



REGISTRO DE SALUD Nº 1507
 COPIA DE LA DA

14 SET. 1998
 DE LA SEGURIDAD SOCIAL
 TERCERA ESPECIALIDAD
 DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA
 MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMOS

MEDICO SOLICITANTE:
 Dr. H. Vázquez

Documentos semFYC



ENTRADA
 12 ENE 1998
 SANIDAD
 ALBES 23 ABNIA

85261676-34

Elementos perversos en la práctica del médico de familia



ELEMENTOS PERVERSOS EN LA PRACTICA DIARIA DEL MEDICO DE FAMILIA

Sevilla, Mayo - 1.994

Documento semFYC nº 3

*Las locuras, raramente se dan
en los individuos, pero es normal
en grupos, naciones y épocas*

**Más allá del bien y del mal
F. NIETZSCHE**

**SERA LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD
UNA LOCURA COLECTIVA?
O, QUIZAS, ESTARA PLAGADA DE PERVERSIONES
PREVENIBLES O SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO?**

GRUPO DE TRABAJO DE LA semFYC

*Carlos Almendro Padilla
Antonio Cabrera de León
José Manuel Iglesias Clemente
Miguel Muñoz Alamo
Pilar Orozco López
M. Angeles Ortiz Camúñez
Albert Planes Magriñá
Ramón Veras Castro*

*Este documento ha sido impreso
gracias a la colaboración de*

 **Schering Plough, S. A.**

INTRODUCCION 5

1. ELEMENTOS PERVERSOS DEL ENTORNO SOCIAL

1.1.- El entorno social 6

1.2.- La política sanitaria 7

1.3.- El modelo de APS 8

2. RELACIONES CON OTROS NIVELES

2.1.- Relaciones con otros niveles asistenciales 8

2.2.- Relaciones con niveles de gestión 13

3. LA ZONA BASICA DE SALUD

3.1.- Características de la ZBS 14

3.2.- Estructura, arquitectura y recursos humanos 16

3.3.- Organización del centro 17

3.4.- Entorno de trabajo: ruidos e interferencias 20

3.5.- El trabajo en equipo 24

4. LOS PROFESIONALES

4.1.- Una situación cambiante 27

4.2.- Situación laboral en la empresa 28

4.3.- Competencia profesional 29

4.4.- La ética profesional 30

5. INVESTIGACION Y DOCENCIA

5.1.- La actividad condiciona el deterioro 31

5.2.- Condicionadas por el trabajo en APS 33

5.3.- Como elementos perversos de la práctica 36

6. CONCLUSIONES 38

INTRODUCCION

El médico de familia, heredero del antiguo médico de cabecera, realiza su trabajo en el primer nivel de atención sanitaria, la Atención Primaria de Salud. Trabaja, por tanto, íntimamente relacionado con la población a la que atiende y, por tanto, no puede limitarse a prestar servicios a unas *personas* determinadas, sino que debe atender a estas personas en el marco de su entorno social: el núcleo familiar, el trabajo, la escuela..., el conjunto de redes sociales que acostumbramos a denominar *comunidad*. Esta situación le obliga a colaborar íntimamente, *en equipo*, con otro tipo de profesionales para obtener una atención globalizadora de las personas en su entorno.

Estas son, pues, tres características intrínsecas a los servicios que presta el médico de familia:

Atención dirigida a las personas, que no a las enfermedades.

Atención en el marco de una comunidad determinada.

Atención en equipo de trabajo multidisciplinar.

Podríamos resumir las funciones del médico de familia en:

- *Atención integral al enfermo, acompañada de información pertinente para facilitar la decisión del usuario sobre su salud.*
- *Atención preventiva y de promoción de la salud a toda la población.*
- *Coordinación de la atención prestada por otros niveles del sistema sanitario.*
- *Investigación y docencia.*

En este documento se tratan aquellos elementos relacionados con la práctica del médico de familia que le dificultan su trabajo. Les hemos denominado **elementos perversos**. Consideramos tanto los **elementos malignos**, indeseables, como los **efectos secundarios**, no totalmente evitables, de la propia práctica.

Hemos querido huir de una simple y estéril enumeración de quejas acerca de un entorno de trabajo desfavorable; así, nos hemos atrevido a proponer algunas vías de solución e incluso hemos abordado elementos perversos del propio médico o del equipo en el que trabaja.

Estamos convencidos de que la mejora de los servicios de Atención Primaria es la herramienta más eficiente para mejorar el conjunto de servicios sanitarios. Por ello, creemos que eliminar o paliar los *elementos perversos* que dificultan nuestro trabajo debería ser una tarea prioritaria tanto de los gestores como de los propios Equipos de Atención Primaria.

El reflejo de esta reflexión es este documento que estás leyendo. Hemos procurado redactarlo en una suave clave informal para evitar la perversión de ser pesados; esperamos no provocar la perversión de considerar la informalidad como banalidad...!.

1. ELEMENTOS PERVERSOS DEL ENTORNO

Los valores sociales condicionan el propio modelo de prestación de servicios sanitarios y pueden ser causantes de perversiones del mismo. O..., quizás la perversión está en la incapacidad de los servicios y los profesionales en adaptarse a los valores sociales...?.

1.1. EL ENTORNO SOCIAL

El desarrollo económico y tecnológico conduce a un reforzamiento de las actitudes individuales frente a las necesidades comunitarias. El individuo, cada vez más, busca al **mejor médico** para él y su familia, antes que a un buen salubrista para la comunidad. En nuestra sociedad predomina el interés por lo individual respecto a lo colectivo, por el resultado inmediato y tangible respecto a la previsión del futuro, por las apariencias respecto a los contenidos, y el culto por la sofisticación técnica respecto a la naturalidad humana.

En este entorno, nuestra sociedad se ha acostumbrado a delegar, en los profesionales, las responsabilidades personales para mantener la salud. La calidad se ha querido identificar con la especialización y las altas tecnologías. En un ejercicio de ciega y absurda confianza en la tecnología médica (los fármacos, los rayos, etc.) al que no somos, en absoluto, ajenos los propios profesionales, se obvian a menudo las raíces de los problemas y se abordan sus manifestaciones más aparentes. *"A ver si **usted** me puede quitar esta tos que tengo... Sí, debería dejar de fumar, pero... no puedo"*.

Es fácil comprender que este entorno social es especialmente perverso para la práctica del médico de familia tal y como la entendemos. Las personas a las que atendemos nos pedirán resolución rápida y eficiente de sus problemas de salud, usando todas las tecnologías a nuestro alcance, aún cuando resulten caras o peligrosas. *"Estoy preocupada por este dolor de cabeza, no **deberíamos** hacer un escáner?"*.

La sociedad valora mucho más la consecución de un único éxito individual, aunque resulte perecedero, si es suficientemente espectacular y novedoso. El cirujano subespecializado accederá frecuentemente a las primeras páginas de los medios de comunicación, por cada vida que prolongue gracias a la última técnica quirúrgica; el médico de familia rara vez accederá a ser noticia por muchos infartos de miocardio que ayude a evitar, usando la cotidiana tecnología de la educación y la prevención.

Esta situación es un *efecto secundario* de nuestra profesión (las actuaciones del médico de cabecera no suelen ser espectaculares) y un *elemento maligno* producido por la propia Administración sanitaria (crea imagen y favorece la publicidad de ciertos roles profesionales), los medios de comunicación (promueven divulgación tecnológica y pocas veces educan) y nuestra propia negligencia (rara vez nos promocionamos como hacen otros niveles sanitarios).

Las personas que atendemos dan una importancia relevante a la que llamamos **calidad aparente** (aquella que perciben). Valoran en gran manera el entorno

agradable, la relación con el profesional, los tiempos de espera y de consulta, etc. Incluso sin mejor calidad técnica, los profesionales, y los centros, que cuidan estos aspectos suelen ser mejor valorados. Este aspecto debe ser tenido en cuenta, aún evitando la perversión que supondría cuidar tan sólo la calidad aparente de la atención.

La historia reciente del médico de familia en España ha favorecido la aparición y cronificación de muchos de los elementos perversos del entorno social. Nos referimos a la pérdida del médico de cabecera como referente principal dentro del sistema sanitario, que se produjo a mediados de este siglo (algo más tarde en el medio rural).

El médico de familia debe competir en el mercado profesional retomando una nueva y clásica opción (la del antiguo médico de cabecera): la humanización de la atención.

1.2. LA POLITICA SANITARIA

El papel que el sistema sanitario otorgue al médico de familia, los recursos que se destinen a la Atención Primaria e incluso la forma como se gestionen los recursos pueden facilitar o dificultar la tarea del profesional.

La propia tendencia de la población a demandar atención muy tecnificada ayuda a que los gestores consideren a menudo al médico de familia como a simple **portero** del sistema. *"Vengo a buscar un volante para ir al oftalmólogo y a que me recete estos medicamentos que me recomendaron en urgencias"*. Este hecho provoca una situación inicial de rebeldía en el médico que quiere ejercer como tal; el tiempo puede pervertir su actitud, llevándole a adaptarse cómodamente a la situación y desresponsabilizarse progresivamente de sus verdaderas tareas.

La **distribución de recursos**, no tanto según necesidades de salud y prioridades, sino según actividad y gasto histórico conlleva una constante primacía del nivel hospitalario respecto a la Atención Primaria. La primacía de nuestros hospitales en las últimas décadas, junto al descuido del nivel primario, ha llevado a una situación de prestigio social y profesional de quienes trabajan en los hospitales. Buena muestra de ello es la escasa participación de médicos de familia en nuestras Facultades.

La **gestión de los recursos** de la Atención Primaria por parte de profesionales ajenos a ella y la rigidez presupuestaria del sistema público supone un uso simplemente economicista de los recursos, sin ningún tipo de criterio sanitario en el establecimiento de las prioridades. *"Se compran sillas, aunque ya tenemos, pero no es posible participar en tal actividad formativa porque ya hemos agotado esa partida presupuestaria"*.

En todo este contexto, el **absurdo enfrentamiento** entre especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (que han considerado la Atención Primaria como invento propio y exclusivo) y médicos generales sin formación de posgrado (que han visto en ella a un enemigo en lugar de un reconocimiento al valor de su tarea)

no ha colaborado en absoluto al reforzamiento de la Atención Primaria y a su implantación correcta; se han perdido energías en inútiles peleas, mientras hemos olvidado defender nuestro papel central en el sistema sanitario, permitiendo que los otros niveles de atención siguieran manteniendo su preponderancia.

1.3. EL MODELO DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

La Reforma de la Atención Primaria ha supuesto, sin duda, junto a la formación de posgrado del médico de cabecera, una de las más importantes mejoras de nuestro sistema sanitario en los últimos años. Sin embargo el propio modelo contiene algunas perversiones; si no son modificadas pronto, servirán de excusa para negar la bondad global de la reforma.

La Reforma de Atención Primaria, inocentemente, ha contado poco con el entorno social y sanitario en el que iba a desenvolverse; se ha adaptado poco a él. La **indefinición** de roles entre los distintos profesionales, la carencia de objetivos concretos, la falta de autonomía de gestión [ver documento 2 de la semFYC] y la escasa preparación para el trabajo en equipo han sido elementos determinantes de una cierta sensación de desánimo, incluso de fracaso, entre los profesionales que en su tiempo defendieron el proceso de reforma.

Los defectos son, como siempre, para corregirlos y mejorar, pero no para borrar todo lo hecho. Las perversidades de la democracia sirven para corregirlas, pero no para defenestrarla; las perversidades de la Reforma de Atención Primaria deben usarse para mejorarla continuamente, no como excusa para borrarla!

El ámbito territorial definido por la Zona Básica de Salud debía servir para permitir un abordaje interdisciplinario (**trabajo en equipo**) de los problemas de salud de la comunidad (**atención comunitaria**) con la **participación** de los propios protagonistas, la población. Las **dificultades** (formativas, de tiempo, de falta de metodología, etc.) para implantar actividades de ámbito comunitario han llevado a poner en duda la utilidad de este modelo, más aún cuando la carencia absoluta de incentivos [ver documento nº 1 de la semFYC] para quien más y mejor trabaja, ha comportado la perversión de estimular a quien menos esfuerzos realiza: "*Total, vamos a cobrar lo mismo...*".

