

El incierto futuro de la Atención Primaria

Autor | Sergio Minué. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública

"El cerebro ante la falta de incertidumbre, se ofende. El cerebro ante el exceso de incertidumbre, se frustra. Un especialista solo tiene futuro en entornos de baja incertidumbre. El especialista menos regresivo es el especialista en la incertidumbre, es decir el generalista. Lo más cierto de este mundo es que el mundo es incierto". Jorge Wagensberg¹.

El papel de la incertidumbre

Lewis Thomas en su libro *The Youngest Science*² (la Ciencia más joven), dibujaba un futuro en el que, gracias a la tecnología y la innovación, instrumentos de alta precisión permitirán "medir y mapear" todas las funciones del cuerpo humano, eliminando cualquier incertidumbre o vacío de conocimiento: "el paciente hospitalizado se sentirá por fin, parte activa de un inmenso aparato automatizado. Será ingresado y dado de alta por baterías de ordenadores, a menudo sin llegar a conocer el nombre de ningún médico. La mayor parte de los pacientes volverán a casa rápidamente, con la salud recuperada, curados de las enfermedades que les aquejan".

Aquella versión fantástica de Thomas², es la que de forma más o menos explícita comparten los que piensan que la Medicina alcanzará la perfección a través de la protoco-



Sergio Minué

Mientras los países de nuestro entorno con modelos de Atención Primaria fuertes han experimentado en los últimos 20 años importantes reformas, el nuestro ha permanecido prácticamente sin cambios

lización y certificación de procedimientos, la inversión tecnológica, o la construcción permanente de hospitales. En este sentido, el presidente de la Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE), Juan Rosell, llamaba no hace mucho a "industrializar la Sanidad", llegando a afirmar que "los crónicos cada vez gastan más, por lo que hay que emplearlos de otra manera".

Sin embargo, la toma de decisiones bajo incertidumbre seguirá siendo inevitable. Como escribía Iona Heath en *Love's La-*

*bour Lost*³, "el reduccionismo imperante en ciencia y economía genera una falsa certeza; las dos consideran al cuerpo como máquina y a la Medicina como la forma de buscar soluciones técnicas. Ambas están desconectadas de cualquier noción de lo que es el sufrimiento humano. Porque la Medicina no es ingeniería, el cuerpo humano no es una máquina y no existen soluciones fáciles. La tendencia dominante es hacia la certidumbre y el control; esas tendencias operan en interés de los políticos, porque un sistema en el que los agentes son intercambiables es mucho más fácil de organizar y controlar, minimizando las posibilidades de que profesionales y pacientes establezcan alianzas políticas con capacidad de generar una respuesta ante las deficiencias del gobierno".

En su reciente trabajo sobre las leyes de la Medicina⁴, Mukherjee resalta esta

constancia de la incertidumbre en la vida y el ejercicio de la Medicina: "la incertidumbre continuará siendo endémica en Medicina porque el contenido de ésta seguirá siendo complejo y ambicioso. Tendremos mejores máquinas pero continuaremos empleándolas para atender a personas enfermas". La manipulación del conocimiento en condiciones de gran incertidumbre es, también para Mukherjee, la esencia de la Medicina.

Si esta hipótesis es cierta, siguiendo a Wagensberg, nunca dejará de jugar un papel esencial el generalista en el sistema sanitario. Y sin embargo, su valor social está lejos de corresponderse con ese papel.

La invisibilidad de lo necesario

De poco sirve jugar un papel clave si ese rol no es reconocido por los medios de comunicación, la sociedad, y la propia institución. En *The Storyteller (El Contador de historias)*⁵, Walter Benjamin diferencia dos tipos de relatos: primero surgieron las historias de campesinos, contados en voz baja a la luz de la lumbre al acabar el extenuante trabajo en el campo; con el desarrollo del transporte marítimo aparecieron los cuentos de navegantes, los intrépidos marineros capaces de embarcarse hacia lo desconocido, y contarlo a la vuelta. Los primeros son expertos en el tiempo, en la enseñanza del pasado, en el (re)descubrimiento de lo conocido; los segundos manejan el espacio, la distancia y el descubrimiento de lo desconocido.

