



camfic
societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

¿ENFERMOS DE SALUD?

Reflexiones acerca de las nuevas demandas y las respuestas del sistema sanitario

Grupo de Calidad de la CAMFiC

Autores:

M^a José Fernández de Sanmamed

Roser Marquet

Miquel Reguant

Francesca Zapater

Y la colaboración de:

Josep Casajuana

Lurdes de Marcos

Albert Planes

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. NUEVOS VALORES, EXPECTATIVAS Y DEMANDAS

1. La sociedad de la información tiene prisa
2. La omnipotencia de la ciencia y la técnica
3. El miedo: medicalización de la vida, prevención desbordada
4. La sociedad de consumo, la salud y el sistema sanitario
5. Individualidad y traspaso de responsabilidades
6. El paciente informado: ¿realidad o mito?

CAPÍTULO 2. OFERTA SANITARIA. ¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO?

1. Respuesta del sistema: medicalización de la vida, fragmentación de respuestas y sobreactuación
2. Respuestas en la atención del día a día: la medicalización del malestar y el fomento de la pérdida de competencia. La organización como fórmula para desorganizar
3. Consecuencias sobre el sistema

CAPÍTULO 3. LAS RESPUESTAS SALUDABLES

1. La respuesta a nivel social: hablemos de ello
2. La respuesta del sistema sanitario
3. La respuesta a nivel de equipos de atención primaria
4. La respuesta a nivel de la atención individual

■ JUSTIFICACIÓN

Estamos viviendo unos tiempos de cambios en nuestra sociedad que tienen sus implicaciones en los valores y en las conductas de las personas y en el funcionamiento de todo tipo de organizaciones. La globalización, la sociedad de la información y los avances científicos nos han conducido a una sociedad muy diferente de la de hace sólo unos años. Es una nueva sociedad que, en general, no es ni mejor ni peor que la de "antes". Simplemente es diferente. Esta diferencia comporta la adquisición de unos valores y conductas determinados y la pérdida de otros y, por lo tanto, cambios en el patrón de las conductas relacionadas con la salud y los requerimientos al sistema sanitario.

El sistema sanitario ha ido evolucionando en este marco social sometido a las mismas fuerzas económicas y políticas que el conjunto de la sociedad. La salud se ha convertido en un bien de consumo y la sanidad en un sistema regido por las leyes de mercado llegando a tener una presencia y un peso social que excede su capacidad real de intervención. Hemos llegado a un punto en que las respuestas que estamos dando a las demandas de la sociedad generan nuevos problemas. La evolución del sistema va hacia su saturación, el desgaste de los profesionales y la frustración de los ciudadanos.

Es el momento repensar cuál es nuestro espacio y cuáles son nuestras funciones en la sociedad actual para poder ser un elemento contribuidor a la salud. En primer lugar, debemos de esforzarnos para entender lo que está pasando, sin olvidar que la salud y la enfermedad son construcciones sociales dinámicas que tienen una estrecha vinculación con la realidad histórica, social y cultural en que se producen. Sólo a partir de entender la realidad y sus condicionantes podremos construir las respuestas sanitarias adecuadas.

Es hora de quitarnos la pereza intelectual de encima, hacernos preguntas y buscar respuestas. Esto es lo que queremos hacer con este documento. Conscientes de la complejidad del momento y de la tarea que nos proponemos, el documento tiene como objetivo principal abrir el debate en el seno del colectivo de la atención primaria, pero también dentro la sociedad. El sistema sanitario es parte de ésta y nunca como en la actualidad las personas habían estado tan interesadas e informadas sobre temas relacionados con la medicina y la salud. El papel del sistema sanitario no viene definido sólo por el conocimiento científico sino por los requerimientos sociales y políticos de cada momento.

El trabajo inicial que os ofrecemos es fruto de un largo debate en nuestro grupo. Si bien nos hemos adentrado en el conocimiento de los valores y expectativas que rigen el momento actual y sus repercusiones en el sistema sanitario, no hemos pretendido hacer un análisis sociológico a fondo, trabajo que, evidentemente, nos sobrepasa.

No tenemos respuestas para todo ni válidas universalmente. Pensamos que las respuestas deben ser generadas con la participación de muchas ideas y de una parte importante de los profesionales. No buscamos respuestas de vanguardia ni teóricas. Buscamos respuestas válidas y aplicables por la atención primaria, partiendo de la idea de que toda situación es cambiante (ahora, más rápidamente) y modificable desde diferentes lugares de influencia social. Los profesionales, por nuestra posición y por nuestro reconocimiento social (todavía), estamos en buenas condiciones de actuar como fuerza positiva en este proceso constante de cambio.

Nunca habíamos tenido a nuestra disposición tanta información como la que tenemos ahora. Sólo nos falta utilizarla de manera inteligente y contribuir a transformar la sociedad de la información en sociedad del conocimiento.

El documento consta de tres partes:

- Los nuevos valores y las nuevas demandas. Intentamos entender y explicarnos los valores sociales y su repercusión en la demanda sanitaria
- La respuesta actual del sistema sanitario. Analizamos lo que el sistema (profesionales, gestores y políticos) está haciendo en referencia a los valores y demandas y también su repercusión en la comunidad
- Las respuestas saludables. Realizamos un conjunto de propuestas dirigidas a dar respuestas adaptativas, no yatrogénicas y generadoras de salud a los nuevos valores y demandas.

Proponemos, pues, un debate que salga del marco sanitario y en el que los médicos de familia juguemos un papel con opinión propia y lideremos unos cambios basados en la oferta honesta de las aplicaciones del conocimiento científico.

Para reforzar la idea de que en gran medida está en manos de los profesionales actuar en un sentido u otro, que no estamos absolutamente condicionados por el entorno (si no queremos) nos apropiamos de la expresión “no sos vos, soy yo”¹ y os animamos a todos a participar en este proceso de reflexión y creatividad que puede mejorar y enriquecer este documento.

¹ Título de una película dirigida por Juan Taratuto, que explica la historia de un cirujano que cree que todos sus problemas vienen de fuera, hasta que se da cuenta de que están en él mismo.

Capítulo 1

■ NUEVOS VALORES, EXPECTATIVAS Y DEMANDAS

Enfermedad es lo que un grupo humano considera como tal
Diego Gracia

Llama al CAP la vecina de una pareja porque el hombre, de 80 años, se ha mareado, y pide que vaya el médico enseguida "a ver qué pasa". Como la vecina está telefoneando desde el piso de al lado, el paciente no se puede poner al teléfono. La vecina tampoco puede precisar más. Dejo la consulta tras disculparme con un par de pacientes que están en la sala de espera, cojo el coche y me voy al domicilio.

Encuentro el paciente tumbado en un sofá, muy nervioso. Su mujer, que tiene una demencia pero es muy autónoma, da vueltas por el comedor también muy nerviosa. El paciente explica que se ha mareado (hace tiempo que tiene episodios de inestabilidad que se han estudiado sin encontrar ninguna enfermedad grave o mejorable) y se ha puesto nervioso porque "tiene que ir a buscar a la nieta al colegio y hacerle la comida".

La exploración es normal. El mareo ya ha pasado hace rato. El paciente se puede levantar sin problemas. Tras tranquilizar al paciente le pregunto quién cuida de ellos habitualmente y si viven solos, ¿porqué no han llamado a algún hijo cuando se ha encontrado mal? Me informan que tienen dos hijos: uno vive en Madrid y la que vive en el pueblo es médica de una EAP de Barcelona y no la han llamado porque saben que está pasando consulta.

Desaparición - reducción de la red de cuidadores informales, incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, reducción de las familias de origen, medicalización de los cuidados informales, etc. La sociedad está cambiando y los cambios sociales (demográficos, epidemiológicos y tecnológicos) comportan, y al mismo tiempo son producidos por, un cambio de creencias y valores que tienen implicaciones en las expectativas y acciones² de las personas en todos los ámbitos y, por supuesto, en el campo de la salud y la enfermedad.

Los conceptos de salud y enfermedad están en constante evolución y son realidades no puramente biológicas, sino que tienen mucho que ver con la construcción cultural y social que se hace de ellas.

2 Creencias: Supuestos básicos sobre nosotros, los otros y el mundo que nos rodea. Son estructuras de pensamiento arraigadas y construidas a lo largo del nuestro aprendizaje, que nos sirven para explicarnos la realidad. Preceden y configuran los valores.

Valor: Aquello que es valioso o digno de ser honrado. Constituyen elecciones deliberadas o preferencias estratégicas por unas formas de actuación frente a otras. Son aprendizajes estratégicos, relativamente estables en el tiempo, de que es mejor una forma de actuar que otra para conseguir que las cosas nos salgan cómo queremos.

Actitudes y conductas: Las actitudes son consecuencia de las creencias - valores y es una tendencia evaluadora respecto a hechos, cosas y personas. Indican de qué manera nos sentimos respecto a alguien o algo y predicen nuestras conductas, es decir, nuestra tendencia a actuar de una forma determinada.

Tomado de: García S, Dolan S. La dirección por valores. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 1997.

La resistencia al dolor, la tolerancia a la frustración, etc., cambian y las demandas que se realizan al sistema sanitario tienen que ver con estos conceptos de salud y enfermedad socialmente construidos.

1. La sociedad de la información tiene prisa

La sociedad de la información ha conseguido avances impensables en los últimos 50 años, avances ligados sobre todo a la existencia de Internet y su capacidad para transmitir y difundir la información por todo el mundo. Este acceso *on line* a la misma información tanto desde países muy desarrollados técnicamente como por ejemplo EEUU, como desde países pobres como Bolivia, tiene un potencial que nos permite hablar de que hemos ultrapasado la era industrial para entrar en una nueva era, la era de la información. La globalización y democratización de la información tiene consecuencias positivas al hacer más accesible la información y de forma rápida, pero también crea la percepción de que todo puede resolverse deprisa.



Eslogan de un laboratorio farmacéutico sobre un antibiótico. Se entiende que un pobre padre con fiebre no ha podido ir a ver cómo su hijo jugaba un partido porque no se ha tomado el antibiótico. Es un ejemplo para ver la intolerancia a la espera pero, además, juega con el concepto erróneo de que la fiebre se resuelve con antibióticos y rápidamente.

Esta vida *on line*, en la que se puede estar en Internet con 10 páginas abiertas al mismo tiempo (chat en el Messenger, bajando música, mirando el correo electrónico, leyendo el diario, mirando una página de coches..., escuchando música y viendo la tele), como dice el eslogan, tiene "**PRISA**", y como consecuencia persigue la inmediatez y la rapidez. La prisa por resolver todo en un plis-plas nos obliga a ser actuadores, a hacer continua y compulsivamente acciones, nos impide reflexionar y resta calidad a las soluciones para resolver los problemas. Actuar sin esperar a ver qué pasa, sin reflexionar: hacer, hacer, hacer... Pensamos que hacer muchas cosas es mejor que no hacer, que cuantas más cosas se hacen mejor.

■ Repercusiones en las expectativas y demandas de los pacientes

Esto tiene su reflejo en las expectativas de los ciudadanos respecto a los servicios sanitarios y en el tipo de demandas que se realizan.

No podemos esperar ante un síntoma, tenemos que ir rápidamente a urgencias, debemos hacer pruebas, derivaciones, volver a urgencias, tomar medicamentos...

Buscamos soluciones inmediatas: "Vengo para que me cure las anginas porque mañana tengo que ir a trabajar". Y demandas compulsivas: "Vengo porque tengo fiebre desde hace dos horas". Es una demanda infantilizada en la que falta la adultez caracterizada por la reflexión sobre: ¿qué me está pasando y qué puedo hacer? Una misma persona puede hacer 3 ó 4 consultas por un resfriado ("es que no se me pasa...").

No tenemos tiempo para estar enfermos. Ni para cuidar de nosotros y de los demás. La falta de contención personal, familiar y social está presente en este tipo de demanda. Además, la demanda a menudo no la decide uno mismo, sino el entorno (la familia, los vecinos, la escuela, la guardería, el trabajo...) que presiona a la persona para actuar, hace crecer la alienación del cuidado de la salud y debilita la autonomía de la persona.

Esto repercute en la práctica médica que tiende a ser más actuadora y menos reflexiva.

¿Cómo podemos modular la potencialidad que la sociedad de la información comporta con valores como la reflexión, la paciencia o la tranquilidad?

2. La omnipotencia de la ciencia y la técnica. La medicina entendida como una ciencia exacta

"Cuando nací en Escocia la muerte era vista como inminente, mientras me formé en Canadá comprobé que se vivía como inevitable, pero en mi residencia actual, California, parece que se percibe como opcional"

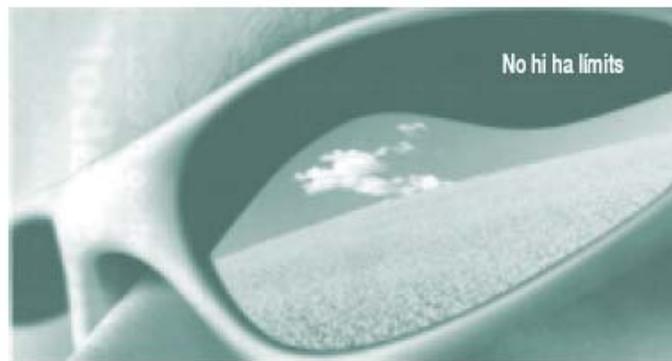
³
Ian Morrison

Es evidente que la tecnología y la ciencia médicas han experimentado avances importantes en los últimos años pero menos de lo que la industria interesada y los medios de comunicación nos quieren hacer creer.

Nos lo quieren hacer creer y lo consiguen, hasta el punto de que tanto ciudadanos como profesionales médicos estamos empezando a ver la ciencia como un tótem y a dejarnos seducir por la tecnología. En nuestro subconsciente y en el imaginario colectivo estamos empezando a creer que todo tiene solución y que quizás la ciencia en un futuro podrá conseguir vencer todo tipo de enfermedades, la eterna juventud y la inmortalidad.

