

«En un lugar de la Mancha...» Todo para el paciente, pero ¿sin el paciente?

Comité de Redacción de AMF

«En un lugar de la Mancha...» se situaba el centro de salud de nuestro último artículo de diciembre. Podría situarse en cualquier otro lugar. En él se presentaba la reorganización del equipo, centrada en la pandemia. Implicaba potentes cambios en la forma de prestar la atención, y con la pretensión de estar construyendo el modelo de la Atención Primaria de Salud (APS) del futuro. ¿Esos cambios han venido para quedarse? ¿Eso es lo más conveniente?

Por el contenido de sus propuestas y por la fecha en que se publicó (28 de diciembre), damos por supuesto que, más tarde o más temprano, el lector habrá advertido que se trataba de una inocentada. Casi que fue un atrevimiento escribirla en un año tan aciago. Pero sonreír, reírnos de nosotros mismos, es un ejercicio sano.

Si alguno de nuestros lectores, a pesar de todo, pensaba que la propuesta era seria y formal, debemos entender que se trata de un preocupante efecto secundario que aparece como consecuencia de esta pesadilla que estamos viviendo despiertos.

«En un lugar de la Mancha de cuyo nombre no quiero acordarme...». Ciertamente, no quisiéramos acordarnos del nombre del lugar de La Mancha (o de cualquier otro punto de la geografía) donde sucedían, suceden, tantos sinsabores para nuestra APS y para los ciudadanos a los que debemos atender. Mejor olvidarlo, como quizás sería mejor olvidar el 2020. Pero la historia es tozuda, existe, y mejor que olvidarla es aprender de ella. Los retos, las dificultades, son, también, una ocasión de mejora, de replanteamiento.

La pandemia de la COVID-19 ha puesto patas arriba nuestra sociedad y, cómo no, nuestro sistema sanitario y, especialmente, una APS ya muy debilitada por décadas de abandono.

Aunque en formato de inocentada, muchos de los hechos descritos en nuestro imaginario centro de salud¹ no son ninguna broma. Casi todo lo descrito, con mayor o menor precisión, ha ocurrido, y ocurre, en numerosos centros de salud.

El constante menosprecio de nuestros políticos y gestores hacia la APS (pese a estar siempre en su boca como «eje del sistema»), su progresiva descapitaliza-

ción², el absurdo y contraproducente cierre de centros de salud y consultorios al inicio de la epidemia, el retraso y las dudas sobre las medidas de protección para los profesionales, las contraproducentes órdenes sobre la «nueva» organización de los centros reforzando la tendencia a primar la inmediatez y la dispensarización, y olvidando por completo el valor de la atención longitudinal... Todas ellas, y muchas más, son razones externas que han condicionado de forma muy importante la situación actual de la APS. Sin embargo, ninguna de ellas, ni todas juntas, justifican que sigamos, dócilmente acomodados, en una situación insostenible, en lugar de, como profesionales, reaccionar y aprovechar la ocasión para generar el cambio.

La pandemia ha supuesto un tsunami que todo lo arrasa, ante el cual todo se pone en duda, todo es replanteable

La pandemia ha provocado mucho sufrimiento y morbimortalidad. Como siempre, más en los más pobres. Pero también ha supuesto un tsunami que todo lo arrasa, ante el cual todo se pone en duda, todo es replanteable. Y es esa la ola que debemos aprovechar.

Nunca hubiéramos imaginado llegar a ver la receta electrónica de MUFACE (en realidad, esperábamos que antes desapareciera...) o que se diera validez a una prescripción electrónica (de reposo laboral o de fármacos) sin necesidad de imprimirla, o que pudiéramos negociar las visitas presenciales, o que... O incluso que se nos eche en falta (por parte de los ciudadanos o de los hospitales).

Al miedo humano ante la enfermedad y la incertidumbre (pese a que somos especialistas en navegar en ellas), se ha asociado el desconcierto creado por las autoridades sanitarias; en algunos casos también humano, en otros, injustificable. El resultado ha acentua-

do sobremanera las carencias de nuestra APS. Muchos profesionales y centros se han mantenido tozudamente al lado de sus pacientes, minimizando, cuando menos, los graves efectos adversos del aislamiento impuesto por la pandemia: una soledad que es, a su vez, causa de enfermedad y de inequidad³. Otros, escudados en «los nuevos tiempos de la pandemia», abandonaban totalmente los valores que hacen imprescindible la APS y se convertían casi exclusivamente en centros telemáticos, deshumanizados, con características comunes al centro de salud de nuestra inocentada¹.

Ante todo, debemos gestionar nuestro miedo humano, compartiéndolo con nuestros compañeros, admitiéndolo y reformulándolo. Asumiendo que una parte del miedo es intrínseca a nuestro quehacer profesional (que conlleva ciertos riesgos inherentes a todas las profesiones), pero abordando también con seriedad científica cuáles son las medidas razonables de protección (nuestras y de los pacientes)⁴; esas y no otras son las que debemos exigir y practicar. Deberíamos ya haber aprendido (de la historia y de nuestra propia experiencia) que de poco sirve acumular capas de «protección tecnológica» ante una situación determinada (un domicilio, por ejemplo), frente a la aplicación sistemática de medidas más simples (como el uso de mascarilla y el lavado de manos) ante todas las situaciones.