Poco a poco fueron ganando distancia los segundos en la preferencia social: lo inaudito y desconocido resulta siempre más atractivo que lo cotidiano.

En el sistema sanitario también ganaron la batalla los relatos de navegantes: agotadas la posibilidad de encontrar nuevas islas, las ansias de descubrimiento encontraron en la ciencia un nuevo filón: en ocasiones es el descubrimiento del gen que determina la demencia; en otras es la exploración del cerebro a través de



la "nave" de la resonancia magnética. Los nuevos "tripulantes" a lo desconocido llevan hoy bata y conducen unidades de ictus o trasplante, generando el asombro que antes produjeron conquistadores o astronautas. En ese contexto, ¿a quien puede interesar las historias de un campesino sanitario, de un médico de familia que lleva años atendiendo las mismas historias rutinarias, que no inventa cada día un tratamiento, ni realiza una técnica compleja dotado de una lente de alta graduación?

No es de extrañar por ello, que la Atención Primaria vaya haciéndose cada vez más invisible: no aparece en los medios, no existe en las prioridades de los políti-

cos, ni en las preferencias de los estudiantes a la hora de elegir especialidad.

Bauman⁶ sin embargo alerta de que los relatos de campesinos son solo "aparentemente" familiares, conocidos o aburridos; una falsa apariencia "que proviene de que se hallan tan cerca de la vista que no percibimos con claridad lo que son". En este sentido el reto estriba en ser capaces de sacar estos relatos a la luz.

El "poste" de la Atención Primaria

En opinión del doctor Omero de los Santos, médico de familia mexicano, la Atención Primaria es un "poste" (una



valla publicitaria), en la que cualquiera puede colgar su panfleto. Un día alguien llega y le coloca el anuncio de que debe resolver las dudas de la población ante el Ébola o el Zika; o los niños que mueren mucho las piernas y no están quietos o la necesidad

de hacerse la detección de sangre oculta en heces. Otras veces es la propia profesión la que se echa a las espaldas la vida entera y sus múltiples servidumbres, y la Medicina de Familia se juramenta para atender desde el catarro al lupo, a la vez que aspira a resolver el pro-

blema de la pobreza, la falta de agua o la simple ignorancia. Mientras los traumatólogos no tienen el más mínimo complejo en convertirse en “expertos en tobillo o cadera”, la Medicina de Familia continua en su viaje interminable hacia una arcadia en que pretende solucionar los problemas, no ya de sus pacientes, sino del mundo.

Nadie discute la necesidad de innovación y progreso en los hospitales y sus diferentes departamentos: la Cardiología ha avanzado radicalmente en los últimos 20 años, pero siempre en la misma dirección, perfeccionando los procedimientos diagnósticos y terapéuticos para abordar las enfermedades cardíacas.

La Atención Primaria también persevera en su empeño de ampliar su campo de actuación clínico: intervenciones que hace 20 años estaban reservadas al interior de un hospital son hoy rutinas habituales en muchos centros de Atención Primaria, desde el seguimiento del tratamiento anticoagulante a la realización de ecografías o implantación de DIUs. Pero su progresión no es unidireccional sino

multidireccional, puesto que abarca cualquier faceta del enfermar.

Paralelamente a este desafío la Atención Primaria, desde sus planteamientos estratégicos iniciales del año 1978 (Decla-

La Atención Primaria debe buscar la innovación en sus valores fundamentales, no en pirámides de estratificación de riesgos ni en complejos aparatajes; porque son esos valores los que la convierten en imprescindible

ración de la Organización Mundial de la Salud de la Alma Ata), pretende actuar en el medio comunitario en el que habita ese individuo, aspirando a mejorar no solo su salud, sino la de toda su comunidad. Ya el nombre de la especialidad médica del primer nivel de atención hace referencia a

las tres esferas en las que aspira intervenir: el individuo, la familia, la comunidad.

Una tarea desproporcionada, que no es extraño que acabe generando impotencia y frustración ante lo que se pretende. Como señalaba recientemente en la VI Cumbre de la Medicina Familiar celebrada en San José de Costa Rica, Amanda Howe, la próxima presidenta de WONCA (la Asociación Mundial de Médicos de Familia), “no se pueden librar todas las batallas, y mucho menos, todas a la vez”, siendo esencial “seleccionar con sabiduría qué batallas librar y a cuáles es preciso renunciar”.