³ Autor del libro Health Care in the New Millennium: Vision, Values, and Leadership y antiguo director del Instituto for de Future en Palo Alto (Soledad Márquez, Ricard Meneu. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión clínica y sanitaria. 5(2):47-53.)

Como ilustración de lo que decimos podemos ver el anuncio que sólo nos dice una frase: "No hay límites".



■ Repercusiones en las expectativas y las demandas de los pacientes

Existe solución médica y fácil para todo. Esto ha provocado que se toleren muy mal las enfermedades que no tienen tratamiento y/o curación, como por ejemplo la gripe, la artrosis, etc.

El Sr. Cómopuedeser consulta repetidamente por una queratoconjuntivitis vírica, en el ABS, en el hospital, en el oftalmólogo, en otro oftalmólogo... y no acepta que es un proceso que debe hacer su curso y que tiene una duración de 3-4 semanas. Cuando después de este periodo de tiempo la sintomatología desaparece le comenta a su médica "¿cómo puede ser que una conjuntivitis no tenga tratamiento y una mujer de 65 años se pueda quedar embarazada?"

La solución siempre es externa a la persona afectada. La solución no la tiene la persona, ni el grupo familiar y/o social, sino la medicina, el médico y sobre todo la tecnología. Siempre hay una cosa/persona que puede resolver el problema "desde fuera", sea cual sea el problema. Un ejemplo grave de esto es la promoción banalizada de la cirugía estética para resolver todos los problemas de autoestima.

La ciencia pasa por delante del autocuidado. La ciencia, la tecnología, los profesionales, los fármacos vs. autocuidarse (hacerse análisis y tomar medicamentos para el colesterol es mejor que dejar de fumar, hacer dieta y ejercicio). La salud se puede conseguir sin esforzarse personalmente. Los problemas de salud son cosa de la ciencia y de los profesionales, no son responsabilidad de cada uno. Para toda molestia o disconfort hay un experto que la puede resolver y un medicamento para tomar. "¿Porqué tomarme la temperatura si el médico me puede hacer una Rx?, ¿Porqué hacer dieta si puedo tomar una pastilla?".

La muerte aséptica/extraña. Incluso, hemos querido creer que hemos ganado a la muerte. El hombre occidental camina de espaldas hacia su muerte. Este fenómeno es más extendido en las zonas urbanas pero va penetrando en toda la sociedad. Con argumentos, que son reales en parte, como la falta de espacio en los domicilios, cada vez más se traslada la persona que está muriendo al hospital y, tras la muerte, del hospital a la funeraria. Pero detrás de este aumento de equipamiento funerario hay mucha negación y ocultación de la muerte. (*"Que el niño no lo vea", "que la madre no lo sepa"*).

¿Cuántas personas no han visto ninguna persona muerta? ¿Cuántas personas no han visto morir a nadie? Y cuando llega la muerte nos encontramos con preguntas y peticiones extrañas, como pastillas para los que lloran, enviar a los niños a otra casa para que no sufran o visita a domicilio urgente para confirmar muertes esperadas.

La medicina ha priorizado la vertiente biológica y la investigación cuantitativa y tiende a convertirse en la simple aplicación e interpretación de técnicas, a veces de forma abusiva.

Hay que recuperar el discurso de la incertidumbre como parte de la vida. Es necesario explicar los límites de la medicina y hacerla más humana.

3. El miedo: la medicalización de la vida y la prevención desbordada



La medicina ha avanzado tanto que ya nadie está sano Aldous Huxley

La búsqueda de la salud se ha convertido en el principal factor patógeno

Ivan Illich

"¿Pasarías un año sin llevar el coche al mecánico? ¿Pasarías todo un año sin ver a un médico? ¡Hazte una revisión!"

Eslogan de una Policlínica privada

El aumento de la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad por causas evitables en el mundo occidental son hechos demostrados. Pero, aunque vivimos más y mejor, vivimos con más angustia y miedo y nos sentimos más vulnerables. Hay un clima de inseguridad y alarma. El miedo a la enfermedad, a la muerte y a las desgracias, invade nuestras vidas y nuestros corazones. Dice el sociólogo Chomsky que el miedo es la principal amenaza de la democracia y en el campo de la salud podríamos decir que el miedo es la principal amenaza a la salud, porque vivir con miedo ya es en sí mismo insano.

En las sociedades avanzadas hay un incremento de la percepción de vulnerabilidad y un estado que se puede etiquetar de hipocondría social.

¿A cuántos pacientes hemos diagnosticado en el último año de trastorno hipocondríaco? A muy pocos o a nadie, porque si siguiéramos los criterios diagnósticos del DSM-IV (tabla 1) se lo deberíamos diagnosticar a muchos de nuestros pacientes. Quizás no son las personas individualmente, sino la sociedad la que tiene este diagnóstico. Demandas por banalidades que hace 15 años se interpretaban como una fragilidad psicológica de la persona, hoy se dan en personas psicológicamente normales y son expresivas de un problema de ámbito social.

■ Tabla 1

Criterios diagnósticos del trastorno hipocondríaco, según el DSM-IV

- A.** Preocupación, miedo o convicción de sufrir una enfermedad grave, a partir de una interpretación personal de los síntomas somáticos
- B.** La preocupación persiste a pesar de las explicaciones y/o exploraciones médicas adecuadas
- C.** La creencia A no es de tipo delirante
- D.** La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas de la vida de la persona
- E.** La duración del trastorno es superior a 6 meses

Por otra parte, hay una progresiva medicalización⁴ de la vida y los aspectos normales de la vida, los problemas personales y sociales se trasladan al campo de la medicina.

La calvicie, las orejas grandes, la sudoración, el roncar, la timidez, la adolescencia, la lactancia, la menopausia, las separaciones de pareja, el calor, el frío, el duelo, etc. etc. etc., pasan a ser atendidos en el sistema sanitario y muchas veces considerados enfermedades y, por lo tanto, tratados con un fármaco.

⁴

Medicalización: La forma en que el ámbito de la medicina se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas. (Kishore. Diccionario de Salud Pública)



Este fenómeno es de tal magnitud que está haciendo que se abra un debate social y profesional sobre una posible Clasificación Internacional de No Enfermedades. Tiene consecuencias importantes en la medida que da a la medicina y a la ciencia médica un papel primordial en la vida de las personas y relega cualquier otra manera de afrontar los problemas de la vida, las frustraciones y las dolencias. Y para acabar de completar el círculo, la tercera pata de este fenómeno es transformar los riesgos en enfermedades (el colesterol, la osteoporosis...) y hacer creer que todos estos riesgos, que hemos etiquetado como enfermedad, tienen una prevención y un tratamiento.

■ Repercusiones en las expectativas y las demandas de los pacientes

Todo puede ser algo grave. Se producen demandas, muchas veces urgentes, por temores hipocondríacos. "Se oyen tantas cosas". No se hace una ponderación del síntoma o de la enfermedad porque se ha desdibujado el marco referencial de aquello que es grave o no. Dos ejemplos:

Una chica consulta porque tiene los pies azules ("¿puede ser la circulación?"). El único problema era que sus zapatos desteñían. La médica lo resolvió con un poco de agua.

O un chico de 24 años con el temor de tener algo de próstata porque orina mucho.

La angustia nos acompaña. Las enfermedades y los síntomas leves conocidos y frecuentes, como por ejemplo los resfriados o las gripes, generan demandas cargadas de mucha angustia: "Como esta vez no me había pasado nunca", "Este año la gripe ha sido terrible", "Vengo porque estoy muy mal".....

Demandas preventivas de todo tipo. Para prevenir la pena, para prevenir que el resfriado baje a los bronquios, para que el niño tenga una buena adolescencia, para funcionar bien en el colegio o en la universidad, para poder irse de vacaciones, etc. "Vengo para que me dé algo porque mi padre se está muriendo y como sé que lo pasaré muy mal..."

Incremento exponencial de las quejas psicósomáticas y de los trastornos mentales. Endemia de depresión, ansiedad, disconfort. Demandas por síntomas del mundo psicológico, que no cumplen criterios de trastorno mental, o por molestias físicas expresivas de malestar y disconfort con y ante la vida, que acuden al sistema sanitario para que se les ponga un nombre, se les dé un significado y se medicalicen. El sistema sanitario se utiliza como legitimador de la enfermedad, del malestar: en la medida que uno va al médico y le hacen pruebas, adquiere el rol de enfermo, se reconoce como sufridor. Es una manera de adquirir valor ante la familia y la sociedad. El papel de víctima hace difícil discutir las condiciones del sistema social, disminuye la capacidad crítica y de transformación.

Este miedo facilita el aumento de una medicina más defensiva que contenedora y mucho más agresiva que pedagógica.

La serenidad, la aceptación del riesgo y la finitud y el gozar del presente nos permitirá disfrutar de los avances de la ciencia sin angustias y ser más felices

4. La sociedad de consumo, la salud y el sistema sanitario

“Lo ves, lo quieres, lo tienes...”

Eslogan publicitario de un sistema de créditos bancarios

El dinero lo puede resolver todo. El consumo es una fuente de valoración personal y de felicidad: “Tanto tienes, tanto vales”. Este valor del consumo invade también la salud y la enfermedad y la sanidad se considera un artículo más de consumo: ir al quiropráctico, probar las flores de Bach, usar la medicina alternativa y la tradicional a la vez. O la cirugía estética entendida como un producto de consumo equivalente a ir a la peluquería.

Con dinero se pueden salvar las listas de espera (ir “de pago” para obtener la atención, la prueba, la intervención...) aunque se obtenga un servicio de calidad técnica más baja. Consumir es una forma de abordar los problemas. *“Cuando estoy nerviosa o deprimida salgo de compras y mejoro mucho”*. Actuar (exploraciones complementarias, visitas, muchos especialistas, medicamentos, fisioterapia, medicinas alternativas...) es una manera de calmar la ansiedad.

■ Repercusiones en las expectativas y las demandas de los pacientes

Demandas múltiples por los mismos síntomas. Una persona puede consultar con prisa al 061, al hospital y al centro de atención primaria por un lumbago de 24 horas de evolución.

Demanda de pruebas complementarias. Cuantos más análisis y pruebas hacemos, mejor, sin pensar en las repercusiones personales y para el sistema sanitario.

Y el colmo: porque te quiero mucho te regalo, no flores ni diamantes, sino una revisión médica o un aparato para la tensión. Un ejemplo real: los hijos regalan un “chequeo” a los padres con motivo de las bodas de oro.

Este uso de los servicios sanitarios tiene consecuencias porque produce un desbordamiento y colapso del sistema y también es uno de los elementos que pueden contribuir al desgaste de los profesionales.

La sociedad debe ser consciente de que el sistema sanitario público puede colapsarse si no hacemos un uso responsable de él, y que eso comporta derechos y deberes por parte de los ciudadanos y un equilibrio entre las necesidades individuales y colectivas.

5. Individualidad y traspaso de responsabilidades

Nuestras sociedades se estructuran cada vez más en torno a una oposición bipolar entre la red y el yo.

Manuel Castells.⁵

En el mundo actual, que ha globalizado la economía, el poder y la información, se produce una búsqueda de sentido y de identidad individual. Vivimos en un entorno donde cada vez es más difícil poder influir y mucho menos controlar. Y nos sentimos menos responsables de los asuntos colectivos. La visión que los ciudadanos tenemos de los sistemas sanitarios públicos y de otros sistemas, como por ejemplo, los sociales o educativos, está cambiando. Los ciudadanos expresamos cada vez más la oposición entre el yo (individual o colectivo) y las instancias que tienen o representan el poder social.

Estos cambios pueden explicar el alza del valor individualidad y el declive de las responsabilidades individuales y sociales que cada vez se ven más lejanas y situadas fuera de nosotros. En otros tiempos, sobre todo entre las mujeres, cuidar de los otros era un valor social y a menudo se olvidaban de ellas mismas. Los otros (niños, personas mayores, marido, familiares...) eran siempre más importantes. El valor de cuidar de los demás y sacrificarse por los demás está descendiendo y el interés por uno mismo aumentando. Esto tiene aspectos positivos con respecto a disfrutar y cuidarse uno mismo pero también puede fomentar el individualismo (*"Lo mío es más urgente, más grave, más importante..."*) versus la solidaridad con las otras personas de la comunidad.

En nuestro país existe la creencia por parte de mucha gente de que los recursos sanitarios son ilimitados y, además, como es un sistema público está a mi servicio individual. Mis derechos como persona hacia la sanidad pública son ilimitados y por el contrario yo no doy ninguna contraprestación a cambio, yo no tengo ningún deber con la sanidad, aparte de pagar mis impuestos.

■ Repercusiones en las expectativas y las demandas de los pacientes

Demanda de solución médica para problemas que pertenecen a otros ámbitos Temas y aspectos que pertenecen a otros campos como la educación, las relaciones laborales o la familia, pasan al campo de la medicina. Como por ejemplo hacer certificados para la escuela porque el niño está enfermo, o porque uno no puede ir a natación, o por problemas laborales. También podemos ver cómo nuevas realidades sociales que no han sido solucionadas por la legislación van a parar al sistema sanitario: las bajas laborales para mujeres embarazadas que no pueden o no creen conveniente trabajar en el embarazo.

⁵

La era de la información. Vol.1 La sociedad red. Madrid: Alianza Editorial 1997

Se reclaman soluciones al sistema sanitario, porque en última instancia es el aparato social con más reconocimiento y con más capacidad de respuesta.

Utilización inadecuada de los servicios sanitarios: Cuando quieren ir a un servicio sanitario hay personas que nunca se preguntan si es el lugar adecuado, si estorbará la atención a otros pacientes que lo necesitan más...

Conducta exigente sin ponderar la necesidad. En algunas situaciones ha sido o es necesaria una actitud exigente para recibir los servicios que necesitamos. Pero ahora estamos siendo exigentes para todo. Visitas que no pueden esperar porque tienen que ir a la peluquería, visitas para obtener recetas de medicamentos que no hemos prescrito, pasar delante de los demás...

