



## **PRIMERÍSIMA ATENCIÓN**

*Pilar Babi*  
*Médica de familia*  
*20202pbr@comb.es*

Margarita López me sugirió una reflexión acerca de la Atención primaria se salud. Ya sabéis lo persuasiva que es: me encontré de lleno en la tarea casi sin saber como.

Entonces caí en la cuenta de que en este año se cumplen 20 desde que empecé a ejercer la medicina; este es pues, un recorrido personal, casi íntimo, que no quiere ni puede representar a nadie más que a mí, pero que -por el hecho de ser una experiencia corriente- quizás pueda ser lugar de coincidencia y hasta de encuentro.

Al inicio, el periodo de médica residente me dio competencia profesional, tal y como se espera de este intensísimo periodo docente. Ahora pienso que con un sufrimiento y un riesgo excesivos. Pero así se entendía la formación MIR en ese momento: en las primeras guardias sentías el miedo y el vértigo de quien se lanza al vacío.

Tuve suerte porque, además de cierta competencia médica, de ese periodo me lleve la pasión por el conocimiento clínico y la certeza del gusto por la relación. También supe enseguida que si bien el hospital me interesaba, el trabajo cerca de la calle se adecuaba mejor a mi forma de ser. Sí, me sentía mujer afortunada.

Pero, pronto la realidad colocó mi ilusión en un paisaje más cercano al asombro. La reforma de la Atención Primaria se dilató durante los años 90 y principios de siglo XXI y, concretamente en Catalunya, con un ritmo fatigosamente lento y con un compromiso político que en ocasiones resultó tibio. El desgaste de los profesionales ha sido - es!!!- muy grande.

Además, aquella supuesta competencia clínica que yo debía tener... resultó ser menos. **Me habían formado según un modelo curativo, útil frente a la enfermedad aguda, pero poco eficaz frente a la enfermedad crónica,** frente a los procesos morbosos ligados a la conducta o frente al envejecimiento. Me habían formado para la prevención de enfermedades cardiovasculares en varones jóvenes y a mi consulta venían mujeres y ancianos. Me habían formado para "educar" a la población en el uso racional de los recursos sanitarios y la población respondía, y recuerdo iqué incomprensible nos resultaba!, con una creciente demanda. Me habían, me había, formado mal.

De ese primer envite con la realidad algunos compañeros y compañeras se fueron: hacia otras especialidades, hacia formas terapéuticas alternativas, hacia la gestión también.

Otros y otras nos quedamos. Y lo hicimos con el empeño de poner nombres a aquel desencuentro: nos pusimos a hablar y a trabajar.



La atención sanitaria al paciente anciano suponía un reto especialmente adecuado porque ponía de manifiesto nuestras carencias y contradicciones. Por ello permitía abrir, ensanchar, una realidad que se había quedado pequeña.

Necesitábamos un modelo plurietiológico más que unicausal porque eran múltiples los factores implicados en el enfermar de los mayores, necesitábamos un enfoque sindrómico más que la sola descripción de procesos morbosos. Y, muy especialmente, necesitábamos entender que la vulnerabilidad y la dependencia debían ser entendidas y atendidas para reestablecer algún equilibrio entre la enfermedad y la salud. En catalán, mi lengua materna, curar y cuidar son el mismo verbo conjugado de formas distintas, decimos "curar" y "tenir cura de". Dicho así parece hasta simple: necesitábamos poner en juego, en el mismo juego, estos verbos que habían quedado distanciados y hasta opuestos.

La atención al paciente cercano a la muerte fue otra oportunidad. Aunque siempre se ha realizado atención médica al paciente moribundo, no se producían hasta hace poco dos circunstancias claves: que esto pudiese ser una opción del paciente y que se le pidiera a los profesionales máxima competencia en la atención al confort. Hoy les decimos a las y los colegas que se forman con nosotros que en estos domicilios "hay que quitarse la chaqueta, quitarse el abrigo", una sugerencia para indicar que hay que quitarse de un lado la distancia, de otro, la prisa. El tiempo se distorsiona cuando la muerte esta cerca.

Por otra parte, nuestra competencia en lo psicológico era muy escasa. Nos asomamos con interés a los diferentes modelos psicológicos que, como es bien conocido, entienden de formas muy distintas el enfermar. Nos trajimos a la consulta aquello que era comprensible y exportable a nuestro modelo asistencial: el valor relacional del síntoma, la importancia del soporte emocional, el efecto de la propia presencia del medico o la medica sobre los y las pacientes, por citar algunos trazos.

