

# CAPÍTULO 1

## El profesional en el equipo de Atención Primaria

JOSEP CASAJUANA BRUNET

### A modo de preámbulo

En el entorno sanitario todo el mundo distingue claramente entre los gestores y los clínicos, que son vistos a menudo como actores con intereses opuestos, enfrentados; por ello el concepto de gestión clínica puede parecer, a ojos de no pocos profesionales, un oxímoron. «Ellos» gestionan, «nosotros» hacemos clínica. La asistencia es la barrera que separa al clínico del gestor, al «nosotros» del «ellos».

Pero lo cierto es que ese concepto es erróneo. Quien realmente gestiona, quien realmente tiene la última decisión de cómo se gastan la mayor parte de los recursos, son los clínicos, tomando decisiones clínicas en su actividad cotidiana. Así, el 80% de los gastos que genera un centro de salud son la suma de farmacia e incapacidad temporal (IT)<sup>1</sup>, y ese gasto sale directamente del bolígrafo (del teclado) del médico.

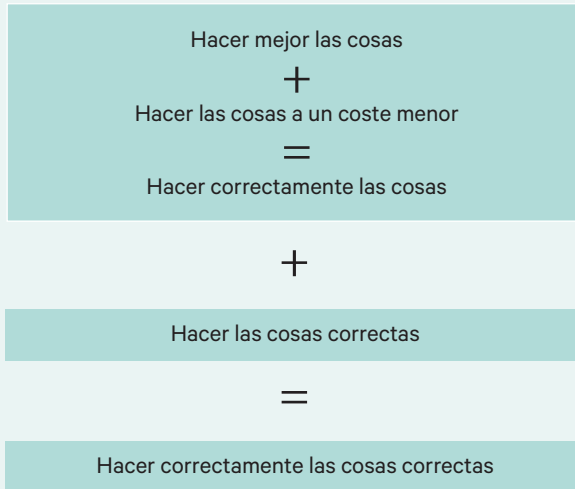
Gestionar no es más (ni menos) que tomar decisiones que habitualmente implican asignar recursos. Una definición de gestión clínica muy operativa es la de «hacer correctamente las cosas correctas»<sup>2</sup> (figura 1). «Hacer correctamente las cosas» quiere decir hacerlas con una adecuada calidad y a un coste asumible. «Hacer las cosas correctas» quiere decir hacer las cosas que debemos hacer. Si hacemos cosas que no debemos hacer (algo nada infrecuente en nuestras consultas), por muy correctamente que las hagamos, no estamos haciendo una buena gestión clínica. Más adelante veremos de forma explícita ejemplos de ello<sup>3,4</sup>.

La actividad gestora cotidiana del médico de familia (MF) se desarrolla en un marco concreto que es el equipo de Atención Primaria (EAP), formado por personal asalariado, y que en su inmensa mayoría se ha constituido mediante concurso-oposición (forma «curiosa» de crear equipos). Conviene ser conscientes de que esa es una fórmula de organización poco frecuente en los países de nuestro entorno<sup>5</sup>. Equipo, oposición y salario son condicionantes, para bien y para mal, que no debemos olvidar en ningún momento y que conllevan unas implicaciones de responsabilidad compartida, bidireccional.

En cierto modo, podemos entender el EAP como un ecosistema en el que se establecen relaciones de simbiosis («vivir juntos») entre cada individuo y su equipo. Estas relaciones pueden definirse como mutualistas (el individuo obtiene beneficio del equipo y el equipo del individuo); comensales (el individuo obtiene beneficio del equipo, mientras que el equipo no lo obtiene del individuo, pero tampoco resulta perjudicado); parasitarias (el individuo obtiene beneficio del equipo, y el equipo sale perjudicado de la relación).

Te animamos, lector, a preguntarte cuál es la relación que tienes establecida con tu equipo: «¿Qué perdería mi equipo si de la noche a la mañana yo desapareciera?».

**Figura 1. Hacer gestión clínica**



Tomada de: Servicio Andaluz de Salud<sup>2</sup>.

- ▶ Si la relación es mutualista, es muy probable que tú y tu equipo podáis obtener algo positivo de este libro.
- ▶ Si la relación es comensal, también es posible que obtengas algún beneficio, pero que no repercuta en tu equipo. Quizá sería una oportunidad para replantear tu relación e intentar que aquello positivo que puedas obtener del libro repercuta también de alguna manera en el resto del equipo.
- ▶ Si la relación es parasitaria, la situación resulta más complicada. Pregúntate si te está bien seguir manteniendo ese tipo de relación. Si la respuesta es «no», en tu mano está cambiarla (no es fácil, pero es posible y muy agradecido). Si la respuesta es «sí», muchos aspectos de los contenidos de este libro pueden herir tu sensibilidad. Te recomendamos que te pongas en contacto con semFYC Ediciones e intentes que te devuelvan el importe.