Las consecuencias para el sistema son la sobrecarga y la pérdida de visión de cuál es su misión.

Es necesario plantear a la sociedad cuál es el papel del sistema sanitario y su valor para la mejora de la salud de las personas, dejando claros sus límites.

6. ¿El paciente informado, realidad o mito?

La dependencia de la ciencia, la tecnología y los profesionales y la medicalización de la vida, como ya hemos señalado, colocan al ciudadano y al paciente en manos de otros e impulsa a situar el *locus* de control externamente a nosotros dejando las decisiones en manos de los profesionales y los científicos.

No obstante, en el momento actual, se está produciendo una ambivalencia respecto a los vectores de la decisión. Mientras unos impulsan a dejar las decisiones en manos de la ciencia médica, otros reclaman un papel activo en las decisiones.

Aunque una revisión de encuestas realizadas en el Estado Español (tabla 2) encontró que la preocupación por la responsabilidad individual y la toma de decisiones activa respecto a la salud no está entre las preocupaciones de los ciudadanos de este país⁶, es indudable que la autonomía, el derecho a estar informado y la petición del derecho a adoptar un papel activo en las decisiones sobre la propia salud son valores y demandas en alza.

⁶ Jovell A, Roig F. The future patient. Literature review: Spain. Barcelona: Fundació Biblioteca Josep Laporte; 2001. Disponible en <http://www.fjoseplaporte.org/cast/formacio/recerca.htm#4>

■ Tabla 2

Resultados del estudio de Demoscopia de septiembre de 2002

- El médico es la principal fuente de información de los pacientes, y los medios de comunicación la segunda
- Sólo un 30% de la población busca medios alternativos de información a los proporcionados por la consulta médica
- El 50 % de los entrevistados no plantea dudas, discrepancias o preguntas científicas a los médicos
- El 70% de los entrevistados no conocen sus derechos como pacientes
- Menos de un 5% de los entrevistados pertenecen a alguna asociación relacionada con temas de salud
- La población exige acceso a información de calidad contrastada que sea inteligible y proporcionada por profesionales
- Hay una doble tendencia en la actitud de los pacientes: activa y pasiva
- El paciente activo suele ser joven y con mayor nivel de estudios, lo que supone una tendencia emergente y de futuro

Fuente: Jovell AJ. El paciente "impaciente" ¿governarán los ciudadanos los sistemas sanitarios? El MEDICO 25-IV-03:66-72.

Por otra parte, el descenso en la veneración por la autoridad y la reducción de la relación paternalista médico-paciente, pone de manifiesto una democratización de las relaciones y una demanda de adoptar un papel activo en la relación y en la toma de decisiones.

Es verdad que el nacimiento de un nuevo usuario, el usuario informado, puede revolucionar la sanidad, (*"Mientras comprobamos los efectos de estos cambios revolucionarios damos la bienvenida a una nueva realidad sanitaria que no es una utopía ni una moda: el usuario informado"*⁷) pero también está sujeto a muchos riesgos. La sobredosis de información puede bloquear o conducir a desinformación o confusión. Por otra parte, la información que llega al usuario no es neutra y los grupos de presión, como por ejemplo la industria farmacéutica, ya han visto en el usuario y sus grupos un foro ideal para introducir sus productos (*ver la presencia de la industria en las actividades formativas del reciente creado Foro español de pacientes*⁸).

⁷ Jovell A. El usuario informado ¿Utopía, realidad o moda? SEAUS 1999; 1: 4-6.

⁸ www.fbjoseplaporte.org/premsa/index.php?secc=fbjlinfart&id=124&numero=2

Alguien dirá, y con razón, que de igual manera la información llega sesgada y con intereses al profesional, pero pensamos que el profesional cuenta con un recurso potente que no tiene el usuario, que es la formación médica. Como señala Meneu *“esta cuestión configurará en gran medida los debates sobre la asistencia sanitaria en esta década. El futuro no está escrito y su conformación será el resultado tanto de las presiones de los usuarios de los servicios sanitarios y de sus colectivos organizados (a menudo con el apoyo de grupos de intereses), como de las actitudes que adopten los profesionales, básicamente oposición, colaboración o liderazgo”*⁹. Este papel de liderazgo ya se puede ver por la presencia en Internet de páginas para pacientes lideradas por profesionales e instituciones de solvencia como la fundación Cochrane¹⁰ o el National Health Service Británico¹¹.

■ Repercusiones en las expectativas y las demandas de los pacientes

Expectativas desmesuradas. La democratización de la información, que es positiva, a menudo está sesgada, o marcada por el deslumbramiento de los periodistas por la ciencia. Esto genera que el paciente tenga informaciones poco precisas sobre las enfermedades y los tratamientos en fase de prueba, sin saber los efectos negativos que pueden provocar y comporta, por lo tanto, demandas excesivas o poco ajustadas.

Sentimiento de frustración porque la información recibida es en exceso optimista (*“han dicho por la televisión que han encontrado un remedio para ...”*) cuando en realidad es un estudio experimental.

En la práctica médica la sociedad nos pide cada vez más que ayudemos a transformar toda esta información en conocimiento útil para la toma de decisiones. Esto genera tensiones y angustias en los profesionales anclados en el modelo de relación médico - paciente autoritario o paternalista.

Los profesionales de atención primaria deberíamos liderar el proceso de democratización de la relación médico - paciente, optando por un modelo colaborativo en la toma de decisiones y tratando de minimizar la influencia de los grupos de presión en la información que reciben los ciudadanos y pacientes

⁹ Meneu R. La perspectiva de los pacientes. Gestión clínica y sanitaria. 2002; 4(1):3-4¹

¹⁰ www.cochraneconsumer.com

¹¹ www.nhsdirect.nhs.uk

Capítulo 2

■ OFERTA SANITARIA: ¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO?

A las pobres mujeres las tienen torturadas. En su azarosa vida la ciencia médica no les concede árnica. Yo creo que lo único que no se ha medicalizado, todavía, es la menarquia. La niña de 10/11 años tiene su primera menstruación y todo queda en familia. Como mucho la madre te dirá en la próxima consulta, entre el arrebolar de mejillas de la chiquilla, aquello de "ya se ha hecho mujer, ¿sabe usted, doctor?". Según el momento, ese comentario te puede dar pie a explorar un poco los conocimientos de la niña mujer y a empezar a plantar la semilla de confianza que facilite luego las consultas contraceptivas. Pero me temo que estoy hablando de un pasado lejano, conforme veo crecer la cifra de pediatras y ginecólogos parados. Me da hasta miedo decirlo, pues es, a lo mejor, abrir el tapón de la medicalización. Lo que veo venir es la creación de "unidades de menarquia".

Primero, reuniones y congresos sobre la menarquia, su fisiología y patología. Después la definición acotada y rígida de la menarquía "normal", lo que suele dejar mucha menarquía en el campo de la anormalidad. El desarrollo de un protocolo de menarquía, apoyado por las sociedades de los parados, es el paso siguiente. En este protocolo se admite, no podía ser menos, que los médicos de cabecera tenemos un rol a jugar, aunque siempre tutelados por los especialistas. Por supuesto, se introduce toda una batería de exploraciones, físicas, analíticas, ecográficas y psicológicas (hay que hacer un hueco a radiólogos y psicólogos, que además dan buen "tono"). Y ya tenemos el mercado preparado para ir invadiendo la atención primaria, como un cáncer insidioso.

Primero, "unidades de menarquia" en los hospitales, turno de mañana. En seguida hay que ampliar el horario, turno de tarde (¡laus Deo!). Después, a los centros de salud, a apoyar a los médicos generales. Y, por fin, "unidades de menarquía" en cada centro de salud, que el seguimiento de la niña es cosa prolongada, pues debe ir desde dos años antes del hecho en sí hasta los dos siguientes, por lo menos, que es lo que ha demostrado el grupo X, de la universidad Y, en EE.UU. Ni que decir tiene que esta campaña se orquestaría tanto por medios científicos y profesionales como por radio, prensa y televisión (se incluyen revistas de la vagina, que dice Umbra!). Y nada, las feministas tan contentas, sobre todo porque el Gobierno habrá aceptado sus presiones y todo el personal de las "unidades de menarquía" será femenino (o, al menos, el 50%, si ganan los socialistas). ¡Jo!, ¡Pobres mujeres!

Juan Gérvas (Contrapunto Sanitario, El Médico 1999; 706: 14)

Este escrito de Juan Gervas, que es una ficción, no es más que una descripción casi exacta de la creación de algunos de los servicios y unidades que existen. El sistema sanitario, tanto a nivel más general (política sanitaria, industria, empresa privada), como también a nivel más específico en los equipos de salud, hemos ido generando actividades de necesidad y efectividad dudosas que aunque son pensadas inicialmente para mejorar la salud, han generado efectos secundarios importantes que han repercutido sobre el uso de los servicios sanitarios y sobre el concepto de salud percibido por las personas.

La orientación de los sistemas sanitarios en las últimas décadas ha estado determinada por:

- **El potente desarrollo tecnológico aplicado a la medicina.** La tecnología nos ha deslumbrado y este deslumbramiento nos ha hecho perder la visión holística de los problemas relacionados con la salud. Poco a poco, hemos ido creyendo que todo tiene su explicación biológica y que el objetivo primordial de la medicina es descubrir los determinantes biológicos (investigación genética, trastornos metabólicos, bioquímica cerebral...) para poder actuar en los problemas-enfermedades. Esta creencia nos ha llevado a subestimar los determinantes sociales y psicológicos de la salud y la enfermedad.

- **El papel de la industria farmacéutica en la economía global.** La dinámica para la obtención de beneficios cada vez mayores de la industria farmacéutica, que actúa en un campo socialmente abonado, nos ha llevado a un uso desmesurado de los fármacos, más allá de lo que científicamente está justificado. La industria farmacéutica (de capital, gestión y control totalmente privados) ya no está al servicio de las necesidades de salud de las personas, sino que induce de manera importante la definición de qué es enfermedad y qué no (depende de si hay un fármaco o no de por medio) tanto a nivel de los colectivos profesionales como directamente en la sociedad.

- **Las políticas sanitarias defensivas y acríticas de los gobiernos.** Aspectos como la autonomía, el apoyo social, la capacidad de adaptación, la calidad de vida, la capacidad de decisión, el autocuidado, la aceptación de la enfermedad, del riesgo, de la mortalidad, etc. han estado ausentes de las políticas de salud pensadas por los responsables políticos y técnicos del sistema sanitario. Se ha desarrollado un sistema dominado por el imperativo tecnológico y la defensa de intereses de grupos de presión profesionales, industriales, sociales o políticos. Estos intereses se han incorporado de manera acrítica y sin considerar las repercusiones culturales, sociales y sanitarias que podían tener. La ideología del control y la asunción por parte del sistema de algunas responsabilidades que son propias de los individuos, son características de nuestro sistema sanitario.

● **El paternalismo del Estado del bienestar.** La legítima reivindicación de la mejora del estado del bienestar y de la protección de las personas enfermas o con otros problemas de salud o sociales ha comportado que haya mejorado la atención a las personas. Sin embargo, mientras que ha quedado corto en algunas prestaciones, ha tenido como efecto secundario la sobreprotección. El fomento de la autonomía de las personas se ha concretado únicamente en la capacidad de elegir el servicio que se quiere, pero no ha propiciado la capacidad de autocuidado. Esta tendencia parece incrementarse progresivamente convirtiendo el sistema sanitario en los “padres” que velan por todo lo que pasa en el ámbito de la persona, tenga relación o no con la salud.

*“Salud controla 100.000 catalanes vulnerables al calor”
Titular de *El Periódico*, 17 de julio del 2005, pág. 26*

A consecuencia de estas influencias el sistema sanitario (políticos, gestores y profesionales) ha ido configurando unas determinadas actuaciones o respuestas a las diferentes situaciones y necesidades de salud que en muchas ocasiones no han sido las más adecuadas. Haciéndonos eco de Ivan Illich, los sistemas sanitarios de los países “desarrollados” están produciendo yatrogenia social, cultural y sanitaria.

Sin lugar a dudas la sanidad y la medicina están aportando muchos beneficios a las personas y se han conseguido soluciones a muchos problemas de salud. Pero esto no nos debe impedir cuestionar o criticar aquellos elementos que creemos que no están siendo positivos para la población. A continuación exponemos una serie de actuaciones que, en nuestra opinión, están dando una respuesta equivocada y/o perjudicial a diferentes situaciones.

1. RESPUESTAS DEL SISTEMA

1.1. MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA

■ La medicalización y sobreprotección

Entendemos por medicalización, tal y como hemos explicado en el capítulo 1, la intervención del sistema sanitario en problemas que hasta ahora no han sido considerados entidades médicas y para los cuales no dispone de recursos para modificarlos. Es obvio que todo influye en nuestro nivel de salud o de bienestar, pero parece poco razonable deducir de este hecho que es necesario que todo se lleve a cabo en el sistema de salud.

Algunos ejemplos son:

- Los diferentes “programas” para aspectos que forman parte de la vida: como la menopausia, el duelo y otros muchos temas que ya hemos comentado antes, tienen en algún lugar, o en muchos, su protocolo específico.
- Actividades dirigidas a grupos definidos a priori independientemente de sus necesidades y aceptación de ayuda. Programas como la ATDOM (atención domiciliaria) que obliga a visitar a domicilio a todas las personas de cierta edad (anciano “frágil”) aunque hagan vida normal y vayan al huerto todos los días.
- Actividades, como la enfermera en la escuela, para intentar solucionar problemas de otros ámbitos que se deberían resolver desde la perspectiva educativa o social.
- Actuaciones en aspectos que son responsabilidad de las familias o de los individuos o de otras instancias sociales. Como el recientemente instaurado objetivo de enfermería del Institut Català de la Salut de realizar visitas puerperales a domicilio o programas de apoyo a las nuevas madres cuando salen del hospital.
- O el inaudito proyecto “Nacidos para leer”, impulsado desde entidades profesionales (pediatras, comadronas, enfermeras y bibliotecarios) y el Departament de Cultura, que comporta que en la visita pediátrica se realice un seguimiento del hábito lector de los niños.