Sí, la realidad se ensanchó. Hoy seguimos perfeccionando nuestro modo de entender a los mayores, la siempre trastornadora atención al paciente cercano a la muerte, al sufrimiento llamado mental. Aquel cambio sigue vivo hoy aunque, fue en ese momento, cuando tomamos conciencia de ello y supimos llevarlo a la asistencia, cuando la realidad se ensanchó.

### **Pero a mí me seguían estorbando las mujeres.**

Tardé en darme cuenta. Está tan naturalizado que las mujeres, consultan más, somatizan, se deprimen, se cargan y nos cargan con los problemas de los demás, dependen del sistema sanitario, son... pesaditas. Está tan naturalizado digo, que ni siquiera me repugnaba pensarlo.

Para entender por qué a mi, mujer y médica, me estorbaban otras mujeres en la consulta necesité... necesité la relación con otras mujeres. Unas médicas, otras no, unas feministas, otras no.



Este recorrido ha sido especialmente próximo al de Aurora Rovira que con su inteligencia audaz nos deja a menudo perplejas, al de Francesca Peñas y su insobornable compromiso con el paciente y al de Enriqueta Pujol que tiene la gracia de hacernos entender el método científico como un valioso instrumento que se puede usar desde la libertad.

Lo que pensé, leí y aprendí sobre mi misma y sobre otras no cabe en estas líneas. Pero sí hay tres aspectos a los que debo referirme para no perder el hilo. Esos aspectos son: **la verdad del relato de las pacientes y de su experiencia subjetiva, la relación terapéutica como razón de ser de la práctica clínica y la cancelación de un lugar binario en el espacio asistencial**, un lugar binario entre "nosotras y nosotros frente a "ellas y ellos", un espacio que puede ser -es, de hecho- un abismo.

La verdad de los y las paciente se pone en entredicho, a mi modo de ver, de varias formas: dudando de su capacidad de percibir e interpretar su cuerpo, trasladando de inmediato la expresión subjetiva en expresión supuestamente objetiva, traduciendo muy a la ligera el lenguaje en jerga técnica, los síntomas en signos. Esto, por supuesto, no se recomienda en ningún manual. El desdén se aprende por contagio, por lo implícito y a través de las ausencias.

Claro está que el enfermo a menudo se equivoca en la interpretación de sí, a veces desconoce aspectos importantes de su enfermedad y en ocasiones -pocas- simplemente, miente. No se trata de hacer una oda romántica de los pacientes sino de quitarse de la cabeza la idea que de un lado está el conocimiento veraz -de nuestro lado!!!- y de otro, el conocimiento tosco y hasta pusilánime -del suyo!!!

Respecto a la importancia de la relación terapéutica me pasó algo distinto. Tuve el privilegio de formarme con Francesc Borrell, uno de los impulsores en nuestro país de la comunicación como pilar del trabajo clínico. Así que cuando leía en "Autoridad científica autoridad femenina", o en "Due per sapere due per guarire" sobre la importancia de la relación en medicina, en enfermería, me parecía... una obviedad.

Aquello obvio me desveló un conocimiento nuevo cuando cambié mi perspectiva. Muy resumidamente, se trató de pasar de ver la relación terapéutica como un instrumento necesario y poderoso para mi trabajo a ver **la relación terapéutica como la razón de ser de mi trabajo**. De una relación terapéutica instrumental en la que yo me hago con aquellas herramientas de comunicación que me permiten convencer, persuadir, motivar... (herramientas, de otro lado, muy útiles) a una relación terapéutica en la que yo -con mis habilidades de comunicación- me dispongo de lleno al encuentro clínico.

El abismo al que antes me refería es nuevamente un abismo relacional. Puede producirlo el color de una bata, la mesa del despacho, un lenguaje técnico, o no producirse con todo y con esto. Tampoco tiene



que ver con la distancia cultural o con lo simpática que una resulte. No es eso. Es algo anterior y más primordial. Tiene que ver con **el desequilibrio inherente entre quien solicita ayuda y quien la ofrece. Un desequilibrio que se jerarquiza con mucha facilidad y corre el riesgo de utilizarse en términos de poder.**

Y es tan claro que todas y todos estamos a veces necesitando, a veces ayudando... Recordarlo hace mucho más fluido y más amplio el espacio de relación. Recordarlo y recordar también que lo que nos hace realmente eficaces para la curación de un enfermo o una enferma, es su confianza.

Algunas pacientes me siguen resultando pesadas y algunos pacientes también, yo misma me resulto pesadita muchas veces... Pero el sentido de ese peso es ahora bien distinto.