**PARA REFLEXIONAR**



**Haz una primera aproximación al tipo de relación** que establecen los compañeros de tu EAP con el conjunto del equipo. Intenta cuantificar de forma aproximada y por estamentos cuál es la prevalencia de cada uno de los tres tipos de simbiosis.

**ERRORES FRECUENTES**



**En la práctica solemos ser muy poco exigentes con nuestros compañeros de equipo.** Si no molestan y tienen un trato mínimamente cordial, ya damos por buena su aportación al equipo, aunque en realidad no estén aportando nada. Por otra parte, las «grandes figuras» no sirven para el equipo si este no obtiene un beneficio de su presencia. Además, disponemos de una «predisposición natural» a defender a cualquier miembro del equipo, incluyendo a los parásitos, cuando se produce algún tipo de «ataque» externo...

## El decálogo del profesional del equipo de Atención Primaria

La reforma de la Atención Primaria (AP) representó en su momento un cambio sustancial en la forma y el fondo de la prestación de servicios sanitarios en el primer nivel de atención. Desde hace unos años se viene hablando de la necesidad, cada vez más imperiosa, de un nuevo cambio significativo en el modelo, pero lo cierto es que la situación actual, lejos de vivirse como un momento de cambio, parece más una situación de estancamiento, de desconcierto, de cierto desinterés, de falta de ilusión. Todo el mundo habla de la necesidad de reformar la reforma<sup>6,7</sup>, pero, en plena crisis, no se están aprovechando las oportunidades para producir cambios de envergadura.

No solo eso, sino que incluso se está utilizando para incorporar cambios que, no pocas veces, debilitan la AP y en ocasiones bajo el aplauso de los propios profesionales que trabajan en ella. Sirvan de ejemplo: pérdida de cartera de servicios, modificación de la receta electrónica por especialistas hospitalarios, dependencia funcional de la AP de centros hospitalarios del territorio, etc.

Quizá un hecho que dificulta de manera importante la actitud y las acciones de cambio es la elevada prevalencia de la conciencia de «culpable externo». Sin duda, todos los actores implicados tenemos muchos aspectos que corregir y mejorar, pero la consideración de que el gran culpable es otro (los gestores, los políticos, el presupuesto, etc.) y de que nosotros solo somos víctimas de la situación nos aboca a una actitud pasiva e inerte en espera de que lleguen soluciones externas.

No es objeto de este libro descifrar y asignar las culpas que cada uno tiene, sino buscar (y encontrar) soluciones prácticas a nuestro alcance que tengan capacidad de mejorar nuestro día a día, nuestra actividad cotidiana.

Con esta visión podemos asumir, de forma esquemática, que la actual situación de parálisis reconoce tres claros factores etiológicos que dependen en buena parte del profesional sanitario: la desprofesionalización (o «funcionarización»), el complejo de inferioridad de la AP frente a la atención secundaria y el bajo liderazgo en los EAP<sup>8</sup>. De estos tres factores se derivan tres autolimitaciones de la AP que condicionan directamente lo cotidiano de nuestras consultas: la percepción de la frecuentación como exógena, la percepción de la prescripción como inducida y la falta de capacidad resolutoria<sup>9</sup>. En un texto reciente<sup>10</sup>, cuyo pdf está disponible en abierto, se desarrollan más ampliamente estos aspectos. En este libro presentaremos propuestas para minimizar el impacto negativo que pueden tener estos problemas en nuestras consultas.

### PARA REFLEXIONAR



**Plantéate tu visión sobre los tres factores etiológicos que se han señalado y sobre las tres denominadas autolimitaciones de la AP. Es posible que no estés de acuerdo con alguno de ellos. Argúmentalo de una forma explícita, sobre papel, y confróntalo con los argumentos que se exponen en los textos referenciados en el párrafo.**

Para trasladar esta argumentación a nuestro entorno real, a nuestro equipo, debemos considerar sus propias características. Uno puede tener la suerte de estar integrado en un equipo 10, en el que hay un director que tiene visión y liderazgo, y unos compañeros motivados e implicados en un objetivo común y que cuentan con recursos adecuados,

o bien puede encontrarse en las antípodas, con un director que quiere mantenerse sin complicarse la vida, unos compañeros «quemados» que van cada uno a lo suyo y, encima, escasez de recursos. Sin embargo, en uno u otro caso existen algunas reglas de oro, básicamente centradas en conceptos y actitudes, que nos van a ayudar si nos planteamos realizar los cambios que consideremos necesarios. Las presentamos en el siguiente decálogo (tabla 1):

**Tabla 1. Decálogo del profesional del equipo de Atención Primaria**

1. A Dios rogando y con el mazo dando
2. Servir a Dios y al diablo
3. ¡Que me dejen trabajar tranquilo!
4. Dime cómo me pagas y te diré cómo me comporto
5. Toda la vida se ha hecho así...
6. Más vale pedir perdón que pedir permiso
7. Ponle números a las sensaciones
8. ¿Cómo voy a llevarle yo la contraria al especialista?
9. ¡Daño no hará...!
10. Compromiso con el paciente

## 1. «A Dios rogando y con el mazo dando»

Ya hemos dicho que pensar que toda la culpa es de los demás, además de ser un error, genera una conducta de parálisis. El extremo opuesto, pensar que uno es culpable de todo lo que le pasa, es otro grave error; afecta a la autoestima y tampoco favorece el cambio.

