

Tras los aplausos

MANIFIESTO SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ERA POST-COVID-19

Antonio Montaña Barrientos* en nombre del **GRUPO DE MEDICINA REFLEXIVA**#

14 de junio de 2020

* Médico especialista en Medicina de Familia. Centro de Salud Ronda Histórica, Sevilla

Lista de los miembros del grupo al final del manifiesto

Solo pensamos cuando nos vemos enfrentados a problemas

— John Dewey

Continuamente nos enfrentamos a grandes oportunidades disfrazadas brillantemente de problemas insolubles

— John W. Gardner

En las últimas semanas hemos sido testigos y partícipes de cambios que ni siquiera habríamos podido imaginar solo unos meses atrás, cambios en ámbitos trascendentes de la vida personal y social que han sucedido con una velocidad inusitada.

Cuando las personas afrontan circunstancias extraordinarias, particularmente cuando se sienten amenazadas, aceptan cambios con una facilidad y rapidez que no es posible esperar en circunstancias ordinarias; lo mismo le sucede a la sociedad. Las personas y la sociedad han percibido la pandemia por SARS-CoV-2 como una grave amenaza a su integridad y a sus proyectos, a los modos de vida que dábamos por sentados; una amenaza formidable según algunos¹. Por eso, cambios que en otras circunstancias habrían requerido lapsos de tiempo muy superiores para ser admitidos, o que nunca hubieran llegado a producirse, se han efectuado con una gran rapidez. No entramos a valorar si todos los cambios han sido proporcionados a la gravedad real de la pandemia, el hecho es que han ocurrido.

Las reacciones ante la percepción o la concreción de una amenaza se articulan a través de narrativas. La más común entre ellas es la *narrativa de restitución*; tal narrativa expresa el deseo de que la amenaza o sus consecuencias pasen lo antes posible, (a veces el convencimiento de que así será): la amenaza y sus consecuencias se ven como un paréntesis; una vez superado, todo volverá a ser como antes; puede ser una narrativa adecuada si la amenaza o sus consecuencias se prevén pasajeras. Otras narrativas posibles son la narrativa de caos y la de búsqueda. La *narrativa de caos* refleja la desesperación: no se ve salida; lo que se viene o ya está encima es una situación caótica (no se trata en realidad de una narrativa sino de una anti-narrativa: no hay trama, los eventos se suceden sin más, sin ningún sentido). La *narrativa de búsqueda* atestigua la aceptación de lo

¹ Para Ricard Horton, por ejemplo, “esta calamidad global no es una crisis sanitaria, es una crisis de la vida misma” (Richard Horton. Offline: A global health crisis? no, something far worse. *Lancet* 2020;395:1410); “una crisis existencial para toda la humanidad” según un comentario anónimo al artículo de Horton (<https://www.semfy.com/hemosleido-una-crisis-sanitaria-mundial-no-algo-mucho-peor/>).

acontecido con la convicción, o al menos la esperanza, de que no todo será pérdida: hay algo nuevo y valioso que ganar².

La narrativa que con más frecuencia escuchamos estos días, la que podríamos llamar “oficial”, es la narrativa de restitución: hemos entrado en un paréntesis que se cerrará en cuanto dispongamos de una vacuna o de un tratamiento efectivo y seguro. Esta narrativa es entendible pero poco realista, al menos a corto plazo. Una pregunta relevante no es ya si es realista, sino si es *deseable*; ¿debemos desear volver a la situación previa sin más? Como deja entrever el epígrafe de John W. Gardner al comienzo de este manifiesto, quizá la amenaza esconde una oportunidad de cambiar aspectos nada deseables de nuestra forma personal y comunitaria de vivir. Nosotros, sin pretender mitigar el drama que la pandemia ha supuesto ya para muchos y va a suponer para tantos, creemos que la narrativa más apropiada para afrontarla es la narrativa de búsqueda: quizá podamos *aprender* algo y encontrar formas *mejores*, más *justas*, más *florecentes*, de vivir personal y socialmente; al menos así las muertes y el sufrimiento que nos han sobrevenido no serían inútiles. También los sistemas sanitarios necesitan su narrativa de búsqueda particular: hay muchos aspectos que los minan y desgastan, la pandemia los ha sometido a una gran tensión, y necesitan vislumbrar un futuro más halagüeño. Es más, la narrativa de búsqueda del sistema sanitario puede contribuir significativamente a la de la sociedad si es suficientemente inspiradora y generosa. Este manifiesto es nuestra contribución a la narrativa de búsqueda de los sistemas sanitarios y de la atención primaria en particular.