No se discuten esas tres esferas de intervención; pero precisan de establecer con claridad cuáles son sus límites.

La encrucijada

Para su colega Son House, Robert Johnson tocaba decentemente la armónica, pero sin embargo era un desastre con la guitarra. Era un tipo huido, que aparecía y desaparecía por arte de ensalmo de

los tugurios del delta. Un buen día se esfumó. Cuentan que llegó al cruce de la 49 con la 61 en Clerksdale donde el diablo le propuso un extraño trato: a cambio de vender su negra alma, Mr. Lucifer le ofrecía convertirse en el mejor guitarrista del mundo. El hecho es que tras volver de aquella encrucijada, Johnson revolucionó la forma de tocar la guitarra.

La Atención Primaria posiblemente se encuentre en una situación similar a la de Johnson en Clerksdale. Nadie duda de sus avances en los más de 35 años de la llamada “Reforma de la Atención Primaria”, pero cabe preguntarse si el contexto actual sigue siendo similar a aquel en que se realizó aquella reforma, y consiguientemente, si el modelo sigue siendo el más adecuado en una sociedad como la actual.

Porque si convertirse en un virtuoso de la guitarra es algo sumamente difícil, no lo es menos afrontar con mediano éxito los desafíos que tiene planteada la Atención Primaria en este principio de siglo, entre otras razones porque no es aventurado pensar que ni los potenciales destinatarios de la atención, ni los profesionales que la realizan son los mismos que los que existían hace 30 años:

A) El nuevo paciente

Un nuevo arquetipo ha aparecido en la última década que no existía hace 30 años. El nativo digital no conoció un mundo sin informatización, aquel ecosistema de historias en papel y volantes para el especialista. Este nativo es alguien que interactúa continuamente a través de diferentes clases de dispositivos (teléfonos, tablet, ordenadores), con diferentes tipos de aplicaciones (correos, mensajes de texto, videoconferencias), realizando múltiples tareas y con diferentes interlocutores a la vez. En Reino Unido aumentan las grabaciones de las consultas médicas por parte de los pacientes, suponiendo un estrés añadido a

los profesionales que apenas disponen de 10 minutos (en el mejor de los casos) para intentar solucionar problemas de gran complejidad.

Este nuevo usuario de servicios valora por encima de todo la inmediatez y tolera mal la espera.

Tal vez a consecuencia de lo anterior, ha aumentado vertiginosamente la velocidad de interacción, mientras la parsimonia y la reflexión detenida comienzan a ser valoradas negativamente, al primar como valor la productividad y la eficiencia: eficiencia en este enfoque significa hacer cada vez más cosas en menos tiempo, y medir permanentemente lo realizado para aumentar sin límite la producción, sin entrar a valorar si es necesaria y oportuna.

En este entorno social, la salud se cosifica, convirtiéndose en una mercancía más, sujeta al circuito de publicidad, oferta, venta y demanda continua, tal y como se percibe cada día en la sección de noticias de salud de cada medio de comunicación. La forma en que tradicionalmente se resolvían múltiples problemas en el ámbito del hogar familiar son habitual motivo de consulta hoy en las urgencias de cualquier centro sanitario, que llegan paradójicamente a identificar por colores o números las urgencias que se atienden, pero que no lo son en un intento impotente de disuadir el uso injustificado de los servicios sanitarios.

B) El nuevo profesional

Entre las generaciones laborales del siglo XX, seguridad, estabilidad y permanencia constituían valores dominantes: con esperanzas de vida mucho menores que las actuales, era habitual que alguien residiera siempre en el mismo lugar, trabajara toda su vida en la misma empresa y conviviera con la misma pareja. La modernidad líquida de que habla Bauman, convirtió lo sólido en líquido, transformó lo estable en voluble.