Mientras esto pasaba a mí alrededor otros grupos de trabajo abrían ventanas distintas, reflexionaban sobre otros aspectos. La profundidad de lo vivible parecía aumentar constantemente.

Por esto me ha sacudido como un mazazo ver la tristeza, el desanimo en los ojos de mis colegas. No la tristeza sonora de quien está atravesando una dificultad sino la tristeza opaca de la desesperanza.

Algo ha sucedido en estos últimos años que puede acabar con todo. Algo que no puede explicarse en pocas palabras, que lleva a quien lo sufre a querer tirar la toalla a sentir "lo que se pide de mí es imposible, y a la vez, lo que yo hago no tiene valor".

Démosle valor. Digamos con claridad quiénes somos y qué hacemos. En primer lugar para entenderlo nosotros y nosotras mismas, mejor. Pero también para que se nos entienda, para que se entienda nuestro trabajo. Y, sobretodo, para no quedar definidas por otros que -desde la política, desde la gestión, desde otras profesiones cercanas o diferentes ámbitos, pueden ayudarnos con su visión externa, con su visión crítica, pero no decirnos, no definirnos. No debemos dejarnos ni usurpar la palabra ni caracterizar desde la carencia, desde lo negativo, desde lo problematizado, desde la ausencia. Si el 90% de la población acude a las consultas de AP en un año, si la valoración que la población hace en las distintas encuestas de salud es más que buena, no podemos permitir que se nos defina desde lo negativo.

El desaliento que he percibido en los ojos de mis colegas -y que a lo mejor refleja el mío- se debe, quizás, a circunstancias diversas y hasta particulares; son de tipo contractual, de modelos de incentivación, incluso ideológicos. Sobre el Burn-out en medicina hay excelentes reflexiones -las de Jordi Cebrià las tengo especialmente presentes- pero a mí me ha parecido que además de todo esto o antes que todo esto nos estaban faltando palabras.

Yo me propongo otra vez, al igual que al inicio, **hablar y trabajar.**



Bueno, ¿hablar de qué?, me diréis... Cito, solo cito, algunas propuestas. Hay que hablar de la acrobacia que hacemos cada día trasladando un conocimiento ideado desde lo objetivable y repetible al sufrimiento subjetivo y único del paciente al que atendemos.

Hay que explicar como contenemos el dolor de nuestra cultura. Contener en el sentido de "contendor" sí, pero en el sentido de "tener-con", también. Hemos de explicar como los y las pacientes nos piden interpretar datos referentes a su salud. No solo los generamos en nuestra consulta, o a través de las exploraciones que solicitamos si no también, que les ayudemos a interpretar -a ordenar a medir, a traducir, a lenguaje comprensible y útil- la información recibida en distintos lugares: en consultas especializadas, en la prensa, en la red... Por si alguna vez lo hemos dudado, **la información sola, la información en soledad, no ayuda en la necesidad.**

Hemos de poner sobre la mesa cual es nuestra actitud respecto a la industria farmacéutica: En el último número de esta revista, Marcia Angell hace una preciosa metáfora con los peces respecto a los médicos ya que, sin saberlo, están nadando a favor de la relación con la industria: "Por la misma razón que los peces no saben que están nadando en el agua, los médicos están rodeados de conflictos de intereses desde el momento en que llegan a la facultad". Un artículo muy acertado al que yo añado que el pez no sabe que está nadando pero tiene una experiencia del agua que es única. Y que, a mi parecer, viviéndola y contándola, el pez puede modificar el agua misma. La relación que vivimos con la industria no es simple (mi cercano Joan Atmetlla me lleva lejos en esta reflexión...)

Hay que hablar de las estrategias de prevención y de la gestión de los riesgos, de nuestros miedos respecto a la confidencialidad y custodia de la información clínica, de...

Acabo aquí una lista apenas esbozada... para invitar a una reflexión conjunta y por no fatigar demasiado.

La atención primaria de salud es uno de los más vastos espacios de relación de nuestra sociedad. Y aún no nos basta y aún hay que incorporar con urgencia a otros profesionales, pienso en los y las profesionales de la psicología, de la rehabilitación, de la educación especial, de la mediación cultural... entre otros. Y hay que incorporar nuevas formas de relación con los y las pacientes, relaciones personales, grupales comunitarias...

**Escuchar, hablar, escribir... para que no gane el desaliento, para no perder el sentido, para seguir amando nuestra profesión que es -para mí- una de las formas de amar la vida.**