■ Valoración de los riesgos de forma desorbitada y magnificación de los problemas

Una de las funciones del sistema sanitario es disminuir el riesgo de las personas de enfermar. Se supone que el sistema debe intervenir cuando el riesgo puede tener un impacto real y cuando dispone de mecanismos efectivos y seguros para disminuir el riesgo. El miedo y la ignorancia (y algunos intereses privados) nos han llevado a pensar que si hay algún riesgo, es necesario que actúe el sistema sanitario. Sin tener en cuenta el coste ni las consecuencias.

Ejemplos:

- El aumento de mortalidad en invierno y en verano, que es un hecho normal, se reconvierte en la creación del “Plan para prevenir los efectos de la Ola de Calor sobre la Salud” (POCS) con recomendaciones, actuaciones sobre los individuos, evaluaciones sobre actuaciones de los equipos y apoyo con folletos. Lo que comporta que el calor se haya convertido en un nuevo problema de salud. En esta línea estarían también las recomendaciones ante ciertas epidemias como la gripe, de ir al CAP o llamar a los servicios de urgencia en vez de recomendar reposo y tranquilidad.

- Tratar los factores de riesgo como enfermedades (HTA, colesterol...). Protocolos para la prevención primaria basados en múltiples pruebas y “controles” que no siempre han demostrado su utilidad y que hacen depender a las personas del sistema sanitario.
- La furia de la etiqueta y el diagnóstico. Etiquetas diagnósticas a personas sanas que se vuelven enfermas, sin que se sientan enfermas (dislipemia, osteopenia...).
- Medicina más defensiva: Como todo es prevenible, si alguien se pone enfermo es porque no se le ha hecho lo suficiente para evitarlo. No tendremos ningún problema por pedir un PSA sin solicitar el permiso pero creemos que lo podemos tener por no pedirlo.

■ **Psicólogos para los desastres, psiquiatras para vivir**

Es necesario incorporar profesionales de la psicología en el ámbito sanitario con una visión integral, y no sólo basada en psicofármacos, de los problemas de salud mental. Actualmente lo que vemos es que en los desastres (accidentes, derrumbamientos, atentados,...) se movilizan grupos de psicólogos para dar apoyo a quienes los han sufrido, sin tener constancia de su utilidad, debilitando la red de apoyo social natural (familia, vecinos, amigos...). La atención a la salud mental es un bien escaso en el sistema sanitario normal que no ofrece psicoterapia a quien la necesita y basa la atención de los problemas en los psiquiatras que más fácilmente los medicalizan, a menudo con la última novedad farmacoterapéutica. Y es así tanto en los temas relacionados con la salud mental, como en los temas de cómo “sobrevivir a la vida” (así es como se expresa).

- Estamos ante la furia de los psicofármacos. Y de grandes paradojas: la depresión es cada vez más diagnosticada, los antidepresivos son uno de los grupos terapéuticos más vendidos y, en cambio, la gente expresa cada vez más infelicidad.

- Psiquiatrización de la vida y de los sentimientos. Destacamos la campaña del Departamento de Salud para diagnosticar a los deprimidos por la calle, mediante unos carteles expuestos en algunas calles de Barcelona. O el intento de transformar a los tímidos en enfermos.

■ **Papeles del médico para todo y para todos**

La competencia de los médicos de certificar las situaciones de incapacidad de las personas enfermas, se ha extendido a muchas situaciones que no están relacionadas con ninguna enfermedad. Elementos que no tienen nada que ver con nuestra responsabilidad también han pasado a ser un hecho normal dentro de nuestro trabajo.

Algunas de las funciones que estamos haciendo sustituyen la asunción de responsabilidades y competencias de los individuos o entidades y dan una falsa cobertura de seguridad. A veces, incluso legitimamos conductas que no serían aceptadas socialmente sin una "justificación" médica. Ejemplos:

- Si el alumno ha estado enfermo, hace falta un papel del médico que lo justifique ante los profesores, no vaya a ser que los padres mientan.
- Si una persona quiere ir a hacer gimnasia como afición, es necesario un papel del médico que diga que lo puede hacer.
- Si una persona quiere ir a un balneario con subvención pública, hace falta que el médico diga qué le pasa.
- Si debe cobrar una pensión y no se puede mover para ir a la caja o banco, el médico lo debe decir, no los trabajadores de las entidades financieras que se podrían desplazar al domicilio.
- Si una persona no tiene ganas de formar parte de una mesa electoral, pide un certificado médico.

1.2. FRAGMENTACIÓN DE LAS RESPUESTAS

■ **Los programas paralelos: cuando la solución se convierte en un problema**
Entendemos por programas paralelos los creados con personal específico y que actúan sobre una patología concreta, muy a menudo al margen de las actuaciones de los EAP. Seguramente con la mejor de las intenciones, para atender mejor a las personas, se han generado estos tipos de programas, permanentes o temporales, que afectan a patologías o a colectivos. Cuando estos programas se realizan sobre problemas prevalentes o sobre grupos amplios de población, lo que están haciendo es sustituir el papel del médico de cabecera con el inconveniente añadido de que tienen una visión parcial de la persona y falta de longitudinalidad de la atención. A veces se han puesto en marcha programas con personal propio para solucionar el desbordamiento de los profesionales de los EAP. Mucho más útil y eficiente sería dotar a las plantillas de los EAP de personal suficiente.

Ejemplos:

- El PAD (Programa de Atención a la Mujer), después PASSIR (Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva) y ahora ASSIR (Atención a la Salud Sexual y Reproductiva), para atender “a la mujer” y enfocado primordialmente a la detección de cáncer de cérvix y a la anticoncepción, que han promovido una revisión anual a pesar de los consensos internacionales, y han conseguido, al cabo de poco, reconducir el tema por una excesiva lista de espera. Por suerte, en la actualidad se está replanteando el programa, pero se había llegado a la situación dramática de que los ginecólogos estaban tan ocupados tomando muestras para citologías normales que no había forma de atender a una mujer con una metrorragia postmenopáusica.
- El PADES (Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Apoyo) para atender enfermos terminales. Esta es una atención propia del médico de cabecera, que puede necesitar apoyo para manejar situaciones difíciles en cuanto a control de síntomas o complejidad familiar y social. En realidad, desde su inicio, el PADES está asumiendo la atención de muchos enfermos terminales sin estas dificultades, pero sí con otra: la falta de asunción por parte de su médico de familia de la situación. Otro parche para solucionar un problema de naturaleza diferente. En la práctica nos encontramos con profesionales de estos equipos “de apoyo” que hacen pocas visitas al día, lo cual es claramente ineficiente.
- Y en los hospitales se crean unidades de todo: fatiga crónica, fibromialgia, hipersensibilidad a las ondas electromagnéticas... que crecen e intentan crecer para hacerse un lugar en la atención y para hacerlo magnifican más y más los problemas ligados a sus unidades, a través de charlas, noticias, congresos, webs,...

■ Poco fomento de la atención primaria frente a la hospitalaria y otros especialistas

El papel del médico de cabecera como elemento referente de las personas es útil por muchos motivos y nos gustaría comentar algunos:

- Al conocer a la persona de forma completa puede integrar mucho más las necesidades y posibles respuestas ante un problema de salud.
- Es más fácil que tenga una actitud más prudente y de contención de la persona evitando yatrogenias innecesarias.
- Es más accesible.
- Ha demostrado su papel contenedor del gasto sanitario en un momento en que se debate la capacidad de mantener el sistema con los recursos existentes.

Aunque en teoría el sistema sanitario de nuestro país se sustenta sobre la atención primaria, en la práctica nos encontramos situaciones incoherentes que restan poder y capacidad de resolución al primer nivel. Algunos ejemplos pueden ser:

- La limitación para pedir exploraciones complementarias.
- La petición de informes "de especialista" para ciertos procedimientos: tramitación de invalideces, informes para los juzgados...
- La validación de ciertos fármacos, que acaba haciendo un administrativo.
- Los PAO (Prestación de Aparatos Ortopédicos): el paciente o un familiar de un paciente incapacitado debe ir al traumatólogo (que no le conoce) para pedir una silla de ruedas.

A nivel más general debemos hablar de la jerarquía del hospital sobre la primaria, tanto en aspectos asistenciales como de financiación y dedicación de recursos. La imagen pública del médico va ligada muy a menudo a la superespecialidad; pocas veces es un médico de familia el que opina sobre problemas de salud en los medios de comunicación, sino un superespecialista que defiende su espacio y fomenta el consumo sanitario.

1.3. SOBREACTUACIÓN

■ Los programas específicos sin evidencia

Una de las formas de atención a las personas ha sido la creación de programas específicos para franjas de edad o problemas de salud (niño sano, HTA, diabetes,...). El furor preventivo nos ha conducido a realizar actividades cuya efectividad no ha sido nunca demostrada.

Aquí se puede incluir una parte importante del Programa del Niño Sano (PNS), que sin querer afirmar que no ha sido útil en algunos aspectos, hay que decir que también ha servido para reforzar la dependencia de los padres respecto del sistema de salud para cualquier pequeña cuestión. Es decir, hemos fomentado la incompetencia de los padres para su función de cuidar de los hijos y unos hijos, que a medida que crezcan, no tendrán ninguna capacidad de contención ni de autocuidado.

Paradojas asociadas:

- La obesidad infantil va en aumento. Estos niños y niñas obesos son “hijos” del PNS. Es decir, ellos y sus padres han sido sometidos a horas y horas de educación sobre una buena alimentación
- Los embarazos no deseados en adolescentes aumentan. La educación sexual es materia normal del PNS. Y, por cierto, también de educación en la escuela, campañas publicitarias...

Los profesionales, los gestores y los políticos debemos hacer un ejercicio de evaluación de los programas preventivos más allá de realizar medidas de actividad o de resultados parciales, estudiando cuál es el impacto social a nivel de las creencias y de las expectativas que generamos en la población.

■ La prevención en la empresa: la revisión “anual”

La medicina no ha podido demostrar que la práctica de revisiones periódicas sea útil para mejorar la salud de la población, a excepción de algunas intervenciones muy concretas (detección de la HTA, por ejemplo) que no hacen falta, en ningún caso, con periodicidad anual.

Pero la existencia y la exigencia de revisiones laborales preventivas se vive y se ve como un progreso social. La mayoría de estas revisiones realizan pruebas de todo tipo, casi todas sin ninguna evidencia de su efectividad en personas asintomáticas y derivan cualquier pequeña anomalía debida al azar a la atención primaria (“consulte a su médico...”). Este gasto, además de innecesario y malversador de recursos, comporta más medicalización. Y para que no quede duda de su “utilidad”, la empresa mayoritaria en la atención primaria, el Institut Català de la Salut, la ofrece a sus trabajadores. Este discurso ha penetrado tanto, que incluso bastantes médicos, que en teoría conocemos que las revisiones anuales sirven para muy poca cosa, nos hacemos esta revisión.

Estas revisiones periódicas sustituyen a los programas preventivos realmente necesarios sobre problemas de salud ligados a la actividad laboral, y sobre los que no se interviene, como los problemas ergonómicos o la epidemia de depresiones en el personal de la enseñanza (a los que últimamente también se les hace “revisiones”).

■ **Sustitución de capacidades individuales. En el domicilio, sin permiso (¡y sin necesidad!)**

El sistema sanitario tiene la responsabilidad de poner a disposición de la población los recursos que le permitan mejorar los problemas de salud ofreciendo servicios accesibles y de calidad. También tiene la responsabilidad de velar por las cuestiones ambientales que tengan relación con la salud. Pero las personas no tenemos ninguna obligación de ir al médico o de someternos a pruebas preventivas sistemáticas. Ni la administración tiene ningún derecho a imponerlo. Parece que hemos olvidado este hecho y hemos promovido y estamos promoviendo actuaciones que van más allá de nuestras funciones con programas que suponen una invasión de la intimidad de las personas y una sustitución de su capacidad de decidir.

La visita a domicilio es una actividad útil, y en muchos casos imprescindible, si la persona no puede desplazarse por motivos de salud. También es útil porque nos aporta información sobre el entorno del paciente que ayuda a entender cosas. Pero no parece que deba convertirse en un fin en sí misma como se plantea en algunos casos, como en la atención a personas mayores totalmente autónomas, en la visita del puerperio de la comadrona¹², a la cual se quiere sumar la de la enfermera de pediatría para ayudar a los padres (sobre todo a las madres) a cuidar de los hijos y para conocer el entorno.

Nadie se plantea, cuando se propone alguna de estas actividades, que sería necesario demostrar si realmente son útiles para la salud de las personas y si el coste que generan no debería destinarse a otras actividades contrastadas científicamente.

Probablemente con estas decisiones se pretende facilitar que las personas mejoren sus habilidades, pero parece lógico pensar que lo que se fomenta es la pérdida de las competencias de cuidado (o autocuidado) al delegar de forma clara y explícita esta responsabilidad en el sistema de salud¹³ que nuevamente asume responsabilidades que pertenecen a los individuos.

¹² En algunos casos se hace a partir de listas proporcionadas por los hospitales sin tener en cuenta la confidencialidad de los datos.

¹³ Otro ejemplo: no parece normal que en verano se tengan que hacer visitas a domicilio a personas mayores que no viven solas para recordarles que tienen que beber agua y otras medidas contra el calor. Pero no siempre se utiliza la lógica...

