourage its clinicians to subspecialize: negative position.
http://equipocesca.org/family-medicine-should-encourage-its-clinicians-to-subspecialize-negative-position/
xcii The Paradox of Primary Care
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2713149/
xciii La paradoja de la atención primaria
https://gerentedemediado.blogspot.com/2017/04/la-paradoja-de-la-atencion-primaria.html

xciv A fuerza de no hacer nada, el hacer algo se convierte en sospechoso. O la Medicina del aplauso https://rafabravo.blog/2023/03/26/a-fuerza-de-no-hacer-nada-el-hacer-algo-se-convierte-en-sospechoso-o-la-medicina-del-aplauso/
xcv Nuevos perfiles profesionales: tiempo para la reflexión https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-nuevos-perfiles-profesionales-tiempo-reflexion-S0212656723000124
xcvi Fragmentación de la atención. Macro-centros con micro-especialistas. https://www.espaciosanitario.com/opinion/el-mirador/fragmentacion-de-la-atencion-macro-centros-con-micro-especialistas_1248305_102.html
xcvii Plan "urgente y a corto plazo" de la semFYC con 60 medidas para bajar la presión asistencial en AP https://www.univadis.es/viewarticle/60-medidas-para-bajar-la-presi%25C3%25B3n-asistencial-en-2023a10005fg?s1=news
xcviii Repasar la historia de la Atención Primaria para aprender de los aciertos y errores https://fadsp.es/repasar-la-historia-de-la-atencion-primaria-para-aprender-de-los-aciertos-y-errores/
xcix Tracing the Early Origins of Community Health Centres *https://www.ifchc.org/tracing-the-early-origins-of-community-health-centres/*
c We Can Do Better — Improving the Health of the American People https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa073350#t=article
ci De "eternamente femenina" a "eternamente sana" (con la terapia hormonal sustitutiva). Una historia médica para no dormir. http://saludineroap.blogspot.com/2019/10/de-eternamente-femenina-eternamente-sana.html
cii Hormone Therapy for the Primary Prevention of Chronic Conditions in Postmenopausal PersonsUS Preventive Services Task Force Recommendation Statement https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2797867
ciii Gains in Life Expectancy from Medical Interventions — Standardizing Data on Outcomes https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199808063390606
civ Continuous confusion? https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.70.2.117
cv Los sistemas de registro en la atención primaria de salud https://www.casadellibro.com/libro-sistemas-de-registro-en-la-atencion-primaria-de-salud/9788486251673/348954
cvi SALUD EN EL GANCHO: Salud comunitaria en el barrio del Gancho de Zaragoza. https://saludenelgancho.blogspot.com/
cvii The intellectual basis of Family Medicine revisited https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3880440
cviii Todos especialistas (1). Especialista en Medicina de Familia. Estados Unidos https://www.espaciosanitario.com/opinion/el-mirador/todos-especialistas-1-especialista-en-medicina-de-familia-estados-unidos_1347686_102.html
cix The family in family medicine revisited, again http://go.galegroup.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA16025503&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=fulltext&issn=00943509&p=AONE&sw=w&authCount=1&isAnonymousEntry=true
cx General practice in England today. A reconnaissance. https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(50)90473-9/fulltext
cxi Todos especialistas (2). Especialista en Medicina General. Reino Unido https://www.espaciosanitario.com/opinion/el-mirador/todos-especialistas-2-especialista-en-medicina-general-reino-unido_1347689_102.html
cxii El médico de cabecera en un nuevo sistema sanitario. Barcelona: Fontanella/Laia; 1980. https://rampoines.com/general/23401-el-medico-de-cabecera-en-un-nuevo-sistema-sanitario.html
cxiii El deterioro de la atención primaria. https://www.infolibre.es/politica/crisis-atencion-primaria-empuja-sistema-despilfarro-privatizacion_1_1458545.html

cxivTodos especialistas (3). Ser Polifemo o ser Ulises. España
https://www.espaciosanitario.com/opinion/el-mirador/todos-especialistas-3-ser-polifemo-o-ser-ulises-espana_1347696_102.html
cxvThe practitioner
https://www.thepractitioner.co.uk/
cxvi "Domicilios, distribución de funciones y tecnologías".
http://equipocesca.org/innovacion-en-la-prestacion-de-servicios-a-domicilio-en-atencion-primaria-distribucion-de-funciones-y-tecnologias-resumen-del-seminario-de-innovacion-septiembre-de-2013/
cxvii Gut feelings in the diagnostic process of Spanish family physicians
https://t.co/075AlvdKEc