Hay que dotarse de una buena dosis de pragmatismo, trabajar para encontrar soluciones, no culpables, ser conscientes de que no pocas veces lo mejor es enemigo de lo bueno, que a veces no es tan importante llegar antes como llegar juntos, y que hay que aplicar siempre el sentido común.

Esto es justamente la antítesis de la «cultura de la queja». No se debe perder el tiempo en lamentarse de aquello sobre lo cual no tenemos posibilidades reales de actuar, porque no aporta ningún beneficio. Lo que hay que hacer es delimitar aquello sobre lo cual tenemos capacidad de cambio y poner manos a la obra. El problema lo tenemos nosotros, y también, a menudo, buena parte de las soluciones.

Así pues, hay que saber reconocer la parte de responsabilidad que corresponde a cada uno para poder actuar sobre ella, sobre aquello que realmente está a nuestro alcance («con el mazo dando»), y ello nos legitima para poder exigir a los otros que asuman sus propias responsabilidades («a Dios rogando»).

### ERRORES MÁS FRECUENTES



«Centrifugar» las culpas, de modo que toda la culpa es de los demás. Esto conduce a no hacer nada y encerrarse en la cultura de la queja.

## 2. «Servir a Dios y al diablo»

Los profesionales de AP deben ofrecer servicios de calidad, con satisfacción de los pacientes y a un coste que resulte asumible.

En ocasiones los profesionales pueden sentirse un tanto incómodos en este rol de administradores de unos recursos que son (cada vez más) limitados, pero esta función es inherente al hecho de ser un empleado público que toma decisiones sanitarias en un sistema público y que, por tanto, implican el consumo de un dinero público. Con todo ello, ocasionalmente puede aparecer un problema cuando los intereses del paciente son contradictorios con los de la comunidad. El médico de AP, cuando está actuando como tal, debe ofrecer a sus pacientes lo mejor para ellos, no debe establecer otro tipo de prioridades que deben ser planteadas desde otro nivel de responsabilidad<sup>11</sup>.

Por el contrario, es muy diferente la situación, nada infrecuente en las consultas de AP, cuando el paciente solicita una prestación que no está contemplada. Sirva de ejemplo el paciente que solicita una baja para cuidar de un familiar enfermo. Si el profesional accede a ello, está utilizando un recurso que debe administrar con un objetivo que no se corresponde. En cierto modo podemos decir que está «invitando a una ronda», pero pagando con el dinero de otro.

### ERRORES MÁS FRECUENTES



**Utilizar el recurso de IT para resolver problemas sociales.** A título individual yo puedo hacer lo que quiera con mi dinero, pero actuando como trabajador público solo puedo utilizar los recursos públicos para aquello para lo que están definidos.

## 3. «¡Que me dejen trabajar tranquilo!»

Esta es una frase que podemos oír cuando un profesional revisa los indicadores de resultados clínicos o de farmacia que ofrecen los sistemas de información cada vez más potentes debido a la informatización de la historia clínica. «¡Que me dejen trabajar tranquilo!» La frase tiene especial énfasis cuando no estamos de acuerdo con algunos indicadores u objetivos concretos con los que miden nuestra actividad, ya sea por el concepto que contienen, ya sea por el resultado que señalan.

El profesional de AP trabaja en un equipo y gestiona recursos públicos, y tiene por ello una responsabilidad para con sus compañeros (los resultados del equipo son fruto del esfuerzo de todos) y una responsabilidad con la Administración. Podemos presuponer que el profesional va a ejercer de forma adecuada ambas responsabilidades, pero también es lógico y razonable que ese supuesto se compruebe de forma objetiva, no ya con afán punitivo, sino como instrumento de detección de situaciones mejorables y de mejora continua. Para ello es de enorme utilidad disponer de un adecuado sistema de información y de una amplia batería de indicadores de resultados clínicos que nos permitan corregir posibles desviaciones.

Así, por ejemplo, si sabemos que un paciente con insuficiencia cardíaca debe tener indicado un betabloqueador y disponemos de un indicador de cumplimiento de esta premisa y de un listado de los pacientes que no la cumplen, podemos revisar ese listado para valorar si ha habido alguna omisión involuntaria o simplemente es que al individualizar el tratamiento ante un determinado paciente hemos optado por no indicar ese fármaco.