2. RESPUESTAS EN LA ATENCIÓN DEL DÍA A DÍA

2.1. MEDICALIZAR LOS MALESTARES

■ **Medicalizar para mejorar la aceptabilidad de problemas de salud**

Hace años era difícil que algunos problemas de salud, como la depresión, las drogodependencias, los trastornos alimentarios,... no fueran vistos como un problema de “vicio” o “manías” de quienes los padecían. Para intentar hacer pedagogía sobre el tema y evitar que se añadiera al afectado un sentimiento de culpa pasamos a considerarlos enfermedades. Con mayor o menor acierto, fue una mejora para encarar algunos de estos problemas. Pero, posiblemente, no supimos explicar que, también en estos temas, la solución no es, ni mucho menos, médica.

El problema surge sobre todo cuando, a partir de un aumento de la aceptación social del hecho¹⁴, decidimos convertir cualquier molestia o problema humano en una enfermedad, incluyendo los efectos del envejecimiento, el duelo normal, el embarazo, las arrugas, o la pelea con la familia¹⁵... Y nos encontramos que casi cualquier disconfort humano está en algún protocolo de atención sanitaria.

■ **Tenemos prisa: ¡fármacos y pruebas para todo!**

Parece que la espera no es posible en nuestra sociedad y que todo problema de salud tiene una clara respuesta que, además, tiene efectos inmediatos. La prisa y lo que comporta, también repercute en las actuaciones de los profesionales y nos hacemos mucho más actuadores, menos reflexivos y menos contenedores. El criterio de “esperar y ver”, tan valorado hasta ahora en la atención primaria, está condenado al fracaso si no conseguimos modular la prisa de la vida *on line*.

“Todo tiene su pastilla”: este es el lema que podría presidir nuestra actividad en los últimos años. Los avances farmacológicos y la presión de la industria han comportado que esta creencia sea dogma para muchos profesionales. No parece adecuado que alguien salga de la consulta sin la receta de al menos un fármaco. Parece que la visita ha sido incompleta.

Este hecho, al margen de otros problemas (gasto, efectos indeseables), tiene un efecto de refuerzo sobre la población, que cree que realmente todo tiene una pastilla. Y si no tenemos respuesta o fármaco, lo resolvemos con una prueba complementaria, haga falta o no. Y no sabemos decirles que no sabemos qué pasa y que, por el momento, es mejor **esperar y ver**.

¹⁴ Cuando hablamos de aceptación social nos referimos también entre los profesionales sanitarios.

¹⁵ Es interesante ver las no-enfermedades citadas en Smith, Richard: In search of “non-disease”.BMJ. 2002: 324; 883-885. donde citan el top 20 empezando por el envejecimiento, el trabajo, el aburrimiento, las bolsas debajo de los ojos, la calvicie,...

■ La ciencia no tiene límites

Los profesionales caemos en el imperativo tecnológico. Desde una posición de seducción por la ciencia y la tecnología estamos dispuestos a creer que toda

técnica nueva que salga al mercado es mejor que la anterior y que se avanza en el camino de la infalibilidad y del progreso ilimitado de la ciencia. Si es así ¿por qué perder tanto tiempo en las ciencias humanas, en la comunicación, en la empatía? ¿Por qué auscultar y utilizar el fonendo si podemos hacer una RX? ¿Por qué tocar, palpar y percutir el abdomen si podemos pedir una TC o una ecografía? ¿Recordamos cómo hacer una historia clínica? ¿Y una exploración?...

El humanismo pierde sentido ante los avances y el poder de la ciencia. La técnica más sofisticada es siempre mejor que la más simple y aquella en la que participa el profesional mucho más falible que la ciencia pura. ¿No está en nuestro imaginario una máquina donde meter al paciente y que expida un papel con todas las enfermedades que éste tiene y los tratamientos que debe hacer?

Todo esto nos lleva a la locura de la obstinación terapéutica, de hacer cosas cuando no hay nada que hacer, sin beneficio o, incluso, con perjuicio, para el paciente. Si una enfermedad no tiene cura, damos vitaminas, "que mal no le harán". Si una persona lleva 10 minutos en paro cardíaco, intentamos la recuperación. Si una persona de 95 años está con insuficiencia cardíaca en estado terminal, la ingresamos en el hospital para alargarle la vida unos días. Si una persona sufre demencia, le ponemos un montón de fármacos carísimos para atrasar unos meses la evolución de la enfermedad y si no come le ponemos una sonda nasogástrica y le atamos las manos para que no se la quite.

2.2. FOMENTO DE LA PÉRDIDA DE COMPETENCIA

■ Las verdades absolutas

Las habilidades de las personas para hacerse cargo de su vida y de su salud son mucho mayores cuando son capaces de convivir con la incertidumbre que tiene la vida en sí misma. Todo el mundo sabe esto en teoría, pero hemos ido dando certezas en muchas cosas, en más de las realmente tenemos. Como ejemplo ajeno al sistema sanitario podemos citar el pronóstico meteorológico, que ha pasado de ser un hecho posible a reclamarle que sea infalible.

"Esto es así", "esto irá de esta manera"... son frases rotundas que acompañan nuestros servicios sanitarios. Y con esta seguridad aparente damos falsa tranquilidad a las personas, que piensan que los profesionales sanitarios lo tenemos todo controlado.

■ **No decida, por favor**

Una preocupación positiva por la salud de las personas ha comportado que los servicios sanitarios tengan una actitud paternalista y protectora que ha ayudado a que la población delegue, en buena parte, las decisiones sobre su salud en los profesionales: desde las grandes decisiones terapéuticas (como someterse a una intervención de riesgo) hasta las más pequeñas (como cambios en la dosis de insulina).

Imponemos a las personas lo que hacemos: desnúdese, le miro la presión, le haremos una radiografía, tome este medicamento, coma sin sal y vuelva, vuelva, vuelva...

Hemos dejado poco espacio en la relación con el paciente que le permita reflexionar y tomar decisiones sobre lo que él quiere hacer y lo que le haremos nosotros. Hemos sustituido su decisión por la nuestra, hemos creado más dependencia y hemos disminuido la capacidad de decidir en algo tan personal como ir al médico o a la enfermera.

Las tendencias actuales de respeto a la autonomía de la persona con el fomento del consentimiento informado y la posición colaborativa en las decisiones están todavía en una fase embrionaria.

2.3. LA ORGANIZACIÓN COMO SISTEMA PARA DESORGANIZAR

■ **Fomento de las “urgencias” desde los equipos como “solución” organizativa**

Muchas veces los EAP se sienten desbordados por el volumen de demandas que reciben. Ante este hecho, han fomentado el uso de las consultas de urgencias para evitar domicilios (sobre todo en pediatría) o para incluir las demandas que no “cabén” en las agendas normales.

Con un planteamiento muy poco reflexivo (las visitas se acaban realizando de todos formas) se ha conseguido que las personas creen que hay un circuito de “pizza-rápida” que no tiene nada que ver con la gravedad del motivo de consulta. La pedagogía y la reconducción hacia otros días, y si no es posible hacia una franja horaria y no hacia urgencias, conlleva que el volumen de consultas “urgentes” haya aumentado en muchos lugares por indicación nuestra. Se ha perdido el valor de la palabra “urgencia” que actualmente entre los usuarios del servicio y entre los integrantes de los equipos de salud es un tipo de visita y no una causa médica que motiva que sea clasificada como urgencia. Y, por lo tanto, ha facilitado un uso no correcto de ella.

■ Lo que hacen los demás no sirve

Este es un tic más frecuente en los hospitales, pero a veces también lo observamos en la atención primaria. Las pruebas, los análisis deben ser realizados por el servicio que atiende al paciente; si se han hecho los mismos hace pocos días, no sirven. Y, aunque el paciente esté bien, si las pruebas tienen más de 3 meses, "caducan". Esta actuación refuerza la idea de que el análisis de hace dos meses, que era normal, hoy ya no tiene ninguna validez y, por lo tanto, si me encuentro mal, hace falta un nuevo análisis o prueba. Y el coste no importa (paga la administración pública), ni tampoco la yatrogenia que se puede generar, ni el coste en tiempo para el paciente. Y así lo perciben las personas que atendemos.

■ Agendas, normas y reglamentos en función de los profesionales y no de los usuarios

Agendas rígidas, tramos horarios para determinadas actividades (ECG, extracción de tapones, inyectables, revisiones, visitas programadas...). Hay agendas que contemplan tipos de visita según cada actividad, de forma que un usuario debe venir tres veces para resolver un proceso.

3. CONSECUENCIAS DE LA RESPUESTA INADECUADA DEL SISTEMA SANITARIO

Todas estas variaciones en la oferta sanitaria tienen consecuencias importantes sobre el sistema y las personas que dan y reciben los servicios. Algunas ya han sido comentadas en los apartados anteriores, pero creemos que es útil resumir las que nos parecen más importantes:

- *Masificación*: si vamos convirtiendo más acontecimientos en problemas de salud o aumentamos la necesidad de controles, cada vez habrá más masificación en nuestros servicios.
- *Largas listas de espera* debidas, además de otras causas, a la masificación, al uso poco reflexivo de muchas técnicas complementarias de diagnóstico y/o exploración y a la recitación innecesaria.
- *Exigencia a los servicios sanitarios* de respuesta rápida y para todo.
- *Insatisfacción de los profesionales y de los pacientes*, lo cual comporta más problemas al sistema.
- *Deshumanización y tendencia a la parcialización de las personas* que dificulta la atención global
- *Ley de cuidados inversos*: tenemos un grupo de privilegiados a quienes visitamos más de lo que hace falta y otros a quienes no vemos porque no caben.

Capítulo 3

■ LAS RESPUESTAS SALUDABLES

Sólo el cambio perdura
Heràclit

Los profesionales, en el día a día, nos encontramos demandas que no podemos o no sabemos resolver y expectativas a las que el sistema ha dado una respuesta no adaptativa: caótica y alarmista. Este hecho nos lleva a preguntarnos: ¿es necesario que la atención primaria responda poniendo sensatez y realizando cambios de enfoque y de forma de actuar? La respuesta es claramente afirmativa: ante nuevas situaciones tiene que haber nuevas respuestas. Si no lo hacemos, perdemos el sentido social y nos convertimos en otro elemento disfuncional, causante de más problemas y enfermedades en la comunidad. En medio de todo este caos, debemos hacer todo lo que podamos para dar una respuesta inteligente, basada en los principios siguientes:

■ Ser positivamente adaptativa

Hay que partir de la aceptación de la realidad. No nos sirve ir diciendo que “antes” la gente era de esta manera o de otra. El mundo y las personas cambian, ahora más deprisa que nunca. La actual frustración, ansiedad y desaliento que vivimos una parte de los médicos tiene que ver con la incapacidad de entender la demanda y dar una respuesta adecuada. Los cambios no los debemos vivir como una pérdida sino como una oportunidad de seguir siendo útiles a la sociedad. Debemos aprender nuevas maneras de hacer las cosas y nuevas cosas que hacer para responder a las nuevas demandas. Cambio y aprendizaje son palabras para incorporar a nuestra actividad diaria.

■ Ser críticamente adaptativa

Aceptar que hay nuevas demandas y que debemos darles respuesta no significa hacerlo de manera acrítica y despersonalizada, accediendo a todo lo que se nos pide. Nuestra respuesta debe venir guiada por la visión científica y la comprensión holística de las personas y los fenómenos. En estos momentos, la capacidad crítica de los individuos está bloqueada por el peso de las “ideas únicas” y los valores sociales imperantes. Parte de nuestro trabajo es cuestionar la validez de estas ideas y valores con respecto a la salud de las personas.

■ Defender los principios de la profesión médica

Tal y como han denunciado algunas asociaciones¹⁶ pensamos que los principios de la profesión médica están en peligro. La atención primaria debe arraigarse firmemente en los antiguos principios de la práctica médica: hacer el bien para las personas, ayudar, escuchar, entender y aliviar a los enfermos. Esto no está en contradicción con la incorporación de los avances científico-técnicos. Al contrario, el estado actual del conocimiento nos da más oportunidades que nunca para ponerlos al servicio de las personas. Sin embargo, el desarrollo nos tiende una trampa, porque su gran potencia económica se ha convertido en el eje alrededor del cual se mueve el sistema sanitario en los países industrializados.

El interés económico ha pasado delante del interés social y ha influido en la práctica médica, desviándola de su objetivo. Conviene defender los valores médicos tradicionales para reconciliar técnica y humanismo, teniendo como meta el beneficio para las personas, con un planteamiento holístico que, en estos momentos, parte de la sociedad busca en medicinas “alternativas”, que a menudo reproducen conductas similares a las que se critican.

■ **Dar respuestas saludables para los individuos y la sociedad**

No siempre el sistema sanitario da respuestas saludables. La capacidad yatrogénica que puede tener la medicina es enorme. Las respuestas inteligentes deben contribuir a mejorar los problemas de salud y fortalecer la capacidad de las personas y la sociedad para autocuidarse y enfrentar el riesgo y la enfermedad que comporta el hecho de vivir, luchando contra las fuentes de la yatrogenia (tabla 3).

■ **Tabla 3. Fuentes de la yatrogenia (Adaptado de Ivan Illich)**

ÁMBITO	EFEECTO YATROGÉNICO	RESPUESTA SALUDABLE
 Clínico	El mal hecho a los pacientes por los tratamientos inefectivos, tóxicos e inseguros	Aplicación rigurosa de los principios de efectividad y seguridad
 Social	Tratamientos y gasto en servicios sanitarios para no-enfermedades	Devolver los problemas a su punto de origen y tratarlos según su naturaleza: laboral, familiar, económica
 Cultural	Destrucción del sentido que tradicionalmente se ha tenido de la muerte, el sufrimiento y la enfermedad	Renunciar al discurso todopoderoso de la medicina y recuperar la aceptación de la enfermedad y la muerte

16

Medical Professionalism in the New Millenium: A Physician Charter. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation on Internal Medicine. Ann Intern Med. 2002; 136:243-246

Es necesario volver a definir el papel que la APS (Atención Primaria de Salud) debe tener en la sociedad actual, en un debate entre las partes implicadas: ciudadanos, profesionales y administración. Los médicos de familia estamos en posición de participar en este debate aportando ideas para la reflexión y líneas de cambio de los comportamientos que nos parecen inadecuados. Pero hay que tener en cuenta que nosotros formamos parte de la situación y que tenemos los mismos valores, opiniones y conductas que la población. A menudo, hemos contribuido mucho a crearlos, aunque, después, cuando actuamos como sanitarios, no somos capaces de entenderlos. Hablamos con facilidad de los miedos y angustias que llevan a los usuarios a consultar excesivamente a la APS y a los servicios de urgencias, pero no nos detenemos a pensar que nosotros también actuamos con miedo o angustia cuando pedimos una prueba no necesaria o damos un fármaco inefectivo.