cxviii Lloyd George envelopes for paper patient records
https://pcse.england.nhs.uk/help/gp-record-movement/lloyd-george-envelopes-for-paper-patient-records/
cxix New report recommends sharing private healthcare data with NHS to boost safety for patients
https://digital.nhs.uk/news/2022/new-report-recommends-sharing-private-healthcare-data-with-nhs-to-boost-safety-for-patients
cxx La historia clínica electrónica en atención primaria. Fundamento clínico, teórico y práctico.
http://equipocesca.org/la-historia-clinica-electronica-en-atencion-primaria-fundamento-clinico-teorico-y-practico/
cxxi What role for primary health care in modern health service provision?
http://equipocesca.org/en/what-role-for-primary-health-care-in-modern-health-service-provision-seminar-of-innovation-in-primary-care-madrid-spain-22nd-september-2012/
cxxii Sana gestión sanitaria que sana
https://www.espaciosanitario.com/opinion/el-mirador/sana-gestion-sanitaria-que-sana_1257087_102.html
cxxiii Ear drops to remove earwax: a quick look
https://www.evidentlycochrane.net/ear-drops-to-remove-earwax-what-works/
cxxiv La relación entre la situación socioeconómica y los cambios de comportamiento tras el diagnóstico de una enfermedad crónica.
https://www.semfyc.es/gdt-inequidades-salud-hemos-leido-lance-socioeconomic-status/
cxxv Médicaments à écarter pour mieux soigner. 2023
https://www.prescrire.org/Fr/202/1834/55640/0/PositionDetails.aspx
cxxvi Organización de la práctica de la atención en el medio urbano
https://covid19siap.wordpress.com/organizacion-de-la-practica-de-la-atencion-en-el-medio-urbano/
cxxvii En tiempos de pandemia dejar de hacer para hacer más y mejor las cosas. El caso del centro de salud de Almanjáyar (Granada, España)
https://covid19siap.wordpress.com/en-tiempos-de-pandemia-dejar-de-hacer-para-hacer-mas-y-mejor-las-cosas/
cxxviii Ante la pandemia, el trabajo en el centro de salud fuera del centro de salud. El caso de Camarenilla y Arcicólllar (Toledo) https://covid19siap.wordpress.com/ante-la-pandemia-el-trabajo-del-centro-de-salud-fuera-del-centro-de-salud/
cxxix De cómo hay margen de mejora para la autonomía dentro de los protocolos. El caso de Cudilleros (Asturies) https://covid19siap.wordpress.com/de-como-hay-margen-de-mejora-para-la-autonomia-dentro-de-los-protocolos/
cxxx En la pandemia, como siempre, a tejer comunidad. El caso del Centro de Salud San Pablo (Zaragoza, España)
https://covid19siap.wordpress.com/en-la-pandemia-como-siempre-a-tejer-comunidad-el-caso-del-centro-de-salud-san-pablo-zaragoza-espana/

cxxxi Preoperative Medical Consultation—Time to Reevaluate a Questionable Process
https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2802806