La falta de tradición en el **trabajo en equipo**, y de directrices claras por parte de los responsables de Atención Primaria, han llegado a producir la perversión de que el equipo sirviera de refugio para no atender las responsabilidades personales o como freno en lugar de acicate para trabajar mejor!

2. RELACIONES CON OTROS NIVELES

2.1. RELACIONES CON OTROS NIVELES ASISTENCIALES

Al retomar el concepto tradicional del médico de cabecera, el médico de familia acepta el reto que supone anteponer, frente a cualquier otra consideración, los intereses del individuo asumiendo sus problemas como mutuos. Bajo esta óptica

no es posible concebir la relación entre niveles como un problema de *derivación*. No se trata de **derivar** pacientes, sino de **consultar** problemas. El punto de referencia es esa imagen tradicional, quizás tan solo mantenida por la cultura cinematográfica, en la que el médico decía: "*vamos (en plural) a consultar con un especialista*". El médico de cabecera debe ser como un hilo conductor presente en las interconsultas, en el hospital e incluso en el quirófano.

En el fondo, detrás del mantenimiento de la situación actual, se esconde un desigual reparto de las **cuotas de poder** social entre el médico de Atención Primaria y el de Hospital, que es necesario compensar con prontitud. Los epígrafes que a continuación se desarrollan abordan problemas puntuales y soluciones parciales que han de articularse en esta dirección: la necesidad de indicar con claridad la orientación diagnóstica y la propuesta de pauta, para asegurar su continuidad por parte del cabecera, la libre elección de consultor por parte de los EAP, etc.

Prejuicios de partida

Tradicionalmente el especialista hospitalario ha visto al médico de cabecera como un **profesional poco cualificado** que por su escasa preparación le sobrecarga "su" consulta con problemas que, a su criterio, nunca hubieran tenido que llegar a ella. Se tiene la idea del médico general como "puerta de entrada al sistema" y no como resolvidor de casos. Esta imagen contribuye, por una parte, a perpetuar la falta de comunicación y coordinación entre los niveles asistenciales y por otra, a fomentar la desconexión en la atención al paciente. Quizás ésta sea la principal perversión.

Después de doce años de reconocimiento de la especialidad de M.F. y C. y de la implantación de los EAP en más del 50% de la población, poco hemos avanzado aún en el reconocimiento profesional de nuestra especialidad por parte del nivel hospitalario. Aún sigue siendo mayoritaria la opinión de que los médicos de familia son "colegas" de menor cualificación e inferiores posibilidades profesionales, en posesión de una especialidad de segunda categoría.

Esta opinión no tendría mayor importancia si no se tradujera en una **cultura profesional de servilismo/dependencia** en nuestro ejercicio diario con supeditación científica al especialista, lo que dificulta una relación interprofesional adecuada.

El médico de familia se debate en una dualidad *morbosa*. Por una parte reverencia al especialista con un sentimiento de *alumno-profesor* (sentimiento que quizás encubra otro de dependencia científica y/o de inferioridad profesional sobre todo en aquellos médicos de familia vocacionalmente frustrados) y por otra, lo considera como un *creído* que no entiende al paciente como un todo sino como portador de un problema concreto (el concerniente a su especialidad). Esta consideración genera en el médico de familia una actitud de descrédito profesional-humanístico hacia el especialista que le induce a cuestionar las intervenciones de éste con el paciente.

Lo cierto es que ambos profesionales están condenados a entenderse si lo que realmente importa es el paciente. El **conocimiento** mutuo, personal y profesional, mediante reuniones de trabajo periódicas, charlas telefónicas, visitas al hospital o centro de salud etc... facilitaría el entendimiento.

La apuesta clara y firme, tanto política como social y profesionalmente, por la humanización (versus tecnificación) y una concepción integral (versus organicista) de la salud traerá consigo el progresivo **reconocimiento** y dignificación del médico de familia. Este, por otro lado, habrá de asumir sus limitaciones profesionales y buscar en el especialista el complemento de su labor médica, sin ningún tipo de celos.

Sin lugar a dudas, pese a sus dificultades de implantación, la **elección** de especialista de segundo nivel-hospital conllevaría un mayor entendimiento y una mayor coordinación entre estos niveles.

La comunicación entre A.P. y el nivel especializado

En algunas áreas sanitarias el **documento** establecido oficialmente para la comunicación entre niveles es aún el anacrónico P-10; en otras se han consensuado documentos respondiendo a necesidades mutuas. No obstante, es bien conocida, la escasa cumplimentación de los mismos y su frecuente ilegibilidad. Esta cumplimentación es más deficiente en el caso de la respuesta del especialista, dificultándose así la continuación terapéutica por parte del médico de familia. Quizás el problema consista en que el especialista no está acostumbrado a redactar un informe escueto que conteste a nuestra consulta, y no la típica alta hospitalaria; a menudo no responde hasta completar todos los estudios pertinentes; se trata de una costumbre (la de *"tener que saberlo todo"*) que debe cambiar.

Otro problema a considerar es la **pérdida de seguimiento** del paciente por parte del médico que realizó la consulta; porque el especialista consultor sigue controlando, en exclusiva, la patología sin comunicarlo al médico de cabecera.

Se debería facilitar e incentivar la comunicación verbal mediante reuniones periódicas, sesiones clínicas etc... que permita el intercambio de información acerca de los pacientes compartidos por ambos niveles. La comunicación telefónica mutua, aparentemente sencilla, es, en la práctica, difícil.

Debería existir un documento de interconsulta consensuado por ambos niveles, con *incentivos* para su uso (obligatoriedad como en el caso de alta hospitalaria, no efectos administrativos-económicos de las consultas no contestadas, etc.). Podrían pactarse informaciones básicas según los casos (informe breve inicial, propuestas de pautas a seguir, resultado final de la consulta, etc. En cualquier caso deben facilitarse los medios para posibilitar la información escrita (tiempo, personal administrativo, dictáfono, fotocopiadora, etc.).

Las listas de espera de la consulta especializada

Un importante y frecuente problema con el que se encuentra el médico de familia cuando necesita consultar al especialista es la **larga demora** que éste suele

tener. Pueden obedecer a diversas causas: exceso de derivación por parte de los médicos de cabecera, falta de recursos humanos en el nivel especializado y/o mala distribución dentro del mismo, desvío desde consultas privadas, etc.

Esta circunstancia obliga, al médico de familia a utilizar vías *oficiosas* de consulta. Estas suelen consistir en su intervención directa y personal con el especialista, o del residente que tiene a su cargo en un día de guardia, o abordando al *colega amigo*, también en un día de guardia. Ni que decir tiene que estas vías (generalmente eficaces, eso sí) suponen un consumo de tiempo y un desgaste personal que entorpece el trabajo cotidiano, ya sobrecargado.

Otra veces, la vía utilizada son las urgencias del hospital, esperando encontrar en ella el acceso más rápido y directo a la cita de la consulta especializada. Esta vía, aparte de fallar con frecuencia supone evidentes incomodidades para el paciente.

La **elección de consultor** por parte de los médicos de Atención Primaria, pese a sus dificultades de implantación, conllevaría un importante estímulo para la mejora de la relación entre ambos niveles.

Por otra parte, cada Zona Básica de Salud debe disponer de **su propia lista de espera**, como mecanismo para potenciar la autogestión y responsabilidad sobre la misma.

Se deben evitar las **interconsultas** dentro del mismo centro hospitalario y la necesidad de derivación para la obtención de **pruebas complementarias**.

Las urgencias hospitalarias

De todos es conocido el progresivo aumento de pacientes que utilizan los servicios de urgencias del hospital de forma inadecuada y por iniciativa propia. Buscan allí **solución a una lista de espera** larga para el especialista, *tecnología rápida* para su problema y/o asistencia *altamente cualificada* (es la imagen que tiene el usuario del facultativo del hospital).

Esta masificación obliga al facultativo que atiende estas *urgencias* (generalmente un residente de primer año) a valoraciones clínicas rápidas y puntuales del paciente, con desconocimiento del contexto clínico en que éste se encuentra. Sin embargo, se suelen indicar pautas de actuación y tratamientos en el informe de alta, muchas veces no concordantes con el criterio del médico al que va dirigido. Esta situación puede originar enfrentamientos de éste con el paciente que supervalora la intervención del hospital en detrimento del criterio de su médico. Se debería mejorar la tutoría del residente de primer año para estas situaciones y obviar pautas de tratamiento no urgentes.

Como comentábamos en el punto anterior, a veces el médico de familia intenta utilizar este Servicio como "atajo rápido" hacia la consulta especializada o como acceso a exámenes complementarios más complejos (TAC, ecografías...). Estas expectativas (salvo que hayan sido planteadas y negociadas personalmente con alguien) pueden verse frustradas si el receptor del paciente no las considera adecuadas. Se plantea así una competitividad de criterios de la que habitualmente

sale malparado el enfermo, pero también el médico que lo envió con el consiguiente descrédito ante el paciente.

Es evidente la necesidad de educar a la población para que no acceda directamente a los servicios de urgencias del hospital e implantar un adecuado dispositivo de urgencias dependiente de la Atención Primaria. Es discutible cuál debe ser su ubicación y organización (puntos de atención continuada, Centros de Atención Primaria, puertas de Hospitales, etc.) pero, en todo caso, la *atención continuada* debe estar a cargo de médicos de familia.

El ingreso de pacientes

No es rara la circunstancia en la que el médico de familia se encuentra con **dificultades para ingresar** en el hospital a un paciente que, a su criterio, lo precisa. Esta situación habitualmente sucede, entre otras, por alguna/s de las razones siguientes:

- 1) Escasez de camas libres en el hospital.
- 2) Disparidad de criterio médico de familia/facultativo del hospital en cuanto a la indicación de ingreso (*no se ven las cosas igual desde fuera que desde dentro*).
- 3) La falta de recursos en Atención Primaria para el estudio y tratamiento de determinadas patologías (listas de espera, no acceso a ciertas pruebas complementarias...) o incluso para el acceso a servicios sociosanitarios (generalmente más fáciles desde el hospital) obliga al médico a utilizar la vía del ingreso del enfermo. Esta solución, que no siempre es compartida por el facultativo del hospital, sitúa al médico de familia en una desagradable posición de impotencia ante el Sistema.

La elaboración de protocolos conjuntos de indicación de ingreso, la agilidad de las consultas especializadas, la colaboración de A.P. con el hospital para acortar las estancias medias asumiendo *altas precoces* subsidiarias de seguimiento en Atención Primaria y la aceptación por parte del hospital de ingresos para solución de problemas puntuales *y/o consultorías* contribuirían a solucionar el problema.

Otra posible alternativa (en experimentación en algunas Áreas Sanitarias) sería el acceso directo del médico de familia para ingreso de pacientes con el subsiguiente compromiso de un seguimiento hospitalario conjunto con el facultativo de planta, cuando la organización del trabajo lo permitiera. Esta solución, de difícil implantación práctica, requeriría igualmente la valoración de las indicaciones de ingreso efectuadas.

La limitación de estudios complementarios

Estas **limitaciones** han sido generalmente argumentadas bajo la teoría de que la accesibilidad incrementa el uso indiscriminado por parte de profesionales con cualificación limitada y alta presión asistencial. La capacitación del Médico de

Familia y la nueva organización en EAP pone, cuanto menos, en entredicho tales argumentos.

El médico de familia debe estar capacitado y autorizado para solicitar aquellas exploraciones complementarias que sirvan para diagnosticar procesos que puedan ser tratados y seguidos por él. Si debe establecerse alguna limitación, ésta debería acordarse entre ambos niveles asistenciales.