¿Qué podemos hacer los médicos de familia ante este panorama? Como profesionales tenemos cosas que decir y que hacer, tanto a nivel individual como colectivo. La CAMFiC puede ser un instrumento muy potente para influir en la sociedad y en los socios. Por eso, en este capítulo hacemos propuestas sobre lo que podemos hacer nosotros y, por extensión, el sistema de salud.

3.1 LA RESPUESTA A NIVEL SOCIAL: Hablemos

En el ámbito social es donde se configuran en gran parte las creencias, valores y expectativas de la población sobre la salud y el sistema sanitario, que son parte de las creencias, valores y expectativas globales de la sociedad. Modificar estos elementos es difícil, pero no imposible, porque los valores están en constante evolución. A este nivel, nuestra contribución es en el terreno de la exposición y el debate de ideas. Hay que buscar espacios en los medios de comunicación y reclamar a los medios públicos que siempre que se hable de problemas de salud prevalentes haya un médico de familia. Las informaciones sobre epidemias deben tomar otro cariz. ¿Cómo es que hay alboroto en los medios cada invierno cuando aumenta la mortalidad de personas mayores, en vez de darlo como un fenómeno "normal"?

Es necesario que la CAMFiC tenga una fuerte política de comunicación, con recursos suficientes para intervenir continuamente en los medios de comunicación. También es necesario un plan de colaboración con el Departamento de Salud para posibles campañas: uso de los servicios de urgencias, conductas ante los riesgos naturales (calor, frío...), alimentación y otros, y con otros departamentos que tengan alguna relación con temas de salud, como Educación, Trabajo o Servicios Sociales, de cara a diseñar políticas coherentes y saludables. Las informaciones que se dan y la manera de darlas tienen efectos en la configuración del pensamiento de las personas que reciben el mensaje. Una misma noticia se puede decir de maneras diferentes y su impacto también es diferente (tabla 4).

■ **Tabla 4. Diferentes maneras de dar noticias**

NO ES LO MISMO DECIR.....

QUE DECIR.....

<p>“Los servicios de urgencias hospitalarios están colapsados por la epidemia de gripe”</p>	<p>“Como todos los años hay frecuentes infecciones respiratorias. La mayoría se curan solas”</p>
<p>“Si tiene la gripe consulte con su médico de cabecera”</p>	<p>“Si tiene la gripe quédese en casa a hacer reposo y tome antitérmicos. Si dura más de lo normal, póngase en contacto con su médico de cabecera”</p>
<p>“Los servicios funerarios no dan abasto para enterrar a los muertos”</p>	<p>“Las personas mayores vulnerables no pueden superar las complicaciones naturales que conlleva el invierno”</p>
<p>“El descubrimiento del genoma humano abre grandes perspectivas para el tratamiento de enfermedades”</p>	<p>“El descubrimiento del genoma, por el momento, no supondrá una mejora en el tratamiento de las enfermedades”</p>
<p>“Se ha descubierto un nuevo medicamento para el tratamiento del Alzheimer”</p>	<p>“Pese a la aparición de nuevos medicamentos, la enfermedad no se puede curar”</p>



■ MENSAJES A DAR

*"Puesto que la vida misma es una enfermedad universal, hereditaria, de transmisión sexual e incurable, que en todos los casos termina con la muerte, el vivirla plenamente exige que se mantenga un equilibrio entre los riesgos que son razonables y los que no lo son. Dicho equilibrio es un asunto discutible en el que no caben los dogmatismos"*¹⁷

Recuperar la aceptación de la enfermedad, el sufrimiento y la muerte como fenómenos naturales, ligados al hecho de vivir. Hay disconforts que no son enfermedades. Es necesario poner el acento en la vida, no en la muerte, porque la muerte sólo se produce por el hecho de que hay vida.

La mejor prevención del sufrimiento es vivir plenamente y disfrutar de aquello que tenemos. A menudo se habla de investigaciones que, quizás, tendrán una aplicación a muy largo plazo y de temas biomédicos (genómica, alta tecnología quirúrgica, nuevos fármacos...). Pocas veces se habla de los factores ligados a la buena salud biológica (alimentación, ejercicio físico, vacunaciones...) y aún menos de los elementos psicológicos y sociales que influyen en los niveles de salud. Debemos poner el acento en las maneras de vivir y de hacer frente a las dificultades que nos ayudan a sentirnos bien y a aumentar nuestra capacidad de vivir con creatividad y satisfacción.

La medicina y la tecnología tienen un poder limitado. La práctica de la medicina se basa en la incertidumbre y en la toma de decisiones por aproximación. Las noticias sobre investigaciones que no tienen impacto a corto plazo en los problemas de las personas crean expectativas irreales que conducen a demandas excesivas y a frustración. Hay que explicar claramente que hay muchas enfermedades (todas las crónicas) que no tienen tratamiento curativo y que hay otras muchas (la mayor parte de las agudas) que se curan solas y los medicamentos van dirigidos a mejorar los síntomas.

Muchas actividades sanitarias pueden provocar más perjuicios que beneficios, como por ejemplo ciertas actividades preventivas y ciertos tratamientos. Hay que reformular el dicho "más vale prevenir que curar" en su versión intervencionista y considerar el coste social y personal que supone el hecho de que muchas personas que no están enfermas estén "colgadas" del sistema (sólo hay que ver la agenda de pruebas y visitas de algunos pacientes).

¹⁷ Strabanek D, McCormik J. Sofismas y desatinos en medicina. Barcelona: Ed Doyma, 1992

Saber convivir con el riesgo. La vida y todo lo que hacemos, también las intervenciones sanitarias, tienen un riesgo. Profesionales y pacientes debemos asumirlo y aceptar la incertidumbre.

Devolver la responsabilidad de la salud a las personas. Hay que fomentar la responsabilización de los usuarios en las decisiones colectivas e individuales sobre maneras de vivir y de actuar en los problemas de salud, tanto en lo que se refiere a conductas individuales como a factores sociales. No podemos estar, a la vez, quejándonos de la contaminación en las ciudades y usando el coche.

Devolver la responsabilidad del cuidado de los enfermos a ellos mismos y a la familia. Los gobiernos y los profesionales debemos poner al alcance de todo el mundo los recursos de que disponemos, pero no somos los responsables últimos de la atención a las personas enfermas o con dependencias. Ni el sistema sanitario ni otros sectores, como el educativo o el de atención social, pueden sustituir la responsabilidad de las personas sobre su salud o de las personas a su cargo, como los hijos, los ancianos dependientes o los enfermos. Los responsables de pedir asistencia sanitaria cuando haga falta o de administrar una medicación necesaria a una criatura son los padres, no los maestros ni los servicios sociales, salvo en situaciones excepcionales.

■ COSAS QUE SE PUEDEN HACER

- **Participar activamente en el debate social** sobre los fines de la medicina. Explicar y defender los valores que, como colectivo, entendemos que deben guiar nuestra actuación. Los médicos de familia somos los mejor situados para hacer este trabajo y liderar un cambio en la opinión pública a través de una información veraz y honesta.

- **Relacionarnos con las administraciones locales, autonómicas y estatales.** Hacer llegar nuestra opinión sobre el modelo sanitario, la cartera de servicios, las necesidades de equipamientos, los programas de salud...

- **Establecer puentes con las asociaciones de usuarios** para trabajar necesidades y posibilidades razonables de intervención sanitaria. Facilitarles el acceso a información rigurosa y ayudarles a tomar decisiones sobre qué pueden hacer en el sistema sanitario y otras maneras de afrontar enfermedades y problemas.

- **Relacionarnos con otras instituciones sociales** para trabajar conjuntamente los temas relacionados con la salud (escuelas, servicios sociales, sindicatos...) y establecer estrategias conjuntas para disminuir la fragmentación y ayudar a que sus intervenciones estén fundamentadas en evidencias serias y sean eficientes. Hay que debatir con las organizaciones sindicales y de salud laboral qué se hace en las revisiones periódicas en las empresas, recobrando su sentido preventivo, su efectividad y la disminución de su yatrogenia social, cultural y sanitaria.

■ UN NUEVO COMPROMISO DE LOS MÉDICOS CON LA SOCIEDAD

Se han lanzado muchas ideas en la línea de establecer nuevas bases de relación del sistema sanitario con la sociedad (tabla 5). Este “nuevo contrato”, que sólo puede establecerse después de un debate abierto y con un proceso de consenso, debería estar suscrito por todos los agentes: ciudadanos, administraciones y profesionales. El colectivo de médicos de familia, por nuestra situación en la comunidad, tenemos mucho que decir.

■ Tabla 5. Propuesta del British Medical Journal. Bases para un nuevo contrato social

- La muerte, la enfermedad y el dolor son parte de la vida
- La medicina tiene poderes limitados, particularmente para resolver problemas sociales, y supone riesgos
- Los médicos no lo saben todo: han de tomar decisiones y necesitan apoyo psicológico
- Los pacientes no pueden dejar sus problemas a los médicos
- Los médicos deben reconocer sus limitaciones
- Los políticos deben contener sus promesas extravagantes y centrarse en la realidad

Fuente: Editorial BMJ 2001; 322: 1073-74

En todo caso, el compromiso debería contemplar los aspectos siguientes:

- El protagonismo de los ciudadanos en la propia salud
- La garantía de calidad, accesibilidad y equidad
- La necesidad de un papel activo de los agentes sociales (políticos, usuarios y profesionales) en defensa de la efectividad y en el uso racional de los recursos
- Las limitaciones de la ciencia
- Las limitaciones de los recursos públicos y la incapacidad del sistema sanitario para hacer frente a demandas ilimitadas

3.2. LA RESPUESTA DEL SISTEMA SANITARIO: Cada cosa en su sitio

Uno de los elementos que está ahogando la atención primaria es la progresiva sanitización y medicalización de la vida de las personas. Una perspectiva holística mal entendida (“todo tiene que ver con la salud”) y una actitud demasiado intervencionista (“cuántas más cosas hacemos, mejor”), que ha guiado la actuación de muchos profesionales, han ayudado a llegar a esta situación. El sistema sanitario debe cambiar su forma de responder a las demandas y necesidades de la población. No puede continuar impulsando políticas medicalizadoras. Es necesario que incorpore los principios siguientes:

- **Hacer de la atención primaria el eje del sistema sanitario:** dotarla de los recursos necesarios y dar más poder a los médicos de familia respecto a los especialistas y a los hospitales: seguir las decisiones que se toman sobre los pacientes a otros niveles, tener más posibilidad de decidir sobre pruebas, ingresos, altas, tratamientos. El modelo de gerencias únicas que se está implantando en algunas comunidades puede ser interesante para la planificación y coordinación de los servicios y para una mayor eficiencia, pero si se hace desde la visión y la dirección de los centros hospitalarios acentuará los problemas de medicalización y fragmentación que tiene el sistema sanitario.
- **Defender y proteger la integralidad de la atención:** revisar la efectividad y la eficiencia de las “unidades de...” y devolver a la atención primaria aquello que haga falta (PADES, tabaquismo, fibromialgia...) con los recursos adecuados.
- **Definir lo que puede ofrecer el sistema y lo que no puede y poner límites a las demandas y expectativas.** Los políticos y gestores deben marcar los límites del terreno de juego de manera responsable. No se puede seguir dando la idea de que se puede exigir todo al sistema público. Hay que atribuir responsabilidades personales sin caer en el discurso economicista según el cual parece que la única obligación del ciudadano es pagar. Un buen ejemplo de lo que queremos decir son las declaraciones de la *consellera* Tura a TV3 el día 28 de agosto en referencia a los muertos en accidente de tráfico: “Pondremos más *massos*, pondremos más radares, haremos más controles... pero lo que no podemos hacer es conducir por ustedes”.
- **Quitar del sistema sanitario las tareas que deben hacer otros ámbitos de la sociedad.** El “Programa de lectura de los niños” o el “Plan de calor” son ejemplos de lo que no se debe hacer. Tratar estos temas en el marco sanitario les da un carácter de salud-enfermedad que contribuye a sanitizar los problemas de la vida cotidiana y los hábitos de las personas, disminuye su autonomía y favorece la desresponsabilización de las personas y las familias.
- **Descargar al sistema sanitario de las demandas que tienen su origen en problemas de naturaleza social, laboral...** Desarrollar servicios y redes de apoyo a las personas solas o con problemas de dependencia, problemas de la vida, bajas laborales durante el embarazo debidas a las condiciones del trabajo...

■ **Establecer los criterios de rigor para abordar las “nuevas enfermedades”.**

Los nuevos problemas, comportamientos, fenómenos sociales que están creando mucho malestar en las personas y las familias deben ser analizados y tratados según su naturaleza y explicar a la sociedad cuándo constituyen una enfermedad y cuándo no. Y en este caso hace falta que la medicina se abstenga de intervenir siempre que no haya evidencia de su beneficio y devuelva a la sociedad los problemas que tienen su origen en las relaciones sociales o los estilos de vida, apuntando la dirección hacia donde deben ir los trabajos de investigación y las actuaciones de los afectados o sus familiares. La respuesta inteligente a las “nuevas enfermedades” que no son tales, sino consecuencias de las relaciones sociales y de los estilos de vida pasa por explicar a los afectados y a la sociedad la naturaleza de los problemas y plantear su resolución desde el ámbito social, cultural y político, no desde el ámbito de la medicina. Explicar que la epidemia de niños hiperactivos es más producto de una sociedad y de unas familias hiperactivas y de su propio estilo de vida y de juego (escuela, múltiples actividades extraescolares, juegos informáticos, diferentes instrumentos de comunicación que llevan implícito una acción-respuesta inmediata) que no producto de los “genes”, es mucho más inteligente y saludable que pedir a los afectados que presionen a los políticos para que pongan más “recursos” para la investigación genética y farmacológica.