Si un indicador de farmacia nos dice que estamos empleando el triple de antibióticos que nuestros compañeros de equipo, habrá que valorar si nuestros pacientes son tan diferentes o si es nuestra práctica la que es tan diferente, y en ese caso intentar averiguar por qué.

Por tanto, los sistemas de información han de estar al servicio de los profesionales (ese es su primer objetivo, su verdadera razón de ser, si entendemos una organización centrada en el paciente) para poder mejorar la calidad de la atención. La utilización de esa información por parte de los gestores debe entenderse como un «efecto secundario» y no debería desviarnos del objetivo fundamental.

#### ERRORES MÁS FRECUENTES



1) considerar los sistemas de información como un instrumento de medida hecho para el gestor, en lugar de como un instrumento para la práctica clínica; 2) actuar mirando más los indicadores de resultados que los ojos del paciente; 3) no valorar adecuadamente las causas que motivan las desviaciones importantes de nuestros indicadores en relación con los de nuestros compañeros.

## 4. «Dime cómo me pagas y te diré cómo me comporto»

La forma en que se retribuye a los profesionales señala (debería señalar) las prioridades que se plantea una organización y, lógicamente, determina algunos de los comportamientos de los miembros de dicha organización.

Es bien sabido que los incentivos económicos, lo que se ha venido a denominar pago por rendimiento (*pay for performance* o P4P), tienen efecto sobre el comportamiento de los profesionales<sup>12</sup>, pero a la vez no están exentos de efectos secundarios. Un incentivo bien utilizado puede generar mejoras en la atención con escasos efectos secundarios, mientras que un incentivo mal utilizado puede generar efectos secundarios importantes sin ninguna mejora.

En nuestro entorno, los profesionales asistenciales expresan a menudo su descontento con los sistemas de incentivos que están siendo aplicados en los últimos años porque pueden resultar disfuncionales en relación con el día a día, bien porque obligan a clicar en exceso, bien porque pueden tender a la sobreactuación en algunos pacientes... Lo cierto es que estos problemas ocurren, pero debe entenderse que responden a un diseño inadecuado de los indicadores, no a que el hecho de incentivar determinadas acciones sea inadecuado.

Los incentivos, como ya se ha dicho, tienen efectos secundarios, pero su ausencia, el café para todos, no está en absoluto exenta de esos efectos. Así, por ejemplo, el médico de un centro de salud que tiene mucho «éxito» con sus pacientes (todos los que se cambian de médico quieren ir con él) puede tener más la vivencia de fracaso, porque ello le reporta un cupo mayor, mayor carga de trabajo, sin ninguna compensación por ello (el valor económico del cupo es muy escaso en nuestros modelos retributivos) y es posible que, además, ello altere sus resultados (por ejemplo, por más lista de espera) y se vea penalizado.

Los incentivos son útiles y deseables. Son una herramienta que debe desarrollarse mucho mejor para minimizar sus efectos secundarios y para discernir al profesional que más y menos trabaja, para reconocer los esfuerzos y los resultados.

**ERRORES MÁS FRECUENTES**

**Incentivar alguna actividad u objetivo sin haber considerado previamente sus posibles efectos secundarios.**

**5. «Toda la vida se ha hecho así...»**

Una búsqueda bibliográfica sencilla para dar respuesta a preguntas clínicas que nos surgen en el día a día puede solucionarse con frecuencia desde la consulta con unas pocas pantallas en menos de 5 minutos (en general, con recursos secundarios, como uptodate o similares). Hace 30 años se tardaba unos cuantos días y había que hacer varios desplazamientos. ¡Cómo ha cambiado todo!

El primer PC se comercializó en 1981, y nos cambió la vida. El uso de internet empezó a extenderse a mediados de la década de 1990, y nos cambió la vida. El primer iPhone fue presentado en 2007, y nos cambió la vida... Parece que cada década nos cambia la vida.

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) han provocado un cambio espectacular en la forma de actuar y de relacionarse gracias a una mejora y un cambio constante. Sin embargo, en los poco más de 30 años en que se ha producido esta revolución, la forma de desarrollar la consulta en AP parece mantenerse inalterable. Más allá de la historia clínica electrónica (que en no pocos casos no va mucho más allá de la mecanización de la historia de papel) y de ser accesibles por teléfono (cosa que aún no todos los profesionales ven con buenos ojos), otras «modernidades» no son más que anecdóticas en alguna consulta. Y es que de hecho, en coherencia con todo ello, la organización de muchos EAP se basa en el principio de «toda la vida se ha hecho así...». Mal argumento.