Las relaciones con los servicios sanitarios privados

La solicitud por parte del paciente de **recetas o pruebas complementarias** indicadas por el *médico de pago* suele constituir una nueva perversión para el médico que trabaja en el sistema público, con los problemas éticos y de relación con el paciente que ello comporta. Por lo general y lógicamente, el paciente alude a argumentos (habitualmente las listas de espera) que hacen tambalear nuestra posición de negativa rotunda. Sin embargo, si bien el *sentido común* puede legitimar al médico a prescribir tratamientos que no hayan sido indicados por él, pero que considere oportunos, la aceptación de canales privados como medio de solventar listas de espera puede hacerle irrumpir en el mercado sanitario con decisiones de dudosa consideración ética.

2.2. RELACIONES CON LOS NIVELES DE GESTION

Marco de referencia

El nivel de gestión más próximo al Equipo de Atención Primaria (sin olvidar al coordinador del mismo), es el Distrito o Sector Sanitario o Gerencia de Área (según la Comunidad Autónoma). El equipo gestor de este nivel, con el director o gerente como responsable, generalmente establece relaciones con el EAP a través del Coordinador.

Esta estructura debería acercar la gestión a los EAP y servirles de apoyo administrativo y técnico; no se ha producido el necesario cambio cultural en la gestión para entenderla como un medio para apoyar la tarea de los EAP (verdaderas unidades operativas) y no como una simple herramienta de transmisión de órdenes. A menudo, los EAP viven las estructuras de gestión más próximas como un enemigo y no como un aliado.

Razones que dificultan el entendimiento

En el Distrito-Sector Sanitario los cargos directivos carecen de experiencia en atención directa al usuario y consideran a los médicos como *enemigos*, ajenos a los *grandes problemas de salud*, con visión sesgada y reducida de la realidad. Acostumbran a plantear objetivos puramente economicistas y, a menudo, intentan reforzar su autoridad potenciando actividades fiscalizadoras, y tomando decisiones basadas más en *demonstración del poder* que en el análisis de la realidad.

En el EAP suele existir miedo al control externo y a perder autonomía. Se considera al Sector-Distrito como un mero aparato administrativo que abastece a los centros y cuida su mantenimiento, ajeno a la APS, y ocupado por *burócratas* que se han dedicado a la gestión por *no poder o temer dedicarse a la asistencia*.

Posibles soluciones

La gestión desde el Sector-Distrito debe ser muy participativa, con los responsables de los EAP en Comités de Dirección decisorios y no únicamente consultivos. Los objetivos deben consensuarse, con colaboración mutua y actitud por parte del Sector de *desbloquear por arriba para facilitar por abajo*.

Los EAP deben disponer de mayor autonomía, otorgándoles capacidad de decisión en aspectos como: sustituciones, incorporación de nuevo personal, formación continuada, suministros y fondo de maniobra, especialistas y servicios de apoyo... En una línea más ambiciosa se puede plantear la autogestión sobre la base de unos presupuestos y objetivos previamente negociados; en este caso el Distrito-Sector actuaría como apoyo y evaluador externo.

3. LA ZONA BASICA DE SALUD:

3.1. CARACTERISTICAS DE LA ZONA

La Reforma de la Atención Primaria, a la par que creó los EAP, les asignó una **comunidad de base poblacional**. Con delimitación geográfica precisa, la población de esa zona teóricamente sólo podría ser atendida por los profesionales que trabajaran en la misma. Este criterio con el que hace 10 años se inició la reforma ha evolucionado y, en función de las corrientes actuales más liberales, nos disponemos a adentrarnos en la atención por parte de los EAP a una comunidad de base institucional. En este caso puede romperse el ámbito geográfico y considerar la comunidad al censo de inscritos en el centro de salud.

La adscripción de usuarios con criterio de base poblacional conlleva la ventaja de que cada ZBS atiende a un núcleo determinado de población, con unas características sociosanitarias homogéneas y, por ello, facilita la orientación comunitaria de todas sus tareas. Esta delimitación ha tenido, sin embargo, traducciones perversas en la incentivación de los profesionales, que están recibiendo salarios similares por cargas de trabajo distintas.

En la actualidad, en una misma ZBS pueden coexistir médicos que atienden a una misma comunidad, trabajan en despachos contiguos y tienen el mismo salario, aún cuando la **demandas asistencial** de uno dobla a la del otro; y esto se da incluso después de descartar factores como la autogeneración de demanda por el estilo personal de cada uno. ¿Qué actitudes perversas pueden generarse en el médico con mayor demanda?. Inicialmente se queja ante lo inexacto de los datos

del INSS e intenta desesperadamente reducir la demanda organizando y programando al máximo sus consultas, no sin temores pintorescos: "*No quiero reducir mi demanda porque, con gran esfuerzo de organización durante seis meses, la reduje en un tercio y la Administración me premió declarando mi cupo abierto puesto que mi demanda había descendido por debajo de la de mis compañeros, los pobres, que no tenían ni tiempo de hacer consulta programada*". Finalmente, la frustración personal puede vencer a la ética: el profesional renuncia a prestar cualquier tipo de atención que no sea la *visita* sin historia clínica, sin exploración física y, en un descuido, sin anamnesis.

Con la reciente introducción del **pago capitolativo** (allí donde se ha hecho) y la evolución hacia la comunidad de base censal, muchos médicos tuvieron la esperanza de ver compensada retributivamente su sobrecarga asistencial. Incluso alguno, perverso él, pensó en autogenerarse mayor demanda para incrementar su remuneración. Pero..., nunca es completa la felicidad...; a menudo, simplemente ha aparecido un nuevo documento: la **tarjeta sanitaria**; nuevo papelito a añadir en el bolsillo del usuario, junto al DNI, el NIF, la cartilla de la SS, la cartilla de crónico, la VISA, la clave card y el cupón de la ONCE. La tarjeta comienza a revelar sus problemas: pérdida, olvido, individuo con la misma tarjeta atendido por distintos médicos, incluso en distintos equipos, etc. Empieza a cundir el temor de que no sirva para crear el auténtico registro de población atendida.

Elementos perversos que originan frustraciones entre los médicos que atienden zonas de gran dispersión geográfica, o con pirámide poblacional envejecida, son fácilmente compensables en el salario. Pero la demanda asistencial no tiene la misma sencillez. A la Administración le resulta difícil pagar a sus profesionales exclusivamente por acto médico; a las dificultades que entrañaría evitar perversiones como la autogeneración de demanda se añade el probable incremento de costos.

La **libre elección** de médico es una necesidad, y la libre aceptación de pacientes ha de ser igualmente un derecho. Sin embargo, el pago capitolativo puro ya había sido experimentado antes de la Reforma de Atención Primaria y tampoco demostró ser adecuado para promover una buena calidad de la atención.

Es absolutamente indispensable buscar una fórmula que, garantizando a los pacientes una atención de calidad, y asegurando la eficiencia, permita a los profesionales sentirse compensados cuando su esfuerzo asistencial es mayor que el de otros compañeros.

No existen fórmulas mágicas, pero probablemente una **fórmula mixta** corregiría las perversiones actuales y evitaría las posibles perversiones del pago capitolativo (o incluso por acto) simple. La adscripción de la población residente en una determinada área geográfica a un EAP (que facilita la atención comunitaria), no es incompatible con la libre elección de médico dentro de la misma y la retribución diferenciada a cada profesional según un sistema mixto que tenga en cuenta población adscrita, dedicación y calidad y eficiencia de los servicios prestados.

3.2. ESTRUCTURA: ARQUITECTURA Y RECURSOS HUMANOS

La **estructura física** de los consultorios de atención primaria es uno de los aspectos que más ha mejorado durante la última década. La creación de casi un millar de EAP ha ido acompañada por la construcción de centros de salud previamente inexistentes. Incluso cuando, en muchos casos el chapucero estilo nacional ha dado origen a centros defectuosos desde el mismo momento de su inauguración, es innegable la mejoría dada la escasez e inexistencia previa. Todos conocemos casos en que la estructura física aún no es la más conveniente (se trata de un eufemismo empleado en lugar de adjetivos como *cochambrosa* o *miserable*) o el mantenimiento de la misma origina problemas, pero no nos parece que éste sea hoy uno de los principales elementos perversos del sistema. Si acaso otro más.

En cambio, el **apoyo administrativo** es, en muchísimos casos, insuficiente; incluso inexistente cuando se trata de consultorios periféricos o de médicos en turno de tarde. Nos referimos al apoyo para recepción, archivo, teléfono...; pero la carencia es aún más perversa en lo que se refiere a apoyo administrativo para la consulta. No debe interpretarse literalmente *dentro de la consulta y sentado a nuestro lado*; existen muchas fórmulas posibles siempre que contemos con los auxiliares suficientes para la descarga burocrática en beneficio de una mejor asistencia a los pacientes y atención a la comunidad. Algo tendría que ver en este campo el pobre uso que todavía se hace de la informática en nuestros centros de salud; en la gran mayoría simplemente se desconoce su existencia.

El médico ha perdido definitivamente al *ayudante* que tenía en la **enfermera**, que ha asumido un nuevo papel (con gran disgusto en el caso de muchos compañeros); nadie ha ocupado su lugar. Muchos médicos, ante su *m a y o r* demanda, con el consiguiente crecimiento de la burocracia, han vertido su ira contra el colectivo de enfermeras, a las que añoran como ayudantes, más cuando los médicos atienden a un número elevado de usuarios y los profesionales de enfermería se encargan sólo de atender a unas pocas personas con problemas crónicos.

Esta situación nos ha llevado, a menudo, a caer en una grave perversión: una guerra fratricida con enfermería. Nuestro deber sería reivindicar el apoyo administrativo que no tenemos en la consulta, independientemente de la discusión sobre el *rol* de enfermería.

Creemos necesario el trabajo en equipo con enfermería. Pero es incuestionable que el dimensionamiento de 1 enfermera por cada médico y el propio concepto de UAF (o UAB) tuvo su base en la percepción, consciente o subconsciente, de las enfermeras como colaboradoras del médico y probablemente como subordinadas, llevando implícitos viejos roles de la Medicina tradicional que en algunos aspectos eran incompatibles con una combinación de eficiencia y nuevos roles.

Precisamos apoyo administrativo y hemos de exigirlo. Necesitamos soporte informático y mayor número de profesionales que nos resuelvan las tareas administrativas (de *dentro* y de *fuera* de la consulta). Pero no debemos *cambiar*

ese soporte por un recorte de profesionales de enfermería en los EAP. No nos vale el intercambio enfermera por *secretaria*!. Esta sería una grave perversión. El Sistema Sanitario perdería con ello la gran oportunidad de ver, al fin, una orientación preventiva y una importante labor de promoción de la salud en la APS. Ni Enfermería, ni la MFyC, ni el propio Sistema Sanitario supieron definir en los inicios de la Reforma cuál iba a ser el papel de las enfermeras. Han sido ellas, con nuestra colaboración unas veces y nuestra oposición otras, quienes han tenido casi que inventarlo. Simplemente ocurría que la APS precisaba de una década de madurez para comenzar a tener la experiencia y el

cuerpo teórico que permitiera añadir, a las tareas asistenciales, la orientación comunitaria de enfermería. Estamos en el momento de convencer a las enfermeras de que una gran proporción de las que componen la plantilla pueden asomarse a la puerta del centro de salud. Pero es muy posible que, perversos como somos, tengamos aparcado en esa puerta el autobús que las conducirá de vuelta al hospital. Dios no lo quiera.

Por último quisiéramos abordar los elementos de perversión que se dan en la **dotación de personal** de los EAP. Partiendo del concepto de que el objetivo es atender la salud de la población, hay que rebatir a quienes creen que el objetivo es dar trabajo a todos los médicos y enfermeras. Habría que plantearse cuántos médicos que ahora reclaman incremento de plantillas, sustitutos para las bajas, vacaciones, permisos, etc, cambiarían de opinión si pudieran ampliar su tiempo de consulta al horario de tarde e incrementar también sus emolumentos. De manera similar a lo que ha ocurrido en los hospitales con la apertura de los quirófanos de tarde. En este aspecto, como en otros que ya hemos tratado, la autogestión por parte del propio EAP ayudaría a introducir elementos de verdadera eficiencia en las dotaciones de personal.