Si antes permanecer en el mismo centro de salud durante todo el ejercicio profesional suponía un logro, no es tan evidente que hoy sea un destino deseado como horizonte de vida por un profesional de 30 años. La flexibilidad a la hora de organizar el tiempo de trabajo y el tiempo libre, los periodos de ocupación y descanso, las formas de organización y vinculación, emergen como nuevas prioridades para los nuevos profesionales, prioridades que no siempre conjugan bien con las que demandan sus pacientes.

La necesidad de una reforma de la reforma

Ante cambios de la envergadura de los planteados es difícil que el modelo de Atención Primaria pueda dar respuesta adecuada a los retos citados sin realizar apenas cambios. Mientras los países de nuestro entorno con modelos de Atención Primaria fuertes (Holanda, Reino Unido, Dinamarca) han experimentado en los últimos 20 años importantes reformas, el nuestro ha permanecido prácticamente sin cambios. Es más, no parece existir un estado de opinión en la Atención Primaria

española (ni en sus profesionales, ni en sus sociedades profesionales), favorable a modificar sustancialmente el modelo.

Como ejemplo contrario, en los últimos meses diferentes documentos estratégicos

vienen a poner sobre la mesa la grave situación que atraviesa la Atención Primaria en Reino Unido y la necesidad de abordarla con urgencia. Dichas referencias proceden tanto del ámbito legislativo (Cámara de los Comunes en el caso de *Primary Care*)⁷, como del gobierno de la nación y el colegio de médicos (el *Ge-*

*neral Practice Forward View*⁸) o de los propios centros académicos (Understanding pressure in General practice⁹).

En los tres casos se reconoce la importancia de la Atención Primaria (esqueleto del Sistema Nacional de Salud británico), pero se reconoce que comienza a dar muestra de incapacidad de respuesta a las necesidades de los pacientes con reducción progresiva de los niveles de satisfacción, alertándose además sobre el alto nivel de sobrecarga y frustración existente entre los profesionales, y en especial entre los médicos generales (con un incremento de la actividad del 15 por ciento en los últimos 5 años). Al menos en Reino Unido tres hechos demuestran la gravedad de la situación: cada año quedan vacantes un gran número de plazas para formarse como especialistas en Medicina General, disminuye de forma generalizada (no solo en mujeres) la intención de trabajar a tiempo completo, y aumenta muy significativamente el número de los que abandonan el trabajo antes de llegar a la edad de jubilación. Quizá en España la situación no sea muy diferente.

Consciente de la gravedad de la situación, el gobierno británico se comprometió este año, además de implantar otras medidas complementarias, a incrementar la inversión en Atención Primaria (AP) en 2,4 billones de libras anuales en

Los retos a los que se enfrenta la Atención Primaria van mucho más allá de una reclamación de presupuestos, inversiones o tecnologías. Exigen hoy un replanteamiento sustancial de su modelo

Inglaterra (cerca de 2.700 millones de euros) hasta el ejercicio 2020/21, lo que supone un aumento del 14 por ciento frente al 8 por ciento previsto para el resto del NHS. En materia de Recursos Humanos, esto se traduce en 206 millones de libras para contratar 5.000 nuevos médicos generales para 2020 (ade-



más de fomentar el retorno de médicos generales de terceros países o británicos que trabajen fuera) y de un número al menos equivalente de otros profesionales de AP, de forma esencial enfermeras, asistentes médicos, farmacéuticos y terapeutas en salud mental.

A diferencia de ellos, en España no ha existido ningún planteamiento de reforma o renovación en los últimos años (salvo la más reciente en Andalucía¹⁰), y en ningún caso está planteado un compromiso explícito de inversión, incremento presupuestario o cambio sustancial del modelo.

Sin embargo, las pruebas sobre la progresiva descapitalización de la Atención Primaria son múltiples. En el informe SESPAS 2014 publicado en Gaceta Sanitaria, Andreu¹¹ realizaba un interesante análisis sobre recortes, austeridad y salud: mientras el gasto en Atención Primaria se redujo, en el periodo 2009-2011, un 5,7 por ciento (lo que representa un 22 por ciento de la reducción global de gasto), el gasto hospitalario no solo no disminuyó, sino que aumentó un 1 por ciento, alcanzando el 58,35 por ciento del gasto sanitario global. Juan Simó¹², por su parte, demostraba que el recorte producido como consecuencia de la crisis ha sido mucho mayor en Atención Primaria (AP) que en gasto hospitalario (16 por ciento frente a 9 por ciento), quintuplicando la intensidad del recorte en AP al realizado en hospitales. (15,5 por ciento frente a 3 por ciento). Así, mientras el gasto en personal en Atención Primaria decrece año tras año, el gasto de personal especializado se incrementa de forma clara desde el año 2013.