Todo es mejorable, y una de las reglas de oro de las empresas excelentes es que la innovación ha de ser la norma. Analizar, detectar, proponer cambios para mejorar los circuitos, las agendas, la accesibilidad, la calidad, los resultados, etc. A título de ejemplo sirva comentar el cambio importante de rol, de contenido, que está teniendo en algunos equipos la enfermera, implicándose en la resolución de patología aguda con muy buenos resultados<sup>13</sup>. Se ha encontrado mucha oposición a estos cambios, basada más en la defensa del adormecido confort de la rutina que en argumentos profesionales sólidos. De hecho, existen ya pruebas de la efectividad y factibilidad de este tipo de cambios en nuestro medio<sup>14</sup>.

Es necesario y urgente evolucionar del «Toda la vida se ha hecho así...» como argumento, al «Nunca antes lo habíamos hecho» como logro. Hay que evolucionar del «No estoy seguro de qué pasaría si...» al «¿Tenemos dudas? Pues vamos a probarlo».

**ERRORES MÁS FRECUENTES**

1) mantenerse anclado en la confortable rutina inventando argumentos para no cambiar, sin saber reconocer y gestionar los miedos que el cambio nos produce; 2) realizar determinadas rutinas sin plantearse cuál es su sentido, qué pasaría si dejásemos de hacerlas o si existe una mejor forma de llevarlas a cabo.

## 6. «Más vale pedir perdón...»

Una chica adolescente ha salido una noche de fiesta. Sus padres le han dado permiso hasta las tres. Ya es la hora y la noche promete. Se plantea dos posibilidades: 1) llamar a casa para pedir una prórroga; 2) llegar tarde y pedir perdón contando cualquier excusa. ¿Cuál es la respuesta correcta?

Sin lugar a dudas, si hay una regla de gran valor en (casi) todos los aspectos de la vida, es la de «más vale pedir perdón que pedir permiso».

Cualquier profesional puede encontrarse en situaciones en las cuales tiene que tomar una decisión que no se ajusta a normativas o costumbres habituales, pero sirve de forma adecuada a su finalidad de ofrecer una atención de calidad. En esas ocasiones, la necesidad o búsqueda de un permiso para saltarse las rutinas puede ser un obstáculo para actuar. Nos podemos encontrar con un «no».

La negativa puede ser debida a que se está planteando algo nuevo y ello puede asustar un poco por el miedo a la novedad y la incertidumbre del resultado. No debemos olvidar que el «no generar problemas» es un valor prevalente en muchas de nuestras organizaciones, mucho más sencillo y apreciado que el de «generar soluciones».

No es necesario buscar complicidades para eludir responsabilidades si tenemos clara la ruta que debemos seguir. Parece razonable seguir por el atajo y, en un momento dado, si es necesario, será fácil argumentar después de consumir los hechos «Perdón, lo siento, yo no sabía...».

No se le escapará al lector que el hecho de disponer de una plaza en propiedad va a ser un facilitador valioso para poder desarrollar ese tipo de filosofía.

### ERRORES MÁS FRECUENTES



Buscar permisos, acuerdos o anuencias cuando tenemos claro el curso que debemos seguir y existe la posibilidad de que nos digan que no.

## 7. «Ponle números a las sensaciones»

«Hace más ruido un árbol que cae que un bosque que crece.» Esta frase tan gráfica del cardenal Óscar Andrés Rodríguez hace referencia a cuando lo anecdótico es elevado a categoría máxima o, lo que es lo mismo, cuando las percepciones personales sustituyen a los aspectos objetivos. Percibimos más el ruido del árbol que cae, pero cuantificar nos permitirá ser conscientes del número de árboles que crecen en silencio.

Hay que ponerle números a las sensaciones. Hay que cuantificar para poder medir de forma adecuada la realidad y poder evaluar los resultados de las acciones que se llevan a cabo para cambiarla.

«Hay muchas interrupciones en la consulta.» Es posible, pero ¿cuántas son?, ¿por qué se producen?, ¿pasan en todas las consultas?... Cuantificar nos permitirá conocer de forma real el volumen del problema, analizarlo y evaluar si se producen los cambios esperados cuando desarrollemos acciones de mejora. No hace falta una precisión absoluta ni un tamaño que tenga significación estadística. Hay que ser práctico y posibilista.



**ERRORES MÁS FRECUENTES**

**Planificar, decidir o actuar** a partir de sensaciones sin haberse tomado antes la molestia de cuantificar la situación que queremos cambiar y cuyas causas queremos tipificar.

**8. «¿Cómo voy a llevarle yo la contraria al especialista?»**

Cuando hablamos de médicos de AP y médicos de atención secundaria, no estamos hablando de médicos humildes y engrerdos, ni de médicos tontos y listos, ni de médicos simpáticos y antipáticos, estamos hablando de dos perfiles profesionales complementarios, necesariamente complementarios.