3.3. ORGANIZACION DEL CENTRO

La organización del trabajo en la ZBS es de suma importancia para una óptima utilización de los recursos disponibles. Es sumamente perverso perder oportunidades de mejorar por no disponer de una buena organización de nuestro trabajo.

Es necesario disponer de un buen **reparto de tareas** entre los diversos profesionales, teniendo previsión incluso de los *imprevistos* y no usando como *normas* de funcionamiento tópicos como "*lo haremos sobre la marcha*" o "*entre todos se hace*". A menudo hemos confundido la igualdad con el *igualartínaje* y el trabajo en equipo con el *desmadre*.

Una perversión que creemos peligrosa para la APS es la tendencia, bajo la excusa de una dudosa mayor eficiencia, a **dispensarizar** servicios, a crear unidades especializadas en uno u otro tema, que parcializan la atención al usuario. Los defectos en el reparto claro de responsabilidades han producido en la población una desagradable y grave sensación de **pérdida del propio médico** de cabecera, diluido en el magma del equipo. La organización del EAP debería evitarlo.

El trabajo en equipo es un medio importante, pero es sólo eso: un medio; un medio para mejorar la atención que prestamos. Es necesario delimitar las funciones de cada estamento y adoptar fórmulas organizativas útiles como el reparto individualizado de responsabilidades, el trabajo en pequeñas comisiones, el trabajo conjunto médico-enfermera, la protocolización de las actuaciones, etc. Volveremos sobre ello al hablar del trabajo en equipo.

Sería interesante **delimitar cuál es el tiempo** que nosotros consideramos necesario para visitar a un paciente en condiciones óptimas. En toda empresa se realizan estudios de coste-beneficio basándose en la optimización de los recursos y del tiempo. Deberíamos empezar a valorar nuestro coste-beneficio, no sólo en función de pesetas/paciente, sino teniendo en cuenta, las características de cada lugar de trabajo (cupos, población desplazada, tiempo de consulta/paciente, tiempo de demora de los especialistas y pruebas complementarias, etc.).

Las perversiones “administrativas”

Se necesita una historia clínica... Puede ser un verdadero problema según a la hora que se pida. Es posible que tarden más de media hora en conseguirlo, con el retraso en consulta que ello conlleva. Es posible que alguien se pase subiendo y bajando las escaleras todo el tiempo. Sería posible evitar esta situación, mejorando el circuito de archivo y uso de historias: sacar todas las historias antes de iniciar la consulta, disponer de los números de historia en las hojas de cita previa...

Es preciso pasar a máquina este informe... En la mayoría de centros no está previsto que los administrativos sean los encargados de pasar a máquina documentos. En algunos casos, si lo hacen es a título de favor personal. No es extraño que desconozcan el funcionamiento de un procesador de textos así como la mayoría de los programas de uso habitual. Hay que tener en cuenta que en muchos casos no se ha adiestrado a este personal en su uso, y por otra parte existe una cierta desidia por aprenderlo (“*cuanto menos sepa, menos me exigirán y menos trabajo tendré*”). Ante esta situación, acostumbra a ser el mismo personal sanitario quien debe escribir a máquina estos documentos, con el consiguiente despilfarro económico que ello representa.

Otra casilla: **los papeleos, (léase volantes y recetas)**. Todos nos preguntamos cuando se inventará algo parecido a lo de la VISA y nos ahorraremos escribir mil veces los datos de afiliación. Todos nos preguntamos por qué en una receta no se pueden escribir todos los tratamientos así como su duración. Alguien se ha detenido a pensar el coste económico que representa que el médico pierda el tiempo rellenando papeles, en lugar de visitar pacientes!

Una consecuencia perversa de estos problemas es que “*como me paso el día haciendo de burócrata; pues resulta que no tengo tiempo para visitar*”. Ante ello, se plantean tres opciones:

- La primera opción es la del “*legalista*”: disminuir el número de visitas; ¿no dicen que se tiene que repartir el tiempo de trabajo en varias tareas?, pues si el tiempo dedicado a atender visitas se ha terminado no se hacen más...

- La segunda opción, es la de los “*benditos*”: se aumenta el número de horas de consulta; la tensión laboral del personal se dispara y su capacidad científica disminuye.
- La tercera opción es la de los que “*sobreviven*”: la solución es un simple problema matemático; si se deben atender tantos pacientes y se dispone de tantas horas, pues salen a tantos minutos por paciente; una posible perversión ligada a este fenómeno es el aumento de pruebas complementarias, interconsultas, y prescripciones, intentando paliar el sentimiento de mala praxis del profesional.

Las perversiones de la atención a los problemas de salud

¿Quién controla a una persona con patología crónica? Las dificultades en la delimitación de roles y la consideración de que los problemas crónicos suponen un trabajo penoso, rutinario y poco gratificante pueden llevar a la perversión de considerar que “*estos pacientes son de enfermería*”, o al contrario, “*yo no estoy preparada para asumir estas decisiones, lo derivó al médico*”. Probablemente deberemos seguir aprendiendo que *el paciente* no es de nadie y que debemos atenderle entre todos, pero delimitando y acordando claramente las tareas a realizar y el responsable de cada una de ellas.

El número de visitas también puede llegar a pervertir nuestra práctica. Se considera que si se tienen muchas es que se trabaja más, pero si consigues educar a tus pacientes y disminuir la frecuentación, en lugar de ser considerado como alguien organizado y capacitado para promover el autocuidado, se considera que se trabaja poco y por tanto o bien te aumentan el cupo. Ante esta situación podemos tener la tentación de autogenerarnos visitas, llegando incluso a crear listas de espera; incluso se puede optar por hacerse el antipático, con lo cual el paciente no viene o se cambia de cupo y por tanto automáticamente baja la demanda (“*por el mismo sueldo trabajaré menos*”).

La habitual respuesta negativa a **¿trae el informe del especialista?**, que ya hemos abordado antes, suele crear una importante desidia en la relación con ellos “*si usted no escribe yo tampoco: ruego visita*”.

Esta visita de domicilio es un crónico. Parece que nadie considera como parte de su trabajo la atención domiciliaria, tanto programada como a demanda. Parece como si la Atención Primaria terminase justo en la salida de cada centro. Este *eterno problema* se ha querido solucionar en muchos centros con un profesional encargado de hacer las demandas de visita a domicilio; amén del consiguiente desconcierto de la familia por ver continuamente a diferentes profesionales, tenemos al “*listillo*” que siempre consigue evitar sus domicilios. Es razonable que cada profesional atienda habitualmente los domicilios de las personas que tiene asignadas, aunque en cada centro deberán organizarse de forma diferente en función de una mejor optimización de recursos, y por tanto no es posible generalizar.

No se hace medicina preventiva... Quizás es tan perverso no hacer actividades preventivas porque no se quiere, como olvidar el motivo por el que consulta el usuario!. Sería incongruente para el paciente que nos empeñáramos en pesarlo y no le hiciésemos el menor caso a su problema de estómago; cuando se valorasen las actividades preventivas realizadas el resultado sería bueno... Evidentemente, existen dificultades para implementar actividades preventivas derivadas de exceso de trabajo en otras tareas, pero probablemente, un mejor reparto de las funciones entre los distintos miembros del EAP (huyendo del *igualartinaje*) podía mejorar mucho nuestra capacidad de trabajo en esta área.

Pero... ¿tiene hora de visita...?. Es bastante habitual que finalizada la consulta (según la *lista*) se abra la puerta y se encuentre que hay varios pacientes más. ¿Qué se hace, nos vamos o los visitamos?. Uno se pregunta si se han colado o bien el celador los ha dejado pasar. A quien le corresponde controlar esto?. Si el problema organizativo no se resuelve correctamente, con facilidad se pueden crear perversos sistemas alternativos como puede ser el cerrar la consulta para que no me encuentren o poner mala cara para que no vengan.

¿A quien le toca ver esta urgencia?. Aunque, por desgracia, se considera que estas situaciones conflictivas no suceden, son muchos los centros que las padecen y es necesario tener bien organizada la atención del usuario que acude en demanda de atención no programada, para evitar la perversión de que se nos desorganice toda la programación del día y la de que nunca se sepa quién debe prestar la atención. En cada población las soluciones variarán en función de sus características, pero debe prevalecer la resolución de estas situaciones, evitando que el sistema favorezca la perversión de que determinados profesionales eviten atender personalmente a una parte de los usuarios que tienen asignados.

Esta noche he estado de guardia y no he pegado ojo... Difícil tema el de la atención continuada...! Si bien está claro que la continuidad (las 24 horas del día) en la atención a los problemas de salud debe ser responsabilidad de la Atención Primaria, no se puede generalizar el sistema organizativo que debe adoptarse en cada caso: atención prestada por el propio EAP, puntos de atención continuada para diversas ZBS, atención prestada por profesionales distintos pero dependientes del EAP... En todo caso deberá evitarse la perversión de empeorar los servicios habituales (trabajo en malas condiciones físicas, libranzas frecuentes al día siguiente...). Pero la mayor perversión es considerar, por razones de comodidad, que esta tarea no es propia de la Atención Primaria y colaborar en la perpetuación del perverso uso de los servicios de urgencias hospitalarios.

3.4. ENTORNO DE TRABAJO: RUIDOS E INTERFERENCIAS

El medio en el que la gente se comunica contribuye a menudo a determinar el resultado de conjunto de sus encuentros.

Ciertos autores sostienen que reaccionamos emocionalmente a nuestro entorno, y que la naturaleza de las reacciones emocionales pueden explicarse en términos de la excitación que el medio produce en nosotros, de la sensación de bienestar que experimentemos y de la seguridad en nosotros mismos.

Un **entorno desagradable**, por su estética o por su reducido tamaño, por ejemplo, genera monotonía, fatiga, dolor de cabeza, sensación de desagrado, sueño, irritabilidad y hostilidad, y tiende a producir conductas de evasión y a predisponer negativamente al paciente en su interacción con el profesional sanitario. Lo mismo podríamos decir del murmullo o el ruido producido en las salas de espera de nuestro centro de salud, de una iluminación inadecuada (luces tenues o excesivamente brillantes), e incluso de ciertos tonos de color.

El **propio personal del centro**, especialmente el de admisión, puede contribuir a la génesis de hostilidad en un paciente, si éste considera que no ha sido bien atendido, y no son raras las quejas al médico en tal sentido.

No obstante, y desde nuestro punto de vista, las barreras más importantes son las que tienen lugar en la consulta, y, por lo tanto, afectan directamente el proceso de la **comunicación médico-paciente**.

La entrevista clínica es una de las disciplinas más importantes de la medicina de familia. Su objetivo fundamental es el de mejorar la comunicación. Una buena comunicación está asociada a un mayor grado de satisfacción, tanto del paciente como del profesional sanitario, e influye positivamente sobre los resultados de salud, al aumentar la calidad del diagnóstico y del tratamiento, y el seguimiento de éste por parte del paciente.

Los obstáculos a esta comunicación pueden tener su origen en cualquiera de los dos comunicantes, así como en el marco de la propia consulta.

Entorno de la consulta

Una de las influencias negativas más importantes en el entorno de la consulta está constituida por lo que denominamos **ruidos**. El diccionario de la Real Academia de la Lengua define el término "ruido" como conjunto de sonidos inarticulados y confusos. Una puerta que se abre, el murmullo de la sala de espera, el motor de un automóvil próximo a nuestra consulta, el sonido del teléfono, etc. serían sólo unos cuantos ejemplos.

Uno de los ruidos que con más frecuencia ocurren en el ámbito de la consulta está constituido por las **interrupciones**. La interrupción viene definida por la apertura de la puerta de la consulta o el sonido del teléfono.