En busca del Santo Grial

La aportación de una adecuada Atención Primaria al sistema sanitario se realiza en tres ámbitos sucesivos¹³. En primer lugar, atendiendo a la mayor parte de las necesidades de los pacientes, con espe-

cial atención a los que tienen múltiples condiciones, agudas o crónicas. En segundo lugar, interviniendo en el ámbito comunitario, imprescindible en la actuación frente las inequidades en salud. Finalmente, convierte a los sistemas sanitarios en más eficientes, puesto que evita el uso de servicios inne-

cesarios, protegiéndole a los pacientes del sobrediagnóstico y sobretratamiento.

Alcanzar de forma equilibrada estos tres fines supera la complejidad de cualquier reto al que se enfrente otra disciplina, por difícil que éste sea. Y cada vez será más complejo porque las exigencias en las tres esferas se amplían cada día. Es tan bienintencionado como ingenuo pensar que en apenas 7 horas de jornada laboral es posible atender los problemas de salud de 1.500 o 2.000 personas, en el momento y lugar que ellos lo demanden, resolviendo adecuadamente la mayoría de ellas, interviniendo a la vez sobre los factores sociales que determinan su enfermedad.

Las armas de la Atención Primaria

Cuando se argumenta que un sistema sanitario con una Atención Primaria "fuerte" consigue mejores resultados en términos de salud, equidad y eficiencia, conviene aclarar qué tipo de fortaleza es la que alcanza dichos resultados. No lo es disponer simplemente de planes,

programas o políticas, por bien diseñados y ajustados a los principios de Alma Ata que estén; tampoco lo otorga el contar con centros del primer nivel de atención distribuidos por toda la geografía, ni el centrar las políticas en la promoción o la prevención. Hasta la fecha, la única evidencia disponible en ese sentido (Macinko-Starfield¹⁴, Krings¹⁵) es la que demuestra que si la Atención Primaria cumple adecuadamente los atributos de accesibilidad, longitudinalidad, integralidad de servicios y coordinación, el sistema en su conjunto se beneficia.

España viene alcanzando buenos resultados en su nivel de fortaleza de la AP en diversos estudios de comparación internacional. Sin embargo cabe precisar que su grado de desempeño no es el mismo en los cuatro atributos: mientras la reforma de la AP de los años 80 aumentó significativamente la globalidad de servicios ofertados, e hizo esfuerzos para mejorar la coordinación con otros niveles asistenciales, la accesibilidad y longitudinalidad del sistema no alcanzaron igual grado de desarrollo.

Es cierto que la accesibilidad a los servicios de Atención Primaria es alta, en especial cuando el centro sanitario está abierto; pero no lo es tanto cuando se pretende acceder fuera de ese horario cotidiano, en noches o fines de semana, que por otra parte es cuando la población más facilidad tendrá para acudir a un centro sanitario, si persiste el modelo actual de sobreexplotación construido sobre extenuantes jornadas laborales. Compatibilizar el derecho a la asistencia con el derecho al descanso y a la conciliación familiar de los profesionales de AP no es un reto fácil de resolver.

El desempeño de la longitudinalidad dista también de ser algo sencillo. Implica un contacto regular con el mismo profesional sanitario. Atender al mismo cupo a lo largo del tiempo implica un altísimo grado de compromiso personal:



supone renunciar a experiencias vitales quizá más excitantes en otros centros, otras ciudades, quizá otros países. Implica dejar pasar por alto concursos de traslados, procesos de acoplamiento interno, comisiones de servicio a plazas más cómodas.

Si se cumple la hipótesis de Bauman de que nuestra sociedad es líquida (y probablemente aún más lo será en el futuro) la longitudinalidad no va ser fácil de mantener. Ésta no es solo una responsabilidad individual, sino que se refiere también al equipo. Pero esa longitudinalidad de equipo no debería sustituir sino complementar la primera.