“Podría servir como ejemplo la historia de un niño inglés que a finales del siglo XIX fue a la escuela y que sin duda habría sido etiquetado como hiperactivo según el modelo de nuestra época. Para descargar la energía que le sobraba, esta mente inquieta acordó con sus profesores que pasada una hora de clase le permitirían correr una vez alrededor del edificio del colegio. De esta manera, la rutina se hizo más soportable, tanto para el alumno como para sus profesores. Su nombre era Winston Churchill”¹⁸

¹⁸ Jörg Blech. Los inventores de enfermedades. Edicions Destino 2004



3.3. LA RESPUESTA DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: Un servicio de calidad y a medida del usuario

Hay una relación dinámica en todos los servicios entre oferta y demanda. Dicen que en última instancia la oferta determina la demanda, pero este hecho no modifica las necesidades que son fruto de condicionantes biológicos y sociales. Dicho de otra manera: la demanda es la que es, pero con nuestras respuestas la podemos modular. Nuestras respuestas “siempre” tienen consecuencias, de un tipo o de otro. Se hace necesario pensar, planificar y evaluar nuestra actividad como equipo. Nos encontramos ante nuevas demandas, nuevos problemas de salud, pero también atendemos los “viejos” problemas de salud que se pueden expresar del mismo modo o de maneras diferentes de como lo habían hecho hasta ahora. Los equipos de atención primaria tendremos que adaptarnos para ser capaces de:

- **Dar una respuesta rápida** (dentro de un límite). Las actuales listas de espera para el médico de cabecera no son sostenibles ni aceptables. Hay que asegurar la respuesta al día cuando se pida y asumir ciertas limitaciones, que tendremos que explicar. No es posible hacer todas las visitas al momento.
- **Dar una respuesta ágil**. Pedir hora, ser visitado, las pruebas complementarias, los trámites... se debe resolver de la manera más ágil posible, con el mínimo de contactos, viajes... aprovechando las posibilidades que da la informática.
- **Dar una respuesta flexible** en función de las características de los usuarios y de la demanda. No existen los pacientes en general. Cada paciente, cada población tiene características diferenciales. Los servicios deben recoger esta diferencia y no tratarlo todo igual.
- **Tener capacidad de autogestión**. Organización menos jerarquizada, modelo “en red”, actuaciones coherentes dentro de cada equipo. Asumir la responsabilidad y tener la autoridad en su ámbito de competencias.
- **Incorporar las nuevas tecnologías** para mejorar la eficiencia. El uso del correo electrónico, de la agenda digital o de la imagen digitalizada nos ofrece unas posibilidades enormes de comunicarnos con nuestros pacientes y compañeros. Consultas para información, asesoramiento, dudas, trámites burocráticos que no requieren la presencia física de la persona pueden ser resueltas perfectamente vía Internet. También consultas con otros profesionales para interpretación de pruebas, valoración de lesiones de piel y otros temas, nos pueden ahorrar tiempo a nosotros y a los pacientes y aumentar nuestra capacidad de resolución.



Hay dos temas clave en el trabajo de los EAP que necesitan ser replanteados:

• **El uso del tiempo.** Tradicionalmente hemos visto la falta “de tiempo” como uno de nuestros condicionantes y hemos reclamado soluciones externas, “más recursos”. El nuevo tipo de paciente nos exigirá cada vez más respuestas rápidas y las nuevas tecnologías nos lo facilitarán. Nos debemos hacer y responder las siguientes preguntas: ¿A qué dedico mi tiempo? ¿Hay tareas que las podría hacer con menos tiempo? ¿Derrocho mi tiempo? ¿Cómo me organizo para hacer un uso más eficiente del tiempo?

• **La organización del trabajo.** No nos debe dar miedo cambiar, innovar, equivocarnos, hasta encontrar la mejor manera de funcionar en cada momento. La rigidez, ciertas normas y los corporativismos son enemigos de la adaptación y la mejora.

3.4. LA RESPUESTA A NIVEL DE LA ATENCIÓN INDIVIDUAL

La relación del paciente con el médico de familia ha sido tradicionalmente la forma principal de relación de los ciudadanos con el sistema sanitario. Y todavía lo es hoy en día en nuestro país. A pesar de la introducción de nuevas prácticas médicas (medicinas no convencionales, múltiples fuentes de información, acceso directo a los especialistas en algunos servicios privados) la visita del médico de cabecera es el marco en el que más se plantean los problemas de salud, se diagnostican, se tratan las enfermedades y se pide información y asesoramiento.

Esto nos proporciona unas condiciones excelentes para influir en los usuarios. Los cambios producidos en la sociedad y en el sistema sanitario los últimos años han llevado al colectivo médico a una especie de “depresión profesional” caracterizada por baja autoestima, inseguridad, falta de ilusión y de proyectos de futuro. Tomar conciencia de nuestra situación privilegiada y explotar sus potencialidades nos puede llevar a superar este estado de ánimo y adoptar un papel mucho más activo en la lucha por la salud de nuestros pacientes.

Se han demostrado los beneficios de los sistemas sanitarios basados en la atención primaria, pero a menudo vivimos situaciones en las que se ponen en entredicho y se manifiestan intereses contrarios. El colectivo de médicos de primaria somos y debemos continuar siendo el principal capital del sistema. Para serlo nos lo tenemos que creer, lo tenemos que saber hacer bien y debemos defender nuestro espacio, nuestro poder.

La atención individual debe estar basada en tres pilares:

■ **La confianza.** La confianza en el médico de familia ha sido clásicamente la base de la relación del sistema con los ciudadanos. Últimamente se ha visto debilitada por el deslumbramiento por la técnica más sofisticada y la transformación de la sanidad en artículo de consumo. Pero por estas mismas razones y por la yatrogenia social, cultural y sanitaria que están produciendo los sistemas sanitarios de mercado, la confianza en el médico de familia será clave para la salud de los ciudadanos y para el mantenimiento del sistema. La confianza la construimos a lo largo de la relación con nuestros pacientes. Es fruto de nuestro trabajo, en especial de demostrar nuestra competencia técnica y nuestro compromiso. Aunque el "escenario" (discursos políticos, mensajes mediáticos o el funcionamiento de las organizaciones sanitarias) también cuenta, nuestra actuación es la que determina, en definitiva, si el ciudadano confía en nosotros o no.

■ **Hacer uso de nuestra calidad de expertos en la atención de personas.** La amplia formación de los médicos de familia y la visión global que tenemos de las personas nos proporcionan una autoridad científica ante los ciudadanos y otros profesionales. La cultura burocrática del sistema impone unos procedimientos que debilitan nuestra autoridad (validación de recetas por personal administrativo, "obligación" de hacer las recetas de prescripciones de otros profesionales, la dependencia de decisiones de los especialistas de "trozos" o de los hospitales, no poder recetar una silla de ruedas a una persona que atendemos nosotros...). No debemos aceptar que un médico de puertas de un hospital, con toda probabilidad menos formado que nosotros, recete un antibiótico por una virasis o dé un protector de estómago cuando no está indicado. Debemos hacer prevalecer nuestro criterio ante el paciente y los otros profesionales, superar la humillación constante a que estamos sometidos y reivindicar nuestro saber y nuestro saber hacer. No podemos aceptar tampoco que alguien nos pida hacerse un análisis porque se lo ha dicho la peluquera o un familiar. Debemos hacer valer nuestro criterio y dar las explicaciones suficientes para hacerlo entender. Los primeros que nos debemos valorar somos nosotros mismos y no tener miedo.

■ **Compartir la responsabilidad.** La época del paternalismo y el autoritarismo médico ha pasado. Están emergiendo unos ciudadanos más informados, con más interés en tomar decisiones en los asuntos que afectan a su salud, pacientes que requieren y piden médicos que tengan en cuenta sus opiniones, sus preferencias y que al mismo tiempo los guíen por el marasmo de dudas que tienen y por la dificultad de gestionar adecuadamente la información de que disponen. Ante las limitaciones del conocimiento médico y de las aspiraciones de los pacientes será necesario, más que nunca, tomar decisiones compartidas. En este modelo de relación el médico hace de informador y de agente del paciente, hace propuestas, las valora y ayuda al paciente a decidir. Se trata de poner (o volver a poner) el locus de control de la salud en uno mismo y de recuperar la naturaleza humana para todos aquellos fenómenos que están relacionados con la vida y que no son objeto de la medicina.

3.4.1. DAR LA RESPUESTA ADECUADA A CADA DEMANDA. Ser resolutivos

En la atención primaria se expresan múltiples tipos de demanda y para cada una de ellas debemos dar la respuesta adecuada, partiendo de un análisis cuidadoso de la demanda del paciente e intentando comprenderle en su globalidad.

Ante cada demanda hay que hacer:

- **Escucha y análisis:** llegar a entender la demanda
- **Valoración:** en sus diferentes componentes
- **Plan de actuación:** información y/o tratamiento y/o pruebas si hace falta
- **Resolución o plan de seguimiento**

Estamos acostumbrados y más o menos entrenados para las tres primeras fases, pero nos cuesta llegar a la resolución. Ser resolutivos quiere decir:

- Aplicar los recursos diagnósticos y terapéuticos efectivos de qué disponemos.
- No aplicar pruebas ni tratamientos que no se hayan demostrado efectivos (no medicalizar).
- Dedicar el mínimo de contactos y de tiempo para resolver el problema: no es necesario volver a citar al paciente para control de procesos agudos leves, se pueden realizar altas laborales con anticipación.
- Marcar los seguimientos que aporten valor a la visita realizada: control de tensión arterial a los 2-3 meses de haber instaurado un tratamiento, no antes.
- No hacer seguimientos que no aportarán valor: controles de crónicos sin ninguna intervención nueva.
- No realizar actuaciones que el paciente no acepta: decirle que vaya a consulta de enfermería para adelgazar
- Hacer a la persona "conductora" de su problema: "cuando crea que le es útil venir, pida hora".
- Devolver los problemas sociales a la sociedad. Si una persona tiene que acompañar a un familiar enfermo no se debe resolver con una baja por enfermedad sino con medidas a nivel laboral.
- Devolver los problemas personales a las personas. Si una persona tiene problemas de adaptación al trabajo, la solución no es la baja, es mejorar la adaptación o cambiar de trabajo.
- Saber decir: no será necesario que vuelva.
- Dar sentido a lo que hacemos y explicarlo: saber si estamos haciendo contención, prevención (primaria, secundaria...) o tratamiento
- Controlar el "caos" de la demanda
- Conocer nuestras dificultades, incluidas las emocionales, y controlarlas

Aunque no somos siempre conscientes de ello, cada una de las decisiones que tomamos en la consulta tiene consecuencias para el consultante, para el sistema y para nosotros mismos, que debemos conocer.

Veamos algunos ejemplos:

Caso 1

Un señor pide pastillas “para la pena” porque hace unos días que se le ha muerto su compañera.

Posibles respuestas	Consecuencias de cada respuesta
<p>Darle un antidepresivo y decirle que así se encontrará mejor</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❏ No se ayuda a elaborar los sentimientos y se substituyen por un fármaco. Se debilita a la persona ❏ Uso de un fármaco de manera inadecuada. Los antidepresivos son para tratar las depresiones, no para las penas ❏ Gasto farmacéutico inadecuado y exposición a potenciales efectos secundarios
<p>Decirle que ese no es nuestro trabajo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❏ No se escucha la demanda y por tanto no se puede entender ni ayudar ❏ Se facilita la aparición y posterior consulta por síntomas de somatización. Al cabo de unos días consultará por dolor de cabeza. ¿También le diremos que no es nuestro trabajo? ❏ Origina más demanda y mal orientada
<p>Reconocer la pena, decirle que es normal que se sienta mal y que poco a poco lo irá superando. Se puede ofrecer ayuda si no mejora</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❏ El paciente se siente escuchado, puede formular los sentimientos ❏ No se medicaliza una situación de la vida ❏ Se dan elementos para elaborar el duelo ❏ Se deja la puerta abierta según la evolución

Caso 2

Una chica consulta por palpitaciones. Quiere saber si tiene alguna enfermedad del corazón.
 En la anamnesis no aparecen más síntomas, pero la chica dice que hace unos días perdió el trabajo y que a lo mejor eso es la causa de su malestar

Posibles respuestas	Consecuencias de cada respuesta
<p>Puede ser un hipertiroidismo, te pido una analítica y por si es ansiedad, mientras tanto te doy un ansiolítico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❏ No hay un análisis del problema real ❏ Se medicaliza de manera inútil: la TSH resultará normal y el ansiolítico no se lo tomará ❏ No se ofrece ninguna ayuda real a la chica ❏ Se generan nuevas visitas por resultados de análisis, la chica a lo mejor no se atreverá a decir que no se ha tomado el ansiolítico. ❏ La relación paciente- médico se sostendrá sobre una falacia. El médico medicaliza más de lo que la paciente está pidiendo. (Recordamos que hay pacientes que opinan que los médicos respondemos con pruebas y fármacos cuando ellos no lo consideran necesario).
<p>Si el problema es que has perdido el trabajo, no es al médico donde tienes que ir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❏ No se reconoce el problema ❏ No ayuda a afrontarlo ❏ No crea confianza mutua
<p>Reconocer como posible causa de las palpitaciones el problema laboral. Explorar qué recursos ha movilizado para resolver el problema y qué ayuda piensa que le podemos ofrecer (Elaborar la hipótesis y devolvérsela).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❏ Escucha, explica y desangustia ❏ No medicaliza. ❏ Devuelve el problema a su origen ❏ Construye una relación en base a la corresponsabilización

Nuestra intervención va más allá del diagnóstico y la prescripción de fármacos. Hay muchas actuaciones terapéuticas que en nuestras manos tienen un gran potencial curativo (tabla 6). Las tenemos que conocer y utilizar.