Estamos ante una ocasión irreplicable para dar un cambio de rumbo importante a nuestro quehacer cotidiano (que, en algunos casos, se había tornado insostenible). Será necesario seguir reclamando los profesionales que nos faltan, así como las condiciones de entorno adecuadas, pero debemos tomar la iniciativa y aprovechar para introducir cambios esenciales en nuestra organización, cambios que pueden revitalizarnos, hacernos ganar prestigio y facilitar nuestras demandas.

La consulta telefónica ha venido para quedarse. Quizás. Pero, con toda seguridad, no es fácil, no resuelve todos los problemas y, mal usada, los puede empeorar⁵. La consulta telefónica indiscriminada y realizada por quienes no son el médico/a o enfermera/o de familia propios, tan solo aumenta la demanda, genera repeticiones de atención y provoca angustia en el profesional y desamparo en los ciudadanos.

Profesionales administrativos sanitarios (muchos más que los actuales), con formación específica, dotados de suficientes líneas telefónicas (en lugar de promover centrales telefónicas de dudosa utilidad y alejadas del ciudadano), deben ejercer de verdadera puerta de entrada a los centros de salud; deben ser capaces de resolver consultas por sí mismos y decidir en qué casos, y en qué momento, será necesaria la atención presencial y por parte de qué profesional (enfermera, médica) será más eficiente. Esta actuación tan simple (y de coste económico no muy elevado) debería promover que la sana negociación entre ciudadanos y profesionales sea la que impere, en lugar de la estéril inmediatez o la imposición. Negociar, en el mejor sentido de la palabra, para decidir cuándo, y en qué forma, una persona precisa de atención por parte de su enfermera o su médica de familia².

Esta nueva forma de atender las demandas nos puede ayudar sobremanera a evitar o reconducir aquellas que son irracionales, evitar la presencialidad y la sincronía² en las que no lo requieren y hacer realidad el necesario reparto de roles entre médicas y enfermeras.

La «gestión de la demanda» en la APS no es cosa de enfermería o de cribados a la puerta del centro, es materia propia de profesionales administrativos sanitarios debidamente formados. Mientras no llega una formación institucional reglada, será muy eficiente que en los propios equipos se promueva su formación en servicio.

Pero para que esa nueva organización sea efectiva, se requiere la confianza de los ciudadanos. Y esa, si no la tenemos, hay que ganarla. Y se gana no solo reclamando campañas institucionales, sino, sobre todo, con nuestro quehacer cotidiano. Las personas deben sentirse atendidas, habitualmente, casi siempre, por su propia médica o enfermera de familia, para que puedan depositar en ellas su confianza. Aceptarán unas nuevas reglas de juego, mejores para todos, si perciben que no escatimamos la presencialidad, en consulta o en el domicilio, cuando es necesaria; si perciben que siempre dejamos la puerta abierta a la visita presencial si en un primer momento no la usamos y que siempre su criterio, en la negociación, será para nosotras esencial. La ciudadanía mantendrá la confianza en nosotros si percibe que estamos a su lado, que, con profesionalidad, nos interesamos por sus problemas e intentamos ayudar a resolverlos (o a reorientarlos), y que lo hacemos con dedicación, respeto, proximidad, lealtad, prudencia, equidad y honradez⁶.

Ganaremos la confianza manteniendo la longitudinalidad (atención habitual por la misma médica de familia) y la accesibilidad (no inmediatez) como herramientas imprescindibles, tanto como lo serían el fonendoscopio para el cardiólogo o el bisturí para el cirujano.

Y, por cierto, quien tiene y mantiene la confianza de la ciudadanía atesora un bello y enorme poder. Un poder no solo social, sino, sobre todo, personal, humano, que nos fortalece.

1. Menos presencia, más seguridad. AMF 2020;16(11). [Internet] Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2859
2. Minué S, Bravo R, Simó J. Lecciones no aprendidas de la pandemia de la COVID-19. AMF 2020;16(7):384-93. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2717
3. Vais S. The Inequity of Isolation. N Engl J Med. 2020 Nov 11. doi: 10.1056/NEJMp2029725.
4. Raya A, Fernández de Sanmamed MJ. Prevención de enfermedades altamente infecciosas en trabajadores y trabajadoras sanitarias. AMF 2020; 16 (núm. extraordinario) [Internet] Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2627
5. Muñoz E. La entrevista telefónica. AMF. 2020;16(11):659-67. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2852
6. Grup d'Ètica CAMFiC. El compromiso como médico/a de familia. [Internet] Barcelona: CAMFiC. 2016. Disponible en: http://www.camfic.cat/docs/Demo_Full-Compromis_ES.pdf