Probablemente haya que pensar, como señalan Greysen y Detsky¹⁶ en un nuevo tipo de "continuidad" del siglo XXI, que mantenga ese valor, pero a la vez lo ade-

cue a la realidad social de esta época. Porque conocer de verdad a un paciente siempre va a llevar un tiempo y esfuerzo que nunca sustituirá una historia clínica. Para ello se necesita cada vez más, saber qué tipo de continuidad necesitaremos en el futuro y cómo se puede garantizar. Incluso es probable que para algunas personas (jóvenes, con alto grado de movilidad) mantener un proveedor regular de servicios no tenga tanto valor. Pero en el otro extremo de la curva, los que se aproximan poco a poco a la frontera de los 80, 90 o 100, con múltiples problemas de salud, en situaciones de encamamiento y cercanos a la muerte, sin duda van a necesitar cada vez más cuidados y servicios regulares y continuos, en donde el domicilio se convertirá en un nuevo espacio a reconquistar para la Atención Primaria, en competencia con muchos interesados en ocupar ese espacio.

La confianza y el tiempo

Escribía Starfield¹⁷ que mientras "la atención centrada en el paciente se basa en la visita como punto de partida, la atención focalizada en la persona se basa en el conocimiento acumulado sobre ella a lo largo del tiempo, base para un mejor reconocimiento de sus necesidades y problemas de salud". Por desgracia, como ella misma señalaba, las innovaciones predominantes en estos momentos en los sistemas sanitarios no parecen estar muy alineadas con este enfoque, y el establecimiento de relaciones duraderas y estables, a largo plazo, es infravalorado en los sistemas sanitarios. La Medicina del pasado siglo XX evolucionó, en opinión de Starfield, desde un modelo "centrado en los problemas de las personas hacia otro organizado en torno a los procesos de las enfermedades, sin considerar los contextos cambiantes en los que las personas viven y trabajan, generando una progresiva disminución de la atención sobre la persona".

La Medicina de Familia, y la Atención Primaria por extensión, disponen de un arma fundamental, casi inalcanzable para el resto de las especialidades y niveles: la capacidad de construir relaciones personales duraderas con cada paciente, basadas en la confianza. Ese debería ser el fin último del trabajo de la Atención Primaria en general, y del médico de familia en particular, más que aspirar a la plena salud física, psíquica y social de su comunidad o competir con los especialistas a ver quién indica o realiza más procedimientos complejos. Estriba en ganarse la confianza de todos y cada uno de sus pacientes, para que consulten cada uno de sus problemas, casi a cualquier hora y en cualquier circunstancia. Algo que está en las antípodas de considerar al paciente un adversario, casi un enemigo, otro número más a añadir a la larga lista de consultas de cada día.

El factor clave para construir relaciones de confianza descansa en una gestión in-



teligente del tiempo, que debería destinarse a fortalecer este tipo de relaciones. Representa un insulto contra la inteligencia considerar que es aceptable disponer de 5 minutos de consulta para cada paciente, organizando la atención en base a esa unidad de medida, dada la complejidad que encierran esos encuentros de 5 minutos, como bien describía Clara Benedicto en Twitter¹⁸.

Groopman y Hartzband¹⁹ afirman que no es posible conseguir información clínica precisa y completa, dejando aflorar las preocupaciones del paciente y su propia narrativa, en consultas de 15 o 20 minutos: "construir el pensamiento

adecuado lleva tiempo y la presión del tiempo del Taylorismo genera el caldo de cultivo ideal para toda suerte de errores cognitivos que acaban a menudo en efectos adversos".

Ambos concluyen, "algunas de las mayores recompensas del trabajo en Medicina proceden de perder el tiempo de forma no estructurada con nuestros pacientes, compartiendo sus alegrías y tristezas".

La reivindicación de un tiempo adecuado para cada encuentro entre un profesional y un paciente tampoco debería minusvalorar lo que es posible construir a través de breves relaciones, pero muy repetidas a lo largo del tiempo. Alternar tiempos variables en los encuentros quizá podría ser una opción: por ejemplo, Richard Roberts, el antiguo presidente de WONCA, proponía realizar con cada paciente algunas visitas muy largas a lo largo del año (en Estados Unidos ya hay iniciativas que recomiendan el estándar de 4 pacientes en 3 horas), complementadas con mucha actividad basada en el teléfono e internet.