cxxxii Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000400013
cxxxiii 35 pacientes por día: la cifra 'mágica' para desatascar la crisis de la atención primaria https://elpais.com/sociedad/2023-02-01/35-pacientes-por-dia-la-cifra-magica-para-desatascar-la-crisis-de-la-atencion-primaria.html
cxxxiv Half of GPs trained in Spain willing to return if working conditions improve https://www.amsterdamumc.org/en/spotlight/half-of-gps-trained-in-spain-willing-to-return-if-working-conditions-improve-.htm
cxxxv Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en el siglo XXI. (Proyecto AP-21) https://www.sanidad.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf
cxxxvi La Atención Primaria en 2015, a los diez años de describirla http://saludineroap.blogspot.com/2015/04/la-atencion-primaria-en-2015-los-diez.html
cxxxvii Motivación y médicos de familia (II) https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-motivacion-medicos-familia-ii--13023744
cxxxviii It Takes an Average of 17 Years for Evidence to Change Practice—the Burgeoning Field of Implementation Science Seeks to Speed Things Up Chasm might be a better word to describe the gap between research and practice. https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2803716
cxxxix Gobierno clínico de la clínica diaria http://equipocesca.org/gobierno-clinico-de-la-clinica-diaria/
cxl Factors Associated with Physician Tolerance of Uncertainty: an Observational Study. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8074695/
cxli Motivación y carrera profesional en medicina de familia. Motivación y médicos de familia (I) https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-motivacion-carrera-profesional-medicina-familia--13021826
cxlii Task shifting from general practitioners to practice assistants and nurses in primary care: a cross-sectional survey in 34 countries https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9532851/
cxliii La sanidad privada presta servicio a doce millones de españoles, un 4,34% más que en 2021 https://www.eleconomista.es/salud/noticias/12189032/03/23/La-sanidad-privada-presta-servicio-a-doce-millones-de-espanoles-un-434-mas-que-en-2021.html
cxliv A ticking time bomb': healthcare under threat across western Europe https://www.theguardian.com/society/2022/dec/14/a-ticking-time-bomb-healthcare-under-threat-across-western-europe
cxlv U.S. Health Care from a Global Perspective, 2022: Accelerating Spending, Worsening Outcomes https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2023/jan/us-health-care-global-perspective-2022
cxlvi Life expectancy at birth, total (years) - World Bank Data https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN
cxlvii Under #ACA, Medical Bankruptcy Continues https://amjmed.org/under-aca-medical-bankruptcy-continues/
cxlviii Pregnancy-related deaths spiked for second consecutive year during COVID-19 https://www.eurekalert.org/news-releases/983068
cxlix Pharmaceutical industry self-regulation and non-transparency: country and company level analysis of payments to healthcare professionals in seven European countries https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851021001135
cl Equipo CESCA http://equipocesca.org/equipo_cesca/
cli SESION CONSTITUTIVA celebrada el jueves, 18 de noviembre de 1982 https://www.congreso.es/public_oficiales/L2/CONG/DS/PL/PL_001.PDF

clii Perdedores de largo recorrido
https://www.espaciosanitario.com/opinion/el-mirador/perdedores-de-largo-recorrido_1393582_102.html
cliii Pornoprevención
https://elpais.com/diario/2003/01/03/sociedad/1041548405_850215.html
cliv Pensar que podemos vivir 1.000 años es una cifra conservadora
https://elpais.com/elpais/2016/10/13/ciencia/1476353983_661713.html
clv España es el país del mundo con mayor consumo de tranquilizantes
https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2023/03/15/64116ee9fc6c83d9608b45c0.html
clvi The Next Frontier of Less Is More— From Description to Implementation
https://vbidhealth.com/wp-content/uploads/2021/12/jamainternal_latifi_2021_ed_210021_1637247663.29316.pdf
clvii Choosing wisely
https://www.choosingwisely.org/
clviii ¿Chequeos? No. Son inútiles
https://www.espaciosanitario.com/opinion/el-mirador/chequeos-no-son-inutiles_1303121_102.html
clix Preoperative Medical Consultation—Time to Reevaluate a Questionable Process
https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2802806
clx Why cancer screening has never been shown to “save lives”—and what we can do about it
https://www.bmj.com/content/352/bmj.h6080
clxi Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence
https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1206809
clxii A new clinical model for the treatment of low-back pain
https://journals.lww.com/spinejournal/Abstract/1987/09000/1987_Volvo_Award_in_Clinical_Sciences__A_New.2.aspx
clxiii ¿Es contagioso el dolor de espalda. Sí, claro. El dolor se contagia
https://www.espaciosanitario.com/opinion/el-mirador/es-contagioso-el-dolor-de-espalda-si-claro-el-dolor-se-contagia_1468012_102.html
clxiv SIAP Florianópolis Abril 2023 Multimorbilidad biológica, psicológica, espiritual y social
https://siapfloripa.wordpress.com/programa/
clxv GP workload warning as Tesco starts selling at-home testing range
https://www.pulsetoday.co.uk/news/clinical-areas/womens-health/gp-workload-warning-as-tesco-starts-selling-at-home-testing-range/?utm_source=newsletter&utm_medium=newsletter&utm_campaign=pulsedailyamnewsletter