El propio sistema de funcionamiento de la ZBS condiciona muchas de ellas. En ocasiones son los celadores los que vienen a la consulta a traernos las historias de los pacientes, o la hoja de cita previa. Otras veces es la enfermera la que acude o telefonea para consultarnos alguna duda surgida en su consulta de enfermería, por poner sólo algunos ejemplos. Hay que destacar que en la amplia mayoría de los casos es el personal del EAP el que ocasiona la interrupción, y que en un elevado porcentaje de casos, ésta no está justificada.

En la medida en que hay poca posibilidad de que terceras personas entren en nuestra conversación el sentimiento de privacidad es mayor, y es más probable

que cuando esto ocurre acortemos las distancias comunicacionales y se den más mensajes personales.

Para disminuir la frecuencia de los ruidos en la consulta, principalmente las interrupciones, habría que intentar una reorganización de las actividades del CS que giran en torno a la propia consulta, con la idea de reducir especialmente las interrupciones evitables. Deberíamos establecer quién y en qué casos puede interrumpir una consulta (ya sea por teléfono o entrando) y buscar alternativas a la mayoría de interrupciones: espacio temporal para llamar telefónicamente, tiempo de discusión de casos médico-enfermera, etc.

Otros aspectos del entorno pueden condicionar la comunicación que podamos establecer. Cuanto mayor es la formalidad, mayor es también la posibilidad de que la comunicación sea más superficial, vacilante y estereotipada. Esto, unido a un decorado poco agradable, puede generar en el paciente un deseo compulsivo de abandonar el medio en que se encuentra.

El usuario

Entre los factores derivados de las **características de los usuarios** tenemos los siguientes:

Las limitaciones sensorio-perceptivas, expresivas o intelectivas, que obligan a que el médico realice un esfuerzo mayor en su interacción.

Actitud evitativa o negadora de los problemas y los riesgos (no querer enterarse de malas noticias), o de las responsabilidades (“usted sabrá qué tiene que hacer para curarme”).

Ansiedad ante la consulta.

Dificultad en discriminar sus propias percepciones de lo corporal y sentimental, y de expresarlo con palabras.

La desconfianza en el médico y el descrédito que éste está sufriendo últimamente determinan actitudes de rechazo por parte de algunos pacientes (“no me va a enviar al especialista?”, “el médico no me receta lo que yo necesito”).

El profesional

Existen diversos **comportamientos y actitudes** de los médicos (y en general de otros profesionales de los EAP) que obstaculizan la comunicación en la consulta:

Los médicos ignoran la exploración de aspectos psicosociales y tienden a concentrarse en el primer problema planteado.

Los médicos parecen intentar bloquear cualquier expresión de sentimientos en la consulta.

La tarea de identificar las actitudes y expectativas del paciente recibe poca atención.

Al no explorar las actitudes y percepciones del paciente no son capaces de tranquilizar y confortar adecuadamente.

No informar o ofrecer explicaciones poco claras y entendibles.

El médico, a menudo, no colabora para crear un clima de interés y calor sino que se mantiene frío y distante.

En ocasiones los médicos no escuchamos ni ofrecemos suficientes oportunidades a los pacientes para que pregunten dudas y expresen opiniones, ignoramos sus ideas, no los implicamos en la toma de decisiones, y lo que es peor, a veces ni tan siquiera levantamos la cabeza de la historia cuando nos dirigimos a ellos...

Interrogar y no dialogar. La tan debatida historia clínica en AP y nuestra formación pre y posgraduada condicionan en muchas ocasiones una entrevista demasiado dirigida.

El trato con pacientes de ámbito socioeconómico distinto lleva al sanitario a una menor conexión emocional, a una menor implicación en la consulta y a prestar menor información al paciente.

Siguiendo las directrices del consenso de Toronto, la solución de un número importante de barreras comunicacionales se produciría a través de la mejora de las habilidades en la comunicación, que se pueden enseñar y cuyos beneficios subsiguientes son demostrables, factibles en la práctica rutinaria, y duraderos. Para ello es preciso incorporar la enseñanza de estas habilidades en los programas de pregrado y de formación posgraduada continua.

En forma resumida, algunas de las recomendaciones específicas en relación a la mejora de las barreras comunicacionales serían:

- Emplear lenguaje claro y asequible, evitando la jerga, los tecnicismos y las frases prolijas, utilizando frases breves y claras.
- Atender a las experiencias gestuales y paraverbales del paciente. Mantener el contacto visual.
- Cuidar la entonación del habla. Usar un tono persuasivo cuando se requiera la colaboración del paciente.
- Hacer pausas entre enunciados de contenido distinto. Respetar los silencios útiles.
- Emplear preguntas abiertas.
- Mantener escasa reactividad emocional.
- Comprobar que el usuario entiende la información.
- Evitar seguridades prematuras y consejos fáciles.
- Mantener en todo momento una actitud empática, facilitando el abordaje y consideración de sus problemas.

3.5. EL TRABAJO EN EQUIPO

Los conceptos modernos de organización del trabajo se basan en la actividad grupal

Lo típico del EAP como **grupo de trabajo**, es su compromiso de servicio; ésta es su razón de ser. De allí fluyen otras características, como su estructura y su grado de organización, y la necesidad de definir objetivos, tomar decisiones y asumir responsabilidades. Como en cualquier grupo humano existen importantes relaciones humanas.

Podríamos decir que un EAP debiera caracterizarse por:

* Alta orientación al servicio como resultado de una intensa motivación de todos los miembros. (Compromiso con el nuevo modelo)

* Amplia participación de todos, no sólo en la ejecución, sino en las deliberaciones. Con intenso intercambio de ideas, opiniones e información.

* Relaciones humanas cordiales y habituales.

¿Alguien sabe por qué Thomas More dio a la isla lejana de la felicidad, el nombre de UTOPIA, que significa "en ninguna parte"...?.

Evidentemente la realidad es otra.

Todo comienza con la incorporación de los profesionales al equipo. Unos con un "equipaje" hospitalario, definido por una alta especialización tecnológica, delimitación de roles y selección de personal diferente. Otros, con lo puesto, con la experiencia de una práctica individual ambulatoria.

Encontramos un primer grupo de elementos perversos, en la **motivación** y en la **orientación al servicio** de la comunidad.

En un amplio abanico, encontramos todas las posibilidades: desde el profesional verdaderamente comprometido con el modelo de AP, que ve al equipo como un medio para ser más eficiente, hasta el que, parafraseando a Groucho Marx diría: "ni por asomo se me ocurriría hacerme socio de un club, que estuviera dispuesto a aceptarme como tal". En medio, aquellos que consideran al equipo como un grupo de "amigos", más que de trabajo.

La causa de esta diversidad proviene de la experiencia antes reseñada, el motivo de acceso tan variado de cada uno a los equipos y del grado de compromiso con el que acudimos.

No poder formar parte de un equipo donde cada uno haya podido escoger estar, se constituye como un elemento perverso del equipo en su constitución. Poder elegir con quién trabajar, dando esa capacidad de autogestión a los equipos, o promover una adecuada política de recursos humanos desde la Administración, con una correcta selección de personal y facilidades para la movilidad del mismo cuando fuera necesario, ayudarían a solucionar este problema.

Un segundo grupo de elementos perversos, lo constituyen la **falta de participación** en la definición de objetivos, decisiones y reparto de responsabilidades, elementos en cuyos orígenes, se mezclan con una **falta de motivación y creatividad**.

La creatividad aparte de ser una función de la inteligencia, también es una actitud frente a la vida. Por supuesto que sobre estos dos conceptos, uno no debería dar recetas, pero sí se puede decir que existen técnicas que aplicadas en diferentes situaciones, pueden hacer más fácil la originalidad y a su vez la eficacia.

Realizamos numerosas **reuniones**, con pobres resultados en calidad y cantidad, debido a una clara tendencia a mezclar la producción de ideas con la evaluación crítica de las mismas. Toda idea se ve sometida de inmediato a la crítica, sobre todo a la destructiva. Así matamos las ideas antes de que maduren y se desarrollen. Esto hace que las ideas originales, las que sorprenden, las que no encajan en el equipo, estén condenadas a la desaparición; mientras, sobreviven las ideas triviales, ya conocidas.

Al centrarnos mucho más en la crítica que en la producción, el equipo se pasa el tiempo demoliendo las pocas ideas que surgen. De ahí las escasas ideas generadas, su escasa originalidad y la gran frustración de quienes, al ver sus ideas censuradas y atacadas sistemáticamente, se retiran poco a poco del juego, dejando sitio a los que de alguna manera tienen un peso de opinión en el equipo. "Anda...!, otra vez reunión...!". Una vez más, no se trata de dejar de trabajar en equipo sino de aprender a hacerlo bien!

La tendencia a menospreciar a miembros que desempeñan tareas distintas por su categoría profesional también sería un elemento perverso, a la hora de tomar decisiones y consensuar.

Otro elemento pervertidor es la forma como se toman **decisiones** y el tiempo que se dedica a ello. En una reunión de equipo clásica, de unas 30 personas, podemos disponer de 1 hora (contando con la puntualidad) para tratar un orden del día apretado, con informaciones y toma de decisiones. Se cumple la Ley Inversa. Se dejan para el final los temas más importantes, sobre los que se deben tomar decisiones (apenas 20 minutos). Con suerte, apenas un minuto para decir algo cada miembro del equipo... Pero, existen alternativas, no?: es necesario que participen todos en todas las reuniones?, es necesario que todas las decisiones se tomen entre todos?, no es posible tratar algunos temas en pequeñas comisiones, responsabilizar a alguien de su elaboración previa?, en qué casos las decisiones son competencia del coordinador...?.

Quienes animan las reuniones, generalmente los Coordinadores, están llenos de buena voluntad, pero son incapaces de hacer hablar a los participantes (o de hacerles callar) y, en todo caso, de conducirlos. La causa es su falta de autoridad, la inexperiencia o la falta de conocimientos en dinámica de grupos y la poca conciencia de que es necesaria esta formación.

Un tercer grupo de elementos perversos, lo constituyen el tema de las **relaciones humanas** "cordiales y frecuentes". Ambos entrelazados, en dos conceptos, la comunicación y los conflictos.

Puristas de la comunicación, suponen con candor, que existe algo llamado "comunicación correcta", con una gramática que se puede aprender, como se aprende una lengua, y que el origen de los conflictos, es la falta de comunicación.

Está desgraciadamente muy extendido el mito de que un auténtico grupo se identificaría con la existencia de un **clima** sosegado, sin conflictos entre sus miembros. Los conflictos se viven entonces de forma dramática, como un fallo en la comunicación, reforzándose la idea de "grupo de amigos ante todo".

Seguramente nadie pondrá en duda, que se puede vivir en conflicto con el medio ambiente y particularmente con el prójimo. También es de todos conocido, pero mucho más difícil de comprender, que uno puede generar desdicha en el retiro total de su cabeza. Es fácil que uno reproche falta de interés al compañero, malas intenciones a aquel otro y que haga al tiempo atmosférico responsable de su demanda, pero la puerta de acceso a esa vida desdichada no es ni más ni menos, que la convicción de que no hay más que una opinión correcta: la propia. Una vez que se ha llegado a esta convicción, muy pronto se tiene que comprobar que el mundo va de mal en peor.

Aparece toda una gama estereotipadas de actitudes: el agresivo, el que está sistemáticamente en contra, el que confunde al equipo con un tribunal, el que bromea sin cesar, etc. Difícil solución este componente psicológico de la naturaleza humana. Sobre todo, cuando el origen de toda discusión, es tener razón. Tener razón es de lo más sencillo: use la lógica, un argumento algo "lógico", la convicción de que sólo es verdadera la opinión de uno, y si es necesario defiéndala elevando el tono de voz. Tiene usted servido el conflicto.

Los equipos reaccionan de 4 formas diferentes frente al **conflicto**:

- La primera descansa en la autoridad incuestionable del coordinador. El resuelve los conflictos. Se crean situaciones de ganador/perdedor, se produce resentimiento y se afecta negativamente la productividad del equipo.