La capacidad de venta

Aunque cuando se habla de innovación se tiende a pensar en tecnologías, el sistema sanitario precisa más de inteligencia que de invención. Muchas de las respuestas ya existen, solo necesitan redescubrirse. La Atención Primaria debe buscar la innova-

Es paradójico que cuando la Atención Primaria está sólidamente asentada en el país, y reconocida en su valor por la población, parece imposible generar un cambio capaz de ilusionar a los actuales y futuros profesionales, y satisfacer adecuadamente las necesidades de la población

ción en sus valores fundamentales, no en pirámides de estratificación de riesgos ni en complejos aparatajes. Porque son esos valores los que la convierten en imprescindible.

Es posible que si apareciera "de novo" un modelo de atención con los principios de la Atención Primaria y un nom-

bre nuevo tuviera más probabilidades de éxito que la cansina reivindicación de ésta. Tal vez un replanteamiento radical de lo que puede ofrecer basado en sus valores esenciales pero adaptado a los nuevos tiempos sea necesario para recuperar esa visibilidad de la que carece.

En este aspecto no conviene olvidar que el médico de familia debe ser no solo el médico de las clases medias y bajas, sino también el de los más ricos y en especial de los más influyentes; difícilmente se conseguirá mejorar la importancia social de los médicos de familia, si los banqueros, políticos, periodistas o artistas no tienen confianza en los médicos de familia como principal referencia para abordar sus problemas de salud.

El precio a pagar

Por lo anteriormente expuesto, parece difícil sustentar que el modelo de Atención Primaria creado a principios de los años 80 pueda seguir dando respuesta a una

sociedad completamente diferente, sin realizar cambios sustanciales en su estructura, organización, y funcionamiento.

En *Primary Care: in the driver's seat*²⁰, Saltman, Rico y Boerma analizaban las posibilidades de que los sistemas sanitarios europeos estuvieran centrados y basados en la Atención Primaria. Tiempo después una de las autoras (Rico) respondía a aquella pregunta incluida en el título de forma demoledora: la Atención Primaria no está en el asiento del conductor de nuestro sistema porque, simplemente, no quiere estarlo.

A la manera del Bartleby el escribiente, de Conrad, cuando se impone la necesidad de cambiar una situación que dista mucho de ser la deseable, los médicos de familia españoles "preferirían no hacerlo". En unos casos por comodidad, y en otros por desarraigo, año tras año se suceden los lamentos sobre el deterioro de la Atención Primaria sin intervenir al respecto.

Es paradójico que cuando más difícil era construir un nuevo modelo de Atención Primaria en España, con casi todos los elementos en contra (sindicatos, colegios profesionales, buena parte de los partidos políticos), se consiguiera una reforma tan exitosa, y en cambio cuando la Atención Primaria está sólidamente asentada en el país, y reconocida en su valor por la población, parece imposible generar un cambio capaz de ilusionar a los actuales y futuros profesionales, y satisfacer adecuadamente las necesidades de la población.

Julián Tudor Hart definió la actitud de los médicos de su país en los años 70 como "la retirada liberal" (liberal *retreat*), en la que estos abdicaron de la responsabilidad social que tenían ante la población a la que atendían.

Instalados muchos en la estabilidad que da la plaza en propiedad, con salarios dignos (de momento) y tardes libres (que compensan las frecuentes mañanas

más propias del trabajo a destajo), cuesta mucho esforzarse en ocupar el asiento del conductor del sistema sanitario.

En un reciente trabajo para explicar la diferencia de satisfacción laboral entre médicos generales británicos y holandeses, Damoiseaux y McCartney²¹ apuntaban a que en la raíz de la mayor satisfacción de los segundos (a pesar de atender 40 pacientes cada día y atender dos noches por semana) se encuentra la posición de fuerza que otorga a la profesión la unión de todos sus profesionales, y que les hace ser tenidos muy en cuenta por los gobiernos de turno. En este sentido no hay política que se implante que no sea impulsada, negociada o aceptada por los propios médicos generales holandeses.