Los médicos de atención secundaria están especializados en un área de conocimiento determinado mientras que los médicos de AP están especializados en lo frecuente de las diversas áreas de conocimiento. Los médicos de atención secundaria centran sus esfuerzos en la patología del paciente que afecta a su área de conocimiento, mientras que los médicos de AP centran sus esfuerzos en el paciente, con su comorbilidad y los condicionantes derivados de su entorno.

Las características específicas del médico de familia (MF) están bien desarrolladas en un par de artículos que pueden denominarse clásicos, de Ortún y Gervas, que abordan de forma clara cuáles son, o deben ser, estas diferencias<sup>15,16</sup>.

Por las diferencias expuestas, es lógico que pueda haber discrepancias en el manejo de un determinado problema de salud en un paciente concreto, y no es lógico que el MF piense que no puede plantear propuestas diferentes a las del especialista. Es cierto que a priori es posible que el especialista goce de cierta ventaja ante algunos pacientes por el aura que le dota su especialidad, pero el MF goza de la ventaja de la longitudinalidad que va a facilitarle la «victoria» a medio plazo con aquellos pacientes que a corto plazo se sientan más confiados con la argumentación del especialista.

A partir de esta visión creemos que debe replantearse el concepto de prescripción inducida y reconsiderar algunas de las propuestas que con afán de evitar un determinado conflicto de prescripción con el especialista nos hacen perder nuestro rol de agentes de salud del paciente. Esto hace referencia a las propuestas, ampliamente aceptadas, de que los especialistas hagan sus propias recetas. Craso error. Si así se hace, es posible que consigamos que nuestra prescripción consista en paracetamol, acetilsalicílico y vahos, mientras que nuestro paciente va tomando además superprazol, condroguay, gilicoxib y maxiestatina, indicados por los especialistas. Pero ¿cuál es realmente nuestro objetivo? ¿Presentar unos indicadores de prescripción inmaculados o que nuestros pacientes tengan prescrita una medicación adecuada? La respuesta no admite muchas dudas.

El médico de Atención Primaria (MAP) no debe utilizar la prescripción inducida como una excusa, sino como un instrumento de gestión de la prescripción de sus pacientes.

**ERRORES MÁS FRECUENTES**

1) actuar con visión de especialista en el manejo de los pacientes de nuestra consulta de AP (hay que saber dónde estamos); 2) valorar solo con visión primarista las actuaciones y planteamientos que realiza el especialista de atención secundaria (también hay que saber ponerse en el sitio del otro).

## 9. «¡Daño no hará...!»

Es una expresión que dicen a menudo los pacientes, por ejemplo, cuando les comentamos la escasa o dudosa efectividad de determinado fármaco que les ha recomendado otro profesional, un pariente o el vecino. «¡Daño no hará...!» Craso error, pues todos los fármacos tienen efectos primarios y secundarios.

La actividad médica no es inocua, sino peligrosa, y de hecho es una de las principales causas de mortalidad en los países desarrollados<sup>17</sup>. En general, profesionales y pacientes son poco conscientes de ese riesgo, y por ello el «*primum non nocere*» se ha sustituido por el «*primum facere*» y el «esperar y ver» por el «hay que hacer algo».

Todas las decisiones y acciones en la vida tienen efectos primarios y secundarios, y en medicina esto posee una relevancia especial por el hecho de que unos toman las decisiones, pero son otros quienes las reciben (y otros los que pagan sus costes). Además, buena parte de las decisiones tienen una importante carga de incertidumbre...

Proteger al paciente de ese exceso de intervencionismo, de los riesgos del propio sistema sanitario, es lo que Jamouille definió como prevención cuaternaria<sup>18</sup>. El MAP está en una situación privilegiada para ello, y la práctica de la prevención cuaternaria ha de ser una de las actividades más relevantes de la AP.

### PARA REFLEXIONAR



**Piensa y anota algunas de las posibilidades habituales del MF para ejercer la prevención cuaternaria** –por ejemplo, oportunidades que hayas tenido durante tu último día de consulta–. Hacerlas conscientes nos puede ayudar a ser proactivos en la próxima ocasión.

### ERRORES MÁS FRECUENTES



Olvidar que todas las decisiones y acciones tienen efectos secundarios.

## 10. «Compromiso con el paciente»

Como ya hemos dicho, los profesionales de AP, por su situación próxima y por sus objetivos, deben reunir unas características específicas en cuanto a trato e implicación que son fundamentales y en buena parte distintas a las del especialista hospitalario.

Comentamos a continuación algunos de los aspectos señalados por Ortún y Gervas en sendos artículos mencionados anteriormente<sup>15,16</sup>, e incluimos otras características de la práctica de los profesionales de AP que, si bien no tienen por qué ser ajenas a la práctica de los especialistas hospitalarios, sí que deben formar parte necesariamente de la forma de actuar en el día a día de la AP.