■ **Tabla 6. Actuaciones terapéuticas no farmacológicas**

- Escuchar
- Entender
- Saber transmitir que entendemos
- Interpretar adecuadamente la demanda
- Informar, explicar
- Explorar sentimientos y recursos psicológicos y sociales de los pacientes
- Asegurarnos de que el paciente entiende lo que le estamos diciendo
- Aconsejar
- Aceptar
- Ayudar a tomar decisiones
- Desangustiar
- Contener
- Ayudar a conocerse

3.4.2. AJUSTAR LAS EXPECTATIVAS. Saber poner límites a las

demandas: Ante las expectativas extraordinarias que tienen los pacientes, hace falta que alguien les dé un baño de realismo y las sitúe en su lugar. En muchos casos iremos contra corriente pero... si no lo hacemos nosotros en la relación personal con los pacientes, ¿quién lo hará? Ajustar las expectativas ayuda a aceptar los problemas, disminuye la frustración y aumenta la satisfacción. Son muchas las intervenciones que hacemos cada día para ajustar las expectativas de los pacientes, pero tenemos que estar alerta para no crear, nosotros también, falsas expectativas. Ajustar expectativas quiere decir que quede claro para el paciente lo que el sistema y los recursos diagnósticos y terapéuticos le pueden ofrecer. Quiere decir ayudar al paciente a reconocer la naturaleza de sus problemas, de las enfermedades y a aceptar el sufrimiento y la muerte, saber decir "no" y saber decir "es normal".

No tenemos fórmulas para trabajar las expectativas. De hecho, de manera tácita las estamos trabajando siempre, pero situaremos algunos momentos en que hace falta hacerlo explícitamente ante demandas de:

- Servicios no justificados o que ponen en peligro la equidad en la atención al conjunto de personas, como las visitas a domicilio por procesos banales en personas que se valen por sí mismas
- Prestaciones originadas por otros profesionales u organizaciones, como las recetas de la medicina privada
- Actuación sobre problemas que no podemos solucionar, como las "no enfermedades"
- Intervenciones basadas en el consumismo: pruebas o tratamientos innecesarios
- Sobreactuación: enfermos terminales, antibióticos en virasis, dar dos antitérmicos...

Trabajar las expectativas es complejo y no hay reglas universalmente válidas. Unos ejemplos nos pueden servir para ver cómo se puede hacer.

▮ Caso 3

Una chica embarazada en el tercer trimestre pide que le hagan por el “seguro” una analítica que le han pedido en la Mutua con motivo del embarazo, para no tener que ir a Barcelona. La petición incluye entre otras: proteínas, pruebas hepáticas, ionograma y colesterol.

Posibles respuestas	Consecuencias de cada respuesta
<p>Ningún problema. Traspasamos las peticiones al formulario del ICS y le decimos que ya se lo haremos</p>	<ul style="list-style-type: none"> 📌 Riesgo de falsos positivos 📌 Gasto de laboratorio por pruebas innecesarias 📌 Descargamos a la medicina privada de un gasto que cargamos al sistema público: más extracciones, otra visita, el trabajo administrativo 📌 Cargamos nuestras agendas sin un beneficio para la paciente
<p>Le decimos que eso no entra por el “seguro”</p>	<ul style="list-style-type: none"> 📌 No cargamos el sistema con gastos innecesarios 📌 La paciente saldrá creyendo que el “seguro” no le da lo que necesita. Se puede originar una discusión sobre si tiene derecho o no, que para esto paga, que en el fondo ahorra dinero al seguro... 📌 Creará una mala relación con el profesional 📌 Resta poder y responsabilidad al profesional al externalizar la decisión
<p>Le explicamos que no todas las pruebas son necesarias y le ofrecemos hacerle las pruebas protocolizadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> 📌 Evita un gasto económico y sanitario innecesario 📌 Da información e interviene en las creencias de la mujer 📌 Interviene en las expectativas 📌 Pone las bases para la relación con el médico y el sistema público: se hace lo que es necesario hacer 📌 El profesional ejerce su competencia y asume responsabilidad 📌 Puede que la paciente no lo entienda o no lo acepte. Quizás pedirá un cambio de médico

▮ Caso 4

Por teléfono piden una visita del médico "de urgencias" a domicilio porque hay una persona que se encuentra muy mal y no puede esperar al médico de la tarde

<p>La administrativa coge el aviso y lo pasa al médico de guardia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Respuesta inmediata a una demanda con satisfacción inmediata del demandante ▮ Se alimenta el ciclo demanda-respuesta mecánica del sistema, fomentando nuevas demandas ▮ Distorsiona el trabajo del profesional ▮ Puede perjudicar a otros usuarios
<p>La administrativa explica que no hay un médico específico de guardia y si puede esperar a su médico de la tarde</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Escucha la demanda y hace que el usuario la relativice ▮ Si el usuario es muy contenedor pueden escaparse problemas de gravedad ▮ Hace participar al usuario en la toma de decisión
<p>La administrativa pasa la llamada a la enfermera o al médico de referencia en aquel horario, se averigua la demanda y se pacta una respuesta. En estos momentos estoy pasando visita. "¿Cree que la situación es como para que yo deje la visita y vaya a su casa?"</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Se escucha y valora la demanda por un profesional sanitario ▮ Hay posibilidades de contención y primeras medidas si hace falta ▮ Hace reflexionar al paciente sobre los límites de los profesionales ▮ Permite una respuesta rápida cuando sea necesario

Cómo podemos ajustar las expectativas:

- Clarificando las demandas y explorando las expectativas
- Explicando el curso natural de las enfermedades y la tendencia a autolimitarse de muchas de ellas

- Reforzando la capacidad de nuestro cuerpo para luchar contra la enfermedad y resolver la mayoría de problemas de salud leves
- Diciendo que es normal lo que es normal: tener dolor después de una contusión, tener fiebre cuando se tiene la gripe...
- Explicando que en situaciones climáticas extremas (veranos e inviernos rigurosos) la mortalidad de las personas más vulnerables aumenta, y no siempre se puede evitar
- Explicando la capacidad y los límites del servicio: jornada de los profesionales
- Defendiendo los derechos de quienes no reclaman: quienes esperan, no piden urgencias...
- Informando de los diagnósticos y las posibilidades –o no- de tratamiento
- Diciendo “no” sin enfadarnos y sin ofender (tabla 7)
- No recetando medicamentos cuando no hacen falta (tabla 8)

■ **Tabla 7. ¿Cómo decir que no?**

CÓMO DECIR NO	SITUACIONES EN QUE SE PUEDE APLICAR
“Esto yo no lo hago”	<ul style="list-style-type: none"> ■ Demanda inaceptable: certificar una falsedad; una visita no realizada, un hecho no conocido, pasar una receta de la privada
“Esto yo no lo puedo hacer”	<ul style="list-style-type: none"> ■ Demanda razonable pero que el sistema no nos permite: derivar a una especialidad o solicitar una prueba a las que no tenemos acceso
“Creo que ésto no es necesario”	<ul style="list-style-type: none"> ■ Petición de una intervención no necesaria: realizar análisis de colesterol cada año sin antecedentes de dislipemia, realizar una mamografía a los 40. Ante una petición de visita a un especialista, un fármaco de efectos poco claros...
“Creo que esto le puede perjudicar”:	<ul style="list-style-type: none"> ■ Petición de una intervención no necesaria y poco segura: de un fármaco inadecuado y/o peligroso: tratamiento hormonal sustitutivo
“No necesita ningún medicamento”	<ul style="list-style-type: none"> ■ Siempre que no sean necesarios

■ **Tabla 8. Recursos para no dar medicamentos innecesarios**

- Escuchar y valorar adecuadamente la demanda
- Dirigir la consulta. Si la persona pide una receta, primero necesitamos saber qué le pasa y después daremos nuestra opinión sobre el fármaco que pide
- No transmitir que estamos cansados de repetir lo mismo. Cada enfermo es único
- Poner todo el interés y demostrarlo. Explicar con entusiasmo que tiene un resfriado (por suerte), que es una enfermedad que se cura sola en unos días, aunque provoca malestar
- Explicar y poner énfasis en aquello que el paciente puede hacer para encontrarse mejor: descansar, comer de manera adecuada, tomar algún fármaco para los síntomas
- No tener ningún recordatorio de medicamentos a la vista: bolígrafos, papeles, calendarios
- Seguir siempre los mismos criterios

3.4.3. TRABAJAR LAS CREENCIAS Y LOS VALORES Ser honestos con los límites del conocimiento

En estos momentos se están fomentando unas creencias basadas más en los mensajes interesados de las industrias sanitarias que en el conocimiento científico.

¿Qué creencias hay que trabajar?

- Lo que la medicina puede hacer y lo que no puede hacer: p.e., los resfriados no tienen tratamiento
- Lo que se puede prevenir y lo que no: el cáncer, en general, no se puede prevenir. Sólo algunos tipos de cáncer.
- El objetivo de los medicamentos prescritos: p.e. la anticoagulación en la fibrilación auricular (algunos pacientes piensan que es para tratar enfermedades del corazón)
- La distancia entre capacidad de diagnóstico y posibilidad de tratamiento: después de hacer RX, TC y RM llegamos a un diagnóstico de enfermedad degenerativa de columna que no se puede curar
- El coste social de la sanidad

- El coste-oportunidad de las actuaciones sanitarias
- La utilidad de los procedimientos diagnósticos: p.e., una mamografía no previene el cáncer de mama, sino que lo diagnostica precozmente
- El diagnóstico precoz de algunas enfermedades no alarga la supervivencia sino el tiempo de enfermedad
- La contribución del sistema sanitario en el nivel de salud de la población: una pequeña parte
- La contribución de las condiciones socio-ambientales y de los hábitos de vida en la salud de la población: la mayor parte
- Realizar pruebas y tratamientos innecesarios es perjudicial
- Muchos medicamentos no curan las enfermedades, sino que mejoran los síntomas

▮ Caso 5

Un hombre de 40 años trae los resultados de la revisión de la empresa. Entre otros datos consta que es fumador, un sobrepeso y una analítica normal. Comenta que lo trae para que yo tenga constancia y que le gusta mucho que cada año le hagan un análisis porque su padre fue diabético y no vaya a ser que él lo también lo sea.

Posibles respuestas

Consecuencias de cada respuesta

<p>Mirarse el informe, decir que “todo” está bien y devolvérselo</p>	<ul style="list-style-type: none"> 🔴 La persona no sabe cuáles son los riesgos más importantes para su salud 🔴 Por tanto no hay ninguna posibilidad de modificarlos 🔴 Continuará pensando que lo más importante es hacerse una analítica anual 🔴 Si en la empresa no le hacen la revisión lo vivirá como una pérdida
<p>Detectar que hay un tabaquismo y un sobrepeso y decirle que tiene que ir a la consulta de enfermería y que si quiere ya le haremos nosotros de vez en cuando una analítica por si le sube el azúcar</p>	<ul style="list-style-type: none"> 🔴 Se impone una intervención sin que el paciente sepa para qué 🔴 Se cargan las agendas y muy probable incumplimiento de la citas 🔴 Se realizar una intervención que no dispone de ninguna evidencia
<p>Explicar que la aparición de la diabetes tiene que ver con la herencia pero también con el sobrepeso y que en todo caso, el riesgo más importante para su salud es el tabaquismo. Explorar en qué fase está y ofrecerle ayuda. Comentarle que hacer una glucemia cada 4 años es suficiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 🔴 Se aplica la información científica 🔴 Se pueden modificar las creencias sobre la prevención de la diabetes. 🔴 Se respeta y potencia la autonomía del paciente

¿Cómo trabajar las creencias y valores?

La herramienta principal para trabajar los valores es la palabra. Es necesario que la utilicemos para:

- Informar de manera efectiva (tabla 9)
- Explorarlos: preguntar
- Hacer reflexionar sobre la propia experiencia: cuántas gripes ha pasado y cómo se han curado
- Explicar las causas de las enfermedades
- Explicar los procesos naturales
- Explicar los efectos beneficiosos y los efectos secundarios de los tratamientos

Reforzar los valores que están relacionados positivamente con la salud (derecho a decidir, autonomía, eficacia, prevención) y discutir y trabajar los que están en contradicción con vivir de manera saludable (no aceptación del malestar, inmediatez, miedo, la juventud eterna, la magnificación de la tecnología...).

Cuando el respeto de un valor individual (la inmediatez) se contrapone con un valor más general (la equidad) debe ser discutido.

A pesar de que la oferta de servicios tiene que ser suficientemente adaptativa para no colisionar constantemente con los valores de los pacientes, cuando lo haga es importante que sea por razones fundamentadas.

■ Tabla 9. Requisitos para que la información sea efectiva

Captar la preocupación o los intereses del paciente

Informar sobre lo que el paciente está dispuesto a escuchar

Utilizar un vocabulario cercano al paciente

Expresarnos de acuerdo con el nivel de conocimientos del paciente

Información clara, sencilla y no excesiva (demasiada información resbala)

LECTURAS RECOMENDADAS

Le Carré J. El jardinero fiel. Barcelona: Plaza & Janés Editores; 2001.

Huxley A. Un mundo feliz. Madrid: Diario El País; 2003.

Blech J. Los inventores de enfermedades. Barcelona: Destino; 2004.

Serrano S. El regalo de la comunicación. Barcelona: Editorial Anagrama; 2004.

Sennett R. La corrosión del carácter. Barcelona: Editorial Anagrama; 2004.

Winckler M. Las confesiones del doctor Sachs. Madrid: Ediciones Akal; 1999.

Strabanek P, McCormik J. Sofismas y desatinos en medicina. Barcelona:

Ediciones Doyma; 1992.