- Una segunda, sería la resolución de las diferencias de opinión por votación. Los perdedores emplean su energía en prepararse para una nueva votación más que en llevar adelante la decisión de la mayoría.

- Una tercera forma sería el dejar hacer. Esta aproximación implica evitar o ignorar la presencia del conflicto. Al no ser resuelto emergerá posteriormente.

- Una cuarta y última forma, que sería la más productiva, es la del consenso. En ella se discuten las diferencias de opinión y se las utiliza para resolver los conflictos creativamente.

Otro grupo de elementos perversos, lo constituyen los **incentivos** y las sanciones, elementos, que como se sabe son motivadores para todos. A menudo su inexistencia es el máximo exponente de perversión ("*total, no pasa nada si alguien*

decide actuar de forma distinta a como debiera"). Su existencia, puede también ser perversa: primar el simple ahorro en farmacia (sin tener en cuenta la calidad de la prescripción), incentivar la repetición innecesaria de actos médicos... Casi siempre, cuando existen, la responsabilidad de los incentivos está muy lejos del propio EAP, perdiéndose autoridad y disminuyendo la capacidad de motivación. Para una mayor profundización sobre el tema, se puede consultar el Documento semFYC 1: "Medidas de motivación e incentivación en Atención Primaria" (Toledo-1993).

Finalmente, no debemos olvidar las perversiones que giran en torno a la figura del **Coordinador**, a quien se le quiere dotar de responsabilidad sin tener suficientes herramientas de gestión. Cabe a ello añadir sus frecuentes déficits de formación en la dirección de equipos, que ya se han citado y las fórmulas de elección para el cargo, que acostumbra a no tener en cuenta su idoneidad. Así, por último, a las perversidades que hemos citado del trabajo en equipo, debemos añadir el déficit en su dirección.

Pese a todo ello, cabe reafirmar la utilidad del trabajo en equipo, sobre todo si tenemos en cuenta que:

- El trabajo en equipo como toda relación humana, puede ser gratificante; puede enriquecer y hacer la vida más fácil.

- El trabajo en equipo es una situación irreversible en esta sociedad, por su evolución sociológica y psicológica, como forma de trabajo en la Atención Primaria de Salud. Constituye un progreso real de la democracia en la organización del Sistema Sanitario.

- Existen técnicas de consenso adecuadas, que permiten diferir el juicio sobre una idea y la participación activa de todos, y que de ser aplicadas, deberían serlo en un clima de confianza y relajación. Deberían ser conocidas y aceptadas.

- El equipo no es un estado que permanece estable, sino un eterno fluir y refluir, determinado no sólo por el entorno actual, sino por la propia historia personal y el grado de fortaleza y capacidad de crítica que tengamos.

4. LOS PROFESIONALES

4.1. UNA SITUACION CAMBIANTE

Una sociedad cada día más exigente con la calidad de los servicios públicos que recibe, y una administración más preocupada por la eficiencia están forzando el cambio del papel del médico.

Es difícil ser **profesional liberal** y al mismo tiempo **funcionario**, y ya no digamos ser también "trabajador asalariado". Tanto el médico como la administración están remozando su papel en el sistema.

La administración ya no se llama así, ahora dice ser empresa y a los médicos pasó de llamarles Don Fulano a Trabajadores para finalmente ser Doctor Don Ejecutivo.

Por otra parte, la mejora del nivel educativo de la sociedad y las alabanzas, en general, hacia la especialización hacen tambalear el prestigio social del médico "de cabecera". El choque entre el médico y el usuario es más frecuente como se puede deducir del incremento de los seguros de responsabilidad civil, multiplicándose por diez en dos años. La **valoración del médico** ya no le viene únicamente del título sino del desempeño de su trabajo.

La sociedad conoce cada vez mejor que los médicos son generadores de efectos adversos con su práctica clínica, y el médico de familia ve todos los días sus aciertos y errores, a diferencia del especialista quien difícilmente dirá "algo" hasta realizar unas cuantas pruebas complementarias y así aumentar su probabilidad de acierto. El médico de familia cuenta en "la continuidad de la atención", como siempre, con su arma más apreciada, pero, a su vez, con un efecto perverso importante: el efecto secundario, inherente a su práctica, del continuo acertar/equivocarse. Si el paciente quiere un diagnóstico en el inicio de su sintomatología probablemente salga decepcionado de la consulta del médico de familia y aumente su, tan estimulada, necesidad de especialista. Sin embargo, si el paciente confía en su médico y asume el riesgo de la espera (a que aparezcan nuevos síntomas o a que desaparezcan los que tiene), casi seguro que el médico de familia le solucionará el problema aumentando, al mismo tiempo, su prestigio.

Ante todos estos cambios, **¿cómo responde el médico?**, ¿cómo se sitúa dentro del sistema?. Indudablemente, la respuesta es muy variable. Podemos encontrarnos al mismo tiempo, e incluso en el mismo espacio, con los dos extremos, que podríamos caracterizar así: Por un lado, el médico general contratado que sólo se hace cargo de sus actos médicos y todo lo demás es responsabilidad de la Administración. Y por el otro, el médico que se considera responsable de la salud de una población asignada o de una lista de pacientes y que él mismo gestiona el presupuesto.

Para pasar de un tipo de médico al otro se tienen que dar varios procesos de cambio resumidos fundamentalmente en uno: el paso del médico-funcionario, que se considera fuera del sistema aunque se acuerde de él a fin de mes, al médico consciente de ser proveedor de servicios. Una vez que se adquiere consciencia de este nuevo papel dentro del sistema, el médico queda "atrapado" dentro del círculo de la calidad y la eficiencia. Observará la necesidad de que la consulta y el centro esté más organizado así como que los diferentes profesionales del centro tengan una mayor competencia técnica.

Tampoco debemos ser ingenuos. En muchas ocasiones, detrás de frases que descargan responsabilidades en otros se esconde una verdadera perversidad ética: el situar los propios intereses, en cada momento, por delante del usuario que solicita el servicio. Esta es una circunstancia difícil de combatir y generadora de una pobre atención sanitaria.

4.2. LA SITUACION LABORAL EN LA EMPRESA

No está el horno para bollos, se podría decir. La interacción entre la variable "número de parados" con "quejas del funcionamiento de los servicios sanitarios"

puede hacer dirigir la mirada a la caza del funcionario, o de lo que se entiende como seguridad laboral mal correspondida. Los gobiernos, los profesionales y los ciudadanos compartimos la necesidad de buscar **nuevas fórmulas contractuales**. El viejo debate sobre las virtudes y defectos de la sanidad pública o privada se está convirtiendo en una discusión más léxica que de política sanitaria.

En un momento confuso como el actual sobre la gestión de los bienes y servicios públicos, y con el entronamiento de la eficiencia, es necesario diferenciar la **seguridad** acomodaticia de la plaza fija de la recomendable estabilidad en el empleo. Tanto puede paralizar perversamente una situación como la otra. Tanto la seguridad de la plaza fija como la inestabilidad laboral son verdaderos factores de riesgo de perversidad en la práctica clínica.

La **estabilidad** en el empleo es condición necesaria para la implicación de los profesionales en actividades a medio y largo plazo. No se pueden plantear actividades con carácter estratégico en el centro si no hay una base cuantitativa y cualificada de profesionales que tienen segura la estabilidad en el puesto de trabajo para un período de varios años.

La **doble práctica público-privada** ligada a un escaso rendimiento de la sanidad pública está produciendo efectos devastadores sobre la eficiencia y la equidad. Muchas de las pruebas complementarias o de las recetas o bajas laborales son generadas por esta doble práctica. La situación contractual "en exclusividad" con la sanidad pública es un bien deseado que dificultaría esta lucrativa perversión de algunos médicos.

La verdad es que no es fácil combinar tantas variables en remodelación, pero la línea parece clara en las **nuevas fórmulas de gestión**: bajo un marco de trabajo por objetivos y retribución variable e incentivadora, permitir una mayor autonomía y creatividad a los centros y a los propios médicos.

En España se está iniciando el camino de las Fundaciones o Sociedades sin ánimo de lucro o Mutuas que utilizan el marco contractual privado en las relaciones laborales con sus profesionales. Probablemente en el futuro aumentarán con celeridad este tipo de contratos. Sería deseable aprender de otros Estados expertos en este tipo de prácticas y así evitar prácticas perversas consentidas o facilitadas por los organismos financiadores.

4.3. LA COMPETENCIA PROFESIONAL

El factor que aparentemente más influye en la práctica clínica es la **competencia técnica-profesional**. La palabra "competencia", que por encima de todo equivale a capacidad para solucionar problemas clínicos, en el caso de los médicos de familia no debe reducirse a saber curar enfermedades o tratar síntomas. Abarca también aspectos como:

- Realizar actividades preventivas en la consulta, actividades en el ámbito familiar y actividades de promoción de la salud en la comunidad.

- Manejo con cierta profundidad de técnicas de comunicación entre el médico y el paciente.
- Tener conocimientos básicos de garantía de calidad, gestión, informática, metodología de investigación y del trabajo en equipo.

Este tipo de conocimientos o habilidades se están implantando progresivamente lo que facilita que los nuevos médicos de familia aprenderán, en general, el manejo de estos instrumentos. Pero es necesario que la mayoría de los profesionales adquiera formación en estas técnicas y eso sólo se puede conseguir con formación continuada.

Actualmente, si sumamos los presupuestos de la Administración, los esfuerzos individuales y la aportación de la industria farmacéutica probablemente nos sorprenderíamos del dinero destinado a **formación continuada**. Lo que sucede es que esta formación, en su mayoría, no va dirigida a mejorar la calidad y eficiencia de la práctica de los profesionales. No va dirigida a las necesidades del sistema sanitario.

No cabe duda que se puede decir otro tanto de los profesionales de enfermería o del personal administrativo.

La **enfermera** precisa una formación específica en áreas propias de Atención Primaria y no hay formación continuada adecuada en este sentido. En las escuelas ya se empieza a abordar este tema pero no es así con los profesionales que ya están en el sistema. La posibilidad de trasladarse desde el hospital sin una prueba específica de capacitación aumenta el número de personal sin formación específica y por lo tanto su necesidad.

En cuanto al **personal administrativo** hay que decir que es esencial su capacidad de relacionarse con el público y conocimiento de ciertas habilidades como la informática. El acceso por oposición a puestos administrativos inespecíficos hacen necesario también su formación continuada y específica para su puesto de trabajo.

Tanto el catálogo de prestaciones básicas del Sistema Nacional de Salud como la definición de la cartera de servicios unida a un modelo retributivo orientado por estos servicios influirá de forma determinante en la denominación de la competencia profesional.

La **evaluación de la competencia** profesional probablemente precise otro grupo de trabajo. De todos modos, la recertificación, la evaluación de cumplimiento de objetivos y el estudio continuado de la satisfacción de los usuarios pueden ser líneas de trabajo para valorar de forma global la competencia profesional, que, por otra parte, debería ir ligada a la carrera profesional.

4.4. LA ETICA PROFESIONAL

La falta de **definición de las obligaciones** de los médicos de familia/generales, la seguridad laboral del funcionario y la función tradicional del

médico de curar al individuo enfermo amparan a quienes se niegan a realizar otras actividades, además de las asistenciales, y que rechazan la necesidad de adquirir conocimientos sobre nuevas técnicas o habilidades.

Detrás de argumentaciones supuestamente científicas o ideológicas se esconden en muchas ocasiones **miedo a la evaluación** del trabajo, comodidad o incluso desinterés por una atención adecuada a la población.

Otro aspecto ético a considerar y a tener más en cuenta, en la medida que se pondere más la capitación en las retribuciones, es la captación de pacientes mediante la **oferta "dócil"** por parte del médico de recetas, bajas,...

Una valoración más objetiva del trabajo realizado aclararía y diferenciaría positivamente a unos de otros.