- ▶ Prudencia: para aplicar siempre que sea posible la prevención cuaternaria evitando las sobreactuaciones del sistema sanitario y sus riesgos, utilizando dos de los recursos más importantes para el MAP: «esperar y ver» y «la silla». Teniendo siempre claro que «lo más frecuente es lo más frecuente», que por las distintas características

de los pacientes que vemos en AP en relación con los que van al hospital los protocolos de actuación debe ser diferentes, adaptados a los pacientes de AP, teniendo presente que en AP las pruebas son para comprobar hipótesis diagnósticas y no tienen sentido las baterías de pruebas.

- ▶ **Accesibilidad:** en el espacio y en el tiempo, para poder actuar como primer contacto cuando el paciente lo necesite, sin que la lista de espera represente una barrera, pero sin justificar «barras libres». Las TIC deben tener un gran papel en esta accesibilidad y deben representar un cambio de formato de parte de los encuentros médico-paciente.
- ▶ **Cercanía:** no solo física, sino también personal, con empatía modulada por el conocimiento del entorno, con familiaridad para generar confianza, huyendo del paternalismo, que permita desarrollar una actividad de asesoría al paciente (agente de salud) que facilite su participación adecuadamente informada en la toma de decisiones en los frecuentes entornos de incertidumbre que caracterizan a la atención sanitaria en general.
- ▶ **Polivalencia:** para poder dar respuesta adecuada a la mayoría de los problemas de salud de sus pacientes. El MAP ha de ser experto en lo frecuente, debe tener la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de los pacientes. Ello implica conocimientos y habilidades en técnicas habituales. Un adecuado nivel de resolución es la carta de presentación del médico de AP.
- ▶ **Longitudinalidad:** para tener un mejor conocimiento de las variables «blandas» del paciente, para poder generar confianza, para disponer de la perspectiva del tiempo y, con todo ello, poder realizar una aproximación global al paciente, más allá del simple abordaje biomédico.
- ▶ **Gestión de la incertidumbre:** muchas veces nos movemos en entornos y nos enfrentamos a decisiones en que la incertidumbre es el factor predominante. Saber gestionar esa incertidumbre evita sobreactuaciones y riesgos para los pacientes. Del mismo modo que el médico hospitalario diagnostica a menudo enfermedades que no tienen tratamiento, el MAP debe abordar con frecuencia problemas que no tienen diagnóstico. En esos casos, el «esperar y ver» y el «*primum non nocere*» son fundamentales.

Sin embargo, no estamos educados para ello. Por este motivo, como ya hemos expresado anteriormente, predomina el «cuanto más mejor», el «*primum facere*», y es complejo poder hacer comprender los riesgos de esta idea dominante que es alimentada por una (falsa) conciencia de riesgo cero.

El compromiso y la implicación con el paciente forman parte de la actuación profesional del MF. El paciente siempre nos va a perdonar los errores (si se ha sentido bien tratado), pero jamás nos perdonará que le «abandonemos» en manos de otros profesionales.

#### ERRORES MÁS FRECUENTES



Olvidar el compromiso que tenemos como agentes de salud del paciente, cuando este se mueve por el sistema (porque él lo ha decidido o porque nosotros lo hemos derivado).

## A modo de epílogo

En general, la organización de que se dota un EAP se estructura a partir de las decisiones de sus propios integrantes. Es cierto que en algunos casos hay interferencias que llegan desde las estructuras de gestión, pero el margen de maniobra de los profesionales suele ser suficientemente amplio como para poder afirmar que las características de la organización reflejan en buena parte la manera que tienen los miembros del equipo de entender el servicio que deben ofrecer a su población. No es menos cierto que en algunos casos no se aprovechan de forma adecuada esos grados de libertad y se mantienen aspectos organizativos por inercia sin plantearse cualquier posible acción de cambio.

Del mismo modo que a nivel de equipo, a nivel de la propia consulta el profesional goza de bastante libertad para definir y decidir la forma de prestar atención a sus pacientes. Aunque también ocurre, como en los equipos, que el profesional «se deja» organizar sin hacer nada por «personalizar» su forma de hacer las cosas.

Dado el protagonismo que equipo y profesional pueden tener, si quieren, en definir su forma de organizarse, es imprescindible conceptualizar una serie de aspectos de nuestra práctica diaria para poder plantear la organización partiendo de una visión de la situación deseable (lo que me gustaría) para concretar de forma realista la estrategia que seguir para llegar a ese destino (qué hacer para conseguirlo).

Muchos de los esfuerzos organizativos no parten de una conceptualización adecuada y pueden acabar fracasando por no haber definido primero el desiderátum. El que no sabe dónde quiere ir acaba dando vueltas sobre sí mismo.

En este primer capítulo hemos intentado conceptualizar diversos elementos que nos pueden ayudar cuando nos replanteemos nuestra organización, y seguiremos abundando en ello en próximos capítulos.