Los retos a los que se enfrenta la Atención Primaria van mucho más allá de una reclamación de presupuestos, inversiones o tecnologías. Exigen hoy un replanteamiento sustancial de su modelo.

Como se señalaba en el informe del Kings Fund antes citado, solamente el dinero no es suficiente; sin Atención Primaria fuerte ningún sistema sanitario es sostenible a largo plazo, en especial con poblaciones cada vez más envejecidas, y con un mayor número de expectativas y problemas crónicos. Pero ello obliga a trabajar en tres líneas paralelas sumamente difíciles:

- Reducir a un término razonable las expectativas y demandas de los ciudadanos en materia de salud (algo en lo que la responsabilidad de los políticos es clave).
- Rediseñar completamente el sistema de prestación de servicios en AP hacia modelos de trabajo multiprofesional, redistribuyendo de forma sustancial el trabajo y evitando su dependencia absoluta de los médicos.
- Conseguir la relevancia social que merece, tanto en materia de visibilidad pública, atracción como destino profesional (donde llegar y quedarse), y por supuesto financiación proporcional a todo ello.

Como en el caso de Robert Johnson, al llegar a una encrucijada es posible optar por el camino conocido, el que lleva de vuelta a la comodidad de las rutinas. Optar por tocar bien la guitarra, por inventar la Atención Primaria del futuro tiene un precio: y es salir de la indolencia y la comodidad y asumir más responsabilidad, esfuerzo y lucha ■

Documentación y fuentes

1. Wagensberg J. Si la naturaleza es la respuesta, ¿cuál es la pregunta?. Metatemas. Ed Tusquets. Barcelona, 2002.
2. Thomas L. The youngest science. Penguin books. London.2007.
3. Heath, I. Love's labour lost. Michael Shea Memorial Lecture. International Future Forum 2012.
4. Murkherjees. The laws of medicine: fields notes from an uncertain science. Simon & Schuster/ TED, 2015.
5. Benjamin W. The storyteller. In Hale, DJ ed. The novel: an anthology of criticism and theory 1900-2000. Malden Mass: Blackwell Publishing, 2006.
6. Bauman Z. 44 cartas desde el mundo líquido. Paidós, Barcelona. 2011.
7. <http://www.parliament.uk/business/committees/committees-a-z/commons-select/health-committee/news-parliament-2015/primary-care-report-published-15-16/>
8. General Practice Forward View, 2016. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/ourwork/gp/fv/>
9. Baird B, Charles A, Honeyman M, Maguire D, Das P. Understanding Pressure in general practice, Kings Fund, 2016. Disponible en: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/pressures-in-general-practice>
10. Plan de renovación de la Atención primaria en Andalucía. Disponible

en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_renovacionap

11. Segura A. Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit 2014;28 Supl 1:7-11.
12. Simó J. Recortes en gasto sanitario, ¿y en dignidad profesional?. Blog salud, dinero y atención primaria. Disponible en: <http://saludineropap.blogspot.com.es/2016/07/recortes-en-gasto-sanitario-y-en.html>
13. Marshall M. A precious jewel. The role of General Practice in the England NHS. New Engl J Med 2015;372:893-7.
14. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res. 2003;38(3):831-865. <http://1.usa.gov/1il9blj>
15. Kringos D, Boerma W, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. Eur Obs Heal Syst Policies. 2015;(Observatory Studies Series 38):172.
16. Greysen Sr, Detsky AS: Understanding the value of continuity in 21st Century. JAMA Int Med 2015;175(7):1154-6.
17. Stafield B. Is Patient-Centered care the same as Person-focused care? Perm J 2011;Spring 15 (2):63-9.
18. Minué S. Un día cualquiera. Blog el gerente de mediado. Disponible en: <http://gerentemediado.blogspot.com.es/2016/05/un-dia-cualquiera.html>
19. Hartzband M, Gropman J. Medical taylorism. N Engl J Med 2016; 374:106-108.
20. Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary Care , in the driver seat? WHO, 2006.
21. Why are Dutch GPs so much happier? BMJ 2015;351:h6870.