5. LA INVESTIGACION Y LA DOCENCIA

Ante todo, cabe señalar que creemos importante que todos los EAP realicen algún tipo de actividad investigadora y docente, que deben ser promovidas, aunque no es imprescindible que todos los médicos de cabecera deban participar en ellas. Es perfectamente posible ser un excelente médico de familia sin realizar actividad investigadora o docente.

5.1. LA PROPIA ACTIVIDAD CONDICIONA EL DETERIORO PROFESIONAL

El concepto de histéresis

La histéresis es un término derivado del griego que etimológicamente significa **retrasado**. En física se utiliza para describir la situación en la que se encuentran algunos cuerpos una vez sometidos a una fuerza deformante. A diferencia de los cuerpos elásticos, que recuperan rápidamente su forma original, los "histerésicos" lo hacen de forma lenta, pudiendo no llegar a recuperarse totalmente. Por ejemplo, cuando arrugamos una hoja de papel con la mano, sin mucho empeño, tiende, al dejarla libre, a recuperar sólo parcialmente su forma original.

Si nos referimos al mantenimiento de la competencia profesional, podemos decir que todo profesional que deja de ejercitar los conocimientos y habilidades propios de su trabajo durante un período de tiempo definido (diferente para cada actividad y tarea) los recuperará de una forma lenta, y en algunos casos incompleta, cuando tenga que utilizarlos nuevamente.

La histéresis en Medicina de Familia: Condicionantes

Es inherente a la propia naturaleza de la actividad clínica en Atención Primaria que los **problemas de salud** aparezcan en una **fase temprana** ante nosotros, con manifestaciones semiológicas poco específicas, pobres en signos objetivos, algo más ricos en síntomas (subjetividad). Por otra parte, la ocurrencia de las enfermedades de mayor gravedad es mucho menor que la de aquellas de menor

transcendencia vital. Finalmente, pueden aparecer entremezclados, en una misma consulta, signos o síntomas de una patología importante con otros de menor relevancia vital, pero que produzcan más incapacidad, incomodidad o dolor, generando el emmascaramiento de lo grave por lo molesto.

Así, el médico de cabecera se mueve constantemente en una **dialéctica entre la sensibilidad y la especificidad**. Al principio de su ejercicio, después de formarse en el medio hospitalario con alta prevalencia de enfermedades graves, tenderá a ser con respecto a ellas muy sensible pero poco específico; sospechará, patologías de mayor gravedad donde, en la mayoría de los casos, hay procesos comunes menos trascendentes. Por el contrario, a lo largo de su práctica profesional, cuando descubre que su morbilidad atendida es diferente, incrementará su especificidad, al precio de una menor sensibilidad.

Ya que el mejor aprendizaje es el ligado a la práctica, es necesario que el médico de familia asuma la atención de un **número de personas** y tenga acceso a las **herramientas** diagnósticas y terapéuticas que, de acuerdo con las diferentes ocurrencias de las enfermedades, le permitan mantenerse competente.

De acuerdo con el actual programa de la especialidad, ésto probablemente no es posible si al menos no se asumen (¿soportan?) poblaciones de 2500 personas y se tiene acceso a un variado elenco de pruebas y medios terapéuticos. Pero en nuestro país, por diversos factores socioculturales y organizacionales, estas cargas asistenciales originan frecuentaciones tan elevadas que reducen el tiempo de consulta por paciente a niveles prácticamente simbólicos y/o incrementan el tiempo total de consulta hasta valores próximos al suicidio (del médico se entiende). En consecuencia se produce una disminución del número de horas disponibles destinado a investigación y docencia/formación (I+D).

Se produce, pues, un **círculo perverso**, en el que tanto el incremento como la disminución de habitantes adscritos, más allá de ciertos límites, pueden mermar la competencia. Estimativamente, fuera del rango 1500-2500 habitantes, el fenómeno de histéresis puede ser muy acusado; desde este punto de vista, no parece aceptable consentir cupos de menos de 500 habitantes.

Las alternativas

Las alternativas a este círculo perverso son varias. En primer lugar **incentivar** y reconocer laboral y socialmente el esfuerzo que inevitablemente tiene que hacer el médico de familia, para evitar la merma de su competencia; se podría hablar de una masa crítica de morbilidad atendida por debajo de la cual se produce el deterioro.

En segundo lugar el médico de familia debe constituirse en **líder** de un proyecto sanitario (como ya se dijo en anteriores informes técnicos) en el que participen **otros colaboradores** de la consulta, en los que pueda delegar la ejecución y parte de la responsabilidad de las funciones que se le asignan.

Finalmente, no cabe restringirle el acceso a **pruebas diagnósticas** y terapéuticas cuando documente un uso racional de las mismas.

Todo apunta a una disminución de los gastos en Atención Primaria cuando la competencia profesional es alta: cuantas medidas vayan en su detrimento serán también perversas para la eficiencia del sistema sanitario.

5.2. LA I+D CONDICIONADAS POR EL TRABAJO EN ATENCION PRIMARIA

Formación de posgrado

Dos elementos fundamentales han condicionado las actividades de I+D en Atención Primaria. En primer lugar la **formación posgraduada** (MIR) en Medicina de Familia y Comunitaria. En segundo lugar la organización en **equipos** de los profesionales que trabajan en las ZBS. Serían elementos "**beatíficos**", en contraposición a su ausencia, que se configuraría como perversa.

Merece la pena enfatizar el punto de inflexión cuantitativo y cualitativo que supuso para la **investigación** en Atención Primaria la formación MIR en Medicina de Familia. La comparación de la producción de investigación entre unos y otros profesionales puede hacerse mediante el simple listado de trabajos publicados por profesionales con y sin esta formación de posgrado

La ausencia de una adecuada **formación de posgrado** puede ser un factor que contribuya a la pérdida del marco de referencia de la atención sanitaria que debe prestar un médico de familia, y, en consecuencia, el marco en que se mueve su I+D. A ello puede añadirse, además, la falta de conocimientos metodológicos para abordar un proyecto de investigación, un programa de formación continuada o de docencia a otros profesionales. También repercute en la orientación de la formación que se busca, tanto en las suscripciones a revistas o en la asistencia a cursos, seminarios, etc.. Es decir una reproducción de la formación académica que poco o nada tiene que ver con el ejercicio profesional en el nivel primario de atención.

En el caso de la **formación continuada**, el trabajo en equipo es un elemento favorecedor y el trabajo aislado un elemento perverso. Así, en el modelo no reformado las actividades formativas son generalmente escasas, poco ligadas a la práctica y facilitadas por la industria farmacéutica. La alternativa para evitar esta perversión es la formación continuada dentro del equipo y por agentes externos que incentive, además del mantenimiento de la competencia clínica, el conocimiento y la adquisición de habilidades metodológicas como la estadística, el diseño de proyectos de investigación, el manejo de herramientas informáticas, la lectura crítica de artículos científicos y el manejo de la entrevista clínica.

La actividad asistencial de los EAP

La **atención clínica** puede repercutir de modo desfavorable en la I+D. Como ya hemos comentado, si la actividad es escasa se produce el fenómeno de histéresis; por el contrario, con excesiva actividad asistencial la simple carencia de tiempo se configura como un factor determinante fundamental. No sólo no hay tiempo para el

diseño de los proyectos de investigación, sino que tampoco es posible cumplimentar con rigor los protocolos clínicos que estos proyectos demandan. Del mismo modo puede verse afectada la investigación evaluadora de la propia actividad; los registros de datos, incluida la historia clínica, se rellenan con los elementos imprescindibles para el seguimiento, recogiendo de forma muy sumaria los indicadores necesarios para la evaluación de la calidad.

Otros aspectos de carácter organizacional que inciden en el desarrollo de la I+D son los relacionados con su **ausencia en el denominado "producto"** de la Atención Primaria. En realidad tanto la investigación como la formación y docencia son actividades que se justifican en la medida que demuestran mayor eficiencia y efectividad en los servicios, en la medida que aseguran el nutriente crítico de la puesta al día de la actividad orientada a atender al usuario; sin embargo, están tan íntimamente relacionados con la calidad de los servicios, que no considerarlos como producto puede conducir a efectos perversos futuros.

La carencia de **equipamientos** mínimos, o la falta de acceso a los que existen en otros niveles del sistema, constituye otro factor negativo condicionante de la I+D. Hemos potenciado la accesibilidad al sistema de salud de los usuarios, considerando su mejora como un indicador de la calidad de la asistencia, pero ha existido una preocupación menor, en general, para facilitar el acceso de los profesionales a bases de datos, herramientas informáticas, equipamientos o medios diagnósticos complementarios.

Necesidad de financiación externa. Industria farmacéutica

Merece la pena hacer algún comentario relacionado con las fuentes de información y formación que están muy influenciadas por la industria farmacéutica. Así la denominada **"prensa médica especializada"**, habitualmente de distribución gratuita, la visita periódica de los delegados de laboratorio o los cursos, simposio, congresos o **programas de formación continuada** que los laboratorios organizan o patrocinan de una forma directa.

Cuando no se confrontan con otras más independientes o los programas patrocinados no son supervisados por sociedades científicas, cabe dudar de la objetividad de las mismas o al menos plantearse la existencia de sesgos en la información proporcionada. El efecto que se consigue, cuando no existe formación adecuada previa e información objetiva complementaria es el deterioro de la capacidad de análisis crítico, que en definitiva es el objetivo final de la I+D. Sin rechazar en lo absoluto la participación de la industria privada en este tipo de actividades, y valorando algunas de sus iniciativas como excelentes, sí debe reclamarse la supervisión de sociedades científicas y la tutela administrativa para la acreditación de las mismas, así como una regulación más rigurosa de la visita médica o de actividades de marketing de producto camufladas como de investigación en fase 4 de medicamentos.

Algo hay que decir también de la feria de las vanidades en que se han convertido nuestros **congresos** (todos los congresos médicos), en una espiral

posiblemente inevitable. Simposio satélites, zoco de regalos al por menor en los pasillos y actividades extracongresuales forman un abigarrado bosque en donde es difícil otear el tímido reflejo de las sesiones de comunicaciones (¿alguien puede definir mejor la soledad?), o las mesas de ponencias, sobre todo las de primera hora de la mañana. Cuando uno desempaqueta el equipaje, entre paraguas, pins, bolígrafos, relojes, plantas de decoración, carteras, algún que otro libro de edición "jurásica", etc., es probable que no encuentre el modesto libro de ponencias y comunicaciones. En el círculo vicioso de querer ofrecer calidad científica, pero también hotelera y de esparcimiento, los congresos han encarecido enormemente sus costes y, precisan de financiación comercial al margen de la institucional y de las cuotas de inscripción; en consecuencia, lo que en su origen es un encuentro para el debate crítico, merma su independencia para poder subsistir. Difícil solución para este auténtico efecto perverso. Cuando a ello se añade que el poder adquisitivo del profesional generalmente no le permite acceder a estos eventos sin "apoyos", se completa una ceremonia perversa en su pleno significado.

La organización de la práctica diaria

La falta de **espacio** es un limitante externo de la formación. La necesidad de formar más médicos de familia nos ha llevado a la acreditación de centros que no reúnen las mínimas condiciones de espacio exigidas, no ya para la docencia, sino para la simple convivencia diaria entre médicos y usuarios. Las consultas se han convertido en una nueva edición, corregida y aumentada, del famoso camarote de los hermanos Marx en la deliciosa "Una noche en la ópera". Paciente, acompañante, médico, enfermera, alumna de enfermería, alumno de medicina, residente de primer año y residente de tercer año, pueden coincidir en un solo espacio físico de consulta, donde el problema fundamental es la falta de oxígeno y localizar (léase ver) al enfermo.

La carencia o falta de acceso a **fuentes de datos** documentales, actúa como condicionante negativo de la formación de posgrado. Ello ocurre tanto en el hospital, donde es poco probable que en las bibliotecas existan libros y revistas de Atención Primaria, como en algunos centros de salud.