Pero además de ayudarnos a tener una visión de cómo plantearnos nuestra actividad, también nos ayudan a interiorizar nuestra misión como profesionales de EAP. Trabajar con esta visión, con esta misión, con esta actitud... es, sin duda, una buena forma de alimentar nuestra motivación trascendente, y, por ello, la mejor forma de prevenir el *burnout* y disfrutar del trabajo.

# PARA SABER MÁS

## Imprescindibles para complementar el capítulo

Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clin (Barc). 1996;106:97-102.

Gervas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. Aten Primaria. 1995;16:501-6.

*Estos dos artículos complementarios desarrollan de forma clara, precisa y fundamentada, las características específicas del MF. Son de lectura obligada para todos los profesionales de AP.*

Ortún V. Atención Primaria y gestión: pleonismo conceptual y oxímoron práctico. Medicina General. 2011;140:516-25.

*Este artículo de Ortún, mucho más reciente que los anteriores, revisa algunas de las limitaciones «autoimpuestas» de la AP. Ofrece la visión de un economista que conoce muy bien nuestro sistema sanitario y la AP de nuestro país.*

## Recomendables para saber más

Borrell F, Gené J. La atención primaria en los albores del siglo XXI. Gestión Clínica y Sanitaria. 2008;10(1):3-7.

Gervas J, Pérez-Fernández M. La necesaria Atención Primaria en España. Gestión Clínica y Sanitaria. 2008;10(1):8-12.

*Dos artículos publicados en la misma revista que representan una reflexión con dos visiones distintas sobre la situación de nuestra AP y su posible evolución. Al final de cada uno de los artículos existe un comentario realizado por los autores del otro artículo.*

Casajuana J, Gervas J (directores). La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare Iberica SL; 2012.

*Se trata de un libro, de libre acceso en la red, que a partir de la situación de nuestra AP propone cambios para su mejora que pueden desarrollar los propios profesionales desde su actividad diaria.*

# BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz Téllez A. Claves para la gestión de la incapacidad temporal en los equipos de Atención Primaria. En: Gestión del día a día en el EAP. Barcelona: semFYC; 2007.
2. Servicio Andaluz de Salud. Haciendo gestión clínica en Atención Primaria. [Internet.] Sevilla: SAS; 2000. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/21/pdf/GESTION.pdf>
3. Casajuana J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. FMC. 2005;12(9):579-81.
4. Prasad V, Vandross A, Toomey C, Cheung M, Rho J, Quinn S et al. A Decade of Reversal: An Analysis of 146 Contradicted Medical Practices. Mayo Clin Proc. [Internet.] 2013 pii: S0025-6196(13)00405-9. [Epub ahead of print]. Disponible en: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0025-6196/PIIS0025619613004059.pdf>
5. Casajuana J, Casajuana M. Aprendiendo de los otros países europeos. En: Casajuana J, Gérvas J (directores). La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare Iberica SL; 2012.
6. Borrell F, Gené J. La Atención Primaria en los albores del siglo XXI. Gestión Clínica y Sanitaria. 2008;10(1):3-7.
7. Gérvas J, Pérez-Fernández M. La necesaria Atención Primaria en España. Gestión Clínica y Sanitaria. 2008;10(1):8-12.
8. Casajuana J. En: Casajuana J, Gérvas J (directores). La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare Iberica SL; 2012.
9. Ortún V. Atención Primaria y gestión: pleonasma conceptual y oxímoron práctico. Medicina General. 2011;140:516-25.
10. Casajuana J, Gérvas J (directores). La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare Iberica SL; 2012.
11. Abrams FR. The doctor with two heads. The patient versus the costs. NEJM. 1993;328:975-6.
12. Mannion R, Davies H. Payment for performance in Health care. BMJ. 2008;336:306-8.
13. Fabrellas N, Vidal A, Amat G, Lejardi Y, Deulofeu MP, Buendía C. Nurse management of «same day» consultation for patient with minor illnesses: results of an extended programme in primary care in Catalonia. Journal of Advanced Nursing. 2011;67:1811-6.
14. Iglesias B, Ramos F, Serrano B, Fàbregas M, Sánchez C, García MJ et al. A randomized controlled trial of nurses vs doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. Journal of Advanced Nursing. 2013. doi: 10.1111/jan.12120.
15. Ortún V, Gérvas J. Fundamentos y eficiència de la Atención Médica primaria. Med Clin (Barc). 1996;106:97-102.
16. Gérvas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. Aten Primaria. 1995;16:501-6.
17. Starfield B. Is US health really the best in the world? JAMA. 2000;284:483-5.
18. Jamoulle M. Quaternary Prevention. [Internet.] Disponible en: [http://docpatient.net/mj/P4\\_citations.htm](http://docpatient.net/mj/P4_citations.htm)