Antes de los aplausos: el falso contrato entre medicina y sociedad

Pocos negarán la existencia de problemas graves y endémicos en la asistencia sanitaria con los que nos vemos obligados a convivir y que hasta ahora parecían inamovibles. A nuestro entender los más onerosos son la consecuencia de lo que Richard Smith denominó “el *falso contrato*” vigente entre medicina y sociedad, entre médicos y pacientes³.

Según Smith, en lo que atañe a los pacientes la principal falsedad de ese contrato es su creencia de que la medicina moderna tiene poderes *casi ilimitados*; poderes mediante los que los médicos podemos solucionar sus problemas, incluso los sociales⁴. Esa creencia es

² Arthur Frank describió estas tres tipologías narrativas en relación con pacientes diagnosticados de enfermedades graves: “Las historias de restitución intentan superar la mortalidad representando la enfermedad como algo transitorio. Las historias de caos quedan atrapadas en la resaca de la enfermedad y los desastres que la acompañan. Las historias de búsqueda afrontan el sufrimiento sin rodeos; aceptan la enfermedad y tratan de *utilizarla*. La enfermedad es la ocasión de un viaje que se convierte en una búsqueda. Lo que se busca puede no estar nada claro, pero la búsqueda viene determinada por la creencia de la persona enferma de que hay algo que ganar a través de esa experiencia” (Arthur W Frank. *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*. The University of Chicago Press, 1995; 2ª ed. 2013). Estas tipologías narrativas las elaboramos no solo ante enfermedades graves sino ante cualquier evento que trunque nuestra vida. Y no solo lo hacen las personas, también los grupos, la sociedad y las naciones ante eventos lo suficientemente “traumáticos” como para requerirlas (Christina Simko. *The politics of consolation: memory and the meaning of September 11*. Oxford University Press, 2015).

³ Richard Smith. Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep. *BMJ* 2001;322:1073-4.

⁴ Estas son las cláusulas del falso contrato desde la perspectiva del paciente, tal como las formuló Smith: • La medicina moderna puede hacer cosas extraordinarias: puede solucionar muchos de mis problemas. • Usted, el médico, sabe todo lo que hay que saber. • Puede mirar dentro de mí y averiguar lo que anda mal. • Puede solucionar mis problemas, incluso los sociales. • Por eso les damos una alta consideración social y un buen

una exageración de la *ilusión terapéutica*, que se ha definido como la “convicción de que las pruebas diagnósticas y los tratamientos son más seguros y eficaces de lo que demuestra la evidencia procedente de investigación independiente y de alta calidad”⁵.

A diferencia de los pacientes, los médicos solemos tener una conciencia aguda de las limitaciones de lo que podemos hacer. En nuestro caso la falsedad del contrato no estriba en sobreestimar los poderes de la medicina⁶, sino en *silenciar* sus limitaciones: “Lo mejor es que guarde silencio acerca de todo esto, para no decepcionar a mis pacientes y perder mi estatus”⁷.

La ilusión terapéutica conlleva *expectativas desmesuradas*, una y otra son consecuencias no deseadas de los logros de la medicina. Así nos lo hizo notar Arthur Barsky⁸: “Los triunfos médicos insinúan un mundo en el que todo lo que nos aqueja puede ser tratado y alejado de nosotros. Esto ha creado un problema de expectativas crecientes”. También nos llamó a ser más conscientes de “[tales] consecuencias paradójicas del progreso médico a fin de

salario (Richard Smith. Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep. *BMJ* 2001;322:1073-4). De acuerdo con Seamus O’Mahony los pacientes creen que podemos resolver hasta sus problemas existenciales (Seamus O’Mahony. *Can medicine be cured? The corruption of a profession*. Head of Zeus, 2019; Seamus O’Mahony. *The way we die now*. Head of Zeus, 2016).

⁵ Frank Davidoff. Can knowledge about heterogeneity in treatment effects help us choose wisely? *Ann Intern Med* 2017;166:141-2). En términos menos técnicos la *ilusión terapéutica* puede definirse como el entusiasmo injustificado respecto a las intervenciones clínicas. Nuestro grupo ha acuñado el término *tecnofascinación* para referirse a la ilusión terapéutica llevada al extremo. En la literatura médica pueden encontrarse distintas expresiones para referirse a este fenómeno, por ejemplo: “una fe profunda en la tecnología médica” (Ray Moynihan. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy *BMJ*. 2012;344:e3502), o “creencia de que [los médicos] tenemos poderes casi divinos” (Peter Aird. Are we too busy to be happy? *Br J Gen Pract* 2015;65:256). El problema de la tecnofascinación se ha exacerbado con los éxitos reales de la medicina, pero ha existido siempre; el “médico rural” de Frank Kafka se expresaba ya en los siguientes términos: “Así es la gente de por aquí. Siempre esperan del médico lo imposible. Han