La carencia de recursos básicos para el **mantenimiento de la competencia** profesional de los tutores es otro elemento perverso para la docencia de pre y posgrado.

La motivación. Actitudes defensivas

Algunos factores que pueden dificultar la I+D en medicina de familia están relacionados con una progresiva **falta de motivación** por incrementar la competencia profesional. Son factores, algunos posiblemente inherentes al propio trabajo en atención primaria, que facilitan una atención clínica rutinariamente aceptable y penalizan la osadía de asumir técnicas nuevas. Así, se configuran como elementos perversos la estabilidad en el puesto de trabajo sin ninguna

reacreditación ulterior, la falta de una carrera profesional que reconozca los méritos contraídos en el ejercicio diario de la profesión y la inquietud en la realización de actividades de formación continuada, la facilidad para derivar la responsabilidad de la atención en el nivel especializado cuando un determinado problema requiere algo más que una atención de rutina.

Los mismos **cupos estables**, que por otra parte facilitan la continuidad en los cuidados (cualidad fundamental en APS), pueden constituirse en un efecto perverso intrínseco si nos instalamos en la comodidad de creer conocer la patobiografía de todos los usuarios sin necesidad de mantener los sensores de alerta encendidos en todo momento. Para evitarlo deberíamos mantener la dimensión holística de la atención al enfermo, que pretende comprenderle en su integralidad y en su devenir histórico, a lo largo de todas sus etapas vitales.

De reciente aparición en nuestro medio es la actitud defensiva ante las **reclamaciones** sobre problemas de salud que plantea el paciente. La exagerada difusión que algunos medios de comunicación general han propiciado de algunos errores médicos, el enorme eco que algunas sentencias han tenido en la prensa médica especializada, algunas interpretaciones judiciales probablemente fallidas y el justo derecho de los pacientes a reclamar, junto con la posibilidad de obtener beneficios, "al modo norteamericano", han propiciado un clima de miedo, en algunos casos o de justificación, en otros, que impide el desarrollo de nuevas actividades o la asunción de nuevas competencias en la APS.

5.3. LA I+D COMO ELEMENTO PERVERSO DE LA PRACTICA PROFESIONAL

Es poco probable que la I+D perviertan la práctica de la medicina de familia. Sólo su desmesura, la **falta de equilibrio** con el ejercicio diario de la profesión, merece ser considerado de un modo negativo.

La I+D en los centros de salud con formación de residentes puede producir un **incremento de costes**, probablemente en relación con el mayor número de pruebas diagnósticas solicitadas por ellos. Esta pérdida de eficiencia económica debe contemplarse en los pactos de objetivos entre la gerencia y los EAP.

La docencia y la formación

En la fase de formación posgraduada el primer riesgo de perversión está en la **carencia de prestigio profesional** de la especialidad. En consecuencia, es elegida muchas veces como el "último refugio" MIR, esperando convocatorias más propicias o aceptándolo como mal menor ante la imposibilidad de acceso a otras especialidades de más brillo y poder.

Por otra parte, durante los dos años que se rota en el **hospital**, sobre todo cuando este es de tercer nivel, la desconexión con la realidad de la APS es casi absoluta. El fenómeno, de nuevo, es perverso: una mayor estancia en el centro de salud desde el comienzo va en detrimento del aprendizaje de algunas habilidades

que precisan del hospital e impide la familiarización con las distintas presentaciones de la enfermedad en un medio de alta prevalencia como es el hospitalario; si, por el contrario, no se acude al centro de salud hasta el tercer año, sin una inmersión gradual en la atención primaria, el modelo hospitalario habrá cristalizado en el médico residente de un modo casi irreversible.

La consecuencia de estos dos hechos es la **insatisfacción ulterior** en el trabajo que no puede, ni pretende, darle el mismo horizonte profesional que el hospital.

Los centros de salud con docencia de pregrado y posgrado pueden caer en otros efectos perversos más preocupantes. Ya se ha mencionado cómo las consultas pueden convertirse en tribunales médicos con la consiguiente **pérdida de intimidad**, pero también deben citarse otros aspectos percibidos como negativos por el paciente: desea ser atendido siempre por el mismo médico, ve como año tras año generaciones de médicos jóvenes y distintos se ocupan de sus problemas, **no percibe la continuidad** en el cuidado, se dificulta la comunicación médico-paciente con la pérdida añadida de empatía y de abordaje de los aspectos psicosociales de los problemas de salud y sienten que su enfermedad se instrumentaliza para el aprendizaje, en vez de ser los protagonistas de una relación forzosamente a dos.

Otro riesgo de la formación y la docencia es el derivado de una **concepción académica**, desarrollada mediante cursos, seminarios, asistencia a congresos, lectura de libros o revistas, de un modo exclusivo o fundamental. Es un riesgo porque no está ligada a la práctica profesional y en función de ésta, como un elemento más de los servicios que debe darse un EAP a sí mismo y, también, porque constituye una coartada para el ejercicio del despotismo ilustrado de otros especialistas del sistema de salud. No parece razonable que nuestra participación en la mayoría de estas actividades sea la de justificar su existencia rellenando el patio de butacas o siendo los suscriptores-receptores de sus programas de formación. Parece que un criterio fundamental es exigir la participación de los médicos de familia en cuantas actividades formativas se dirijan a ellos.

La investigación

En una tendencia hasta el límite, puede llegar a considerarse al **paciente como un estorbo** para la investigación. La consulta del médico de familia se nutre espontáneamente con los problemas de salud de todos los días, forzosamente inespecíficos, obligatoriamente indefinidos y coloreados de angustia, ansiedad y temor. Favorecer la accesibilidad, sobre todo la derivada de la confianza mutua conlleva a convertirse en un consejero casi para todo y aceptar que ciertos niveles de frecuentación son inevitables. Cuando la investigación es una consecuencia directa de la actividad asistencial, la consulta no será una rémora sino el principal nutriente para la búsqueda de soluciones, el alimento para la duda razonable y el espíritu crítico que se plantea como tarea primaria del médico de familia. Si la investigación está disociada de la tarea diaria y de los cometidos propios de

nuestra especialidad el conflicto está servido. Para atender otras inquietudes está el tiempo libre: los pacientes no tienen la culpa de no presentar la patología que nos gustaría estudiar ni de que estemos en un nivel de atención que no se corresponde con nuestros deseos.

La perversión de la investigación tiene que ver con la mayor o menor **desconexión con el medio** en el que realiza la práctica clínica el médico de familia, la práctica de un cobayismo no autorizado por los pacientes y el desarrollo de programas de marketing farmacéuticos encubiertos bajo el nombre de trabajos científicos. De una forma creciente, se requiere a los médicos de familia en los estudios postmarketing de efectos secundarios o de evaluación de la efectividad de medicamentos recientemente aprobados para su uso. En muchos casos se juega con la necesidad de contar con patrocinadores para la asistencia a congresos científicos, en otros ¿con qué se juega?. No siempre el usuario da un consentimiento informado y, en cualquier caso, se utilizan recursos generales del sistema de salud para estudios que la empresa privada debería financiar. Este riesgo de perversión debería ser tratado sin excesos de puritanismo, pero también respetando el interés de nuestros pacientes y el uso correcto de un bien público. La creación de **comisiones de investigación** en las gerencias de APS puede ser un primer paso.

6. CONCLUSIONES

El médico de familia trabaja en un entorno que puede facilitar o dificultar su labor. En este documento se abordan aquellos elementos relacionados con nuestra práctica cotidiana que dificultan nuestro trabajo. Les hemos denominado **elementos perversos**.

El mismo **entorno social y sanitario** presenta algunos elementos perversos. Se prima la tecnificación y la rápida solución de los problemas; el médico de familia debe actuar con algo tan clásico como la humanización y la prevención. La preeminencia social, y presupuestaria de los centros hospitalarios supone también una perversión del sistema sanitario. El absurdo enfrentamiento entre médicos de cabecera no nos ayuda a superar estos problemas.

A menudo el especialista hospitalario no asume su papel de consultor; considera al médico de cabecera como un profesional poco cualificado, pocas veces contesta el documento de interconsulta y realiza seguimientos innecesarios de problemas de salud. En **la relación con otros niveles asistenciales**, el médico de familia debe ser el abogado defensor de la salud de su población. No se trata de "derivar" pacientes a un especialista, sino de consultar problemas, sin perder el seguimiento del paciente y mejorando la información bidireccional.

Las **listas de espera** de la consulta especializada y el colapso de los servicios de urgencia hospitalarios, usados a menudo como un atajo, son dos graves perversiones que tienen causas y soluciones comunes. Deberían evitarse las múltiples interconsultas intrahospitalarias, responsabilizar a los médicos de familia de la atención continuada y facilitar estancias hospitalarias más cortas con el

soporte de los EAP. Si cada EAP decidiese a quién consultaba (elección de servicio de referencia) y gestionase sus propias listas de espera, se crearía una nueva concepción de servicio de otros niveles asistenciales respecto a la APS.

El **propio modelo de Zona Básica de Salud**, con una comunidad delimitada geográficamente y una asignación de sueldos sin incentivación de las diferentes cargas asistenciales pervierte también la actitud de los propios profesionales y merecería importantes modificaciones.

Los **déficits en dotación** material, informatización y personal administrativo, son otras de las perversiones a resolver. En el documento se abordan también los **ruidos e interferencias** que se producen en la consulta (interrupciones, teléfono...) y la importancia de evitarlos para mejorar la relación médico-usuario, destacándose el hecho de que la mayoría de interrupciones son producidas por el propio EAP y serían evitables.

Se resalta también la importancia y **dificultades del trabajo en equipo**, y la necesidad de utilizar las herramientas adecuadas para hacerlo eficaz, orientándolo al trabajo por la consecución de unos determinados objetivos de salud. Los déficits de formación y la idoneidad en la designación de los responsables del EAP se configuran también como elementos perversos que no favorecen el trabajo en equipo.

Diversos **problemas de tipo organizativo** dificultan también la atención a la población: la indefinición de roles de los distintos profesionales, las insuficientes dotaciones de profesionales por número de habitantes, los numerosos elementos burocráticos de nuestras consultas (volantes, recetas...), las dificultades para introducir actividades preventivas, etc.

La inestabilidad en el lugar de trabajo y también la comodidad de la estabilidad, la doble práctica pública-privada, la falta de incentivación por el trabajo bien hecho, la ausencia de protagonismo en la gestión y la incapacidad para adaptarse a nuevas necesidades de la población, son algunos de los elementos perversos **ligados al propio profesional**.

El **falta de protagonismo en la gestión** no permite a los profesionales trabajar con mayor responsabilidad, claridad y priorización de objetivos y capacidad para gestionar derivaciones a otros niveles de atención. Deben obviarse las posibles perversiones de algunas nuevas fórmulas de gestión, aprendiendo de experiencias anteriores y de otros países.

El propio quehacer del médico de familia provoca **efectos secundarios** que pueden resultar perversos. Actuamos ante unos problemas de salud generalmente banales, pero con la grave responsabilidad de detectar precozmente problemas potencialmente graves; esta situación determina un constante dialéctica entre la sensibilidad y la especificidad y en un constante ir y venir entre el éxito y el error, que sólo pueden compensarse asegurando una intensa relación de continuidad con el usuario y asumiendo una población suficientemente grande como para no perder habilidades y asegurar una correcta formación continuada.

Los **déficits de formación continuada** deben resolverse para evitar la pérdida de aptitudes. Se debe mantener y mejorar la formación de posgrado del médico de cabecera y resolver los déficits en la formación de otros profesionales. Existen numerosas **dificultades para la investigación** en Atención Primaria, que debería ser prioritaria si se desea que sea útil para la atención a los problemas de salud habituales de nuestra población.

En el límite, sin embargo, el EAP nunca debe caer en la tentación de considerar al usuario como a *un pequeño estorbo* para la realización de actividades docentes y de investigación *más interesantes*. Nuestra tarea esencial es y debe seguir siendo la atención a las necesidades de salud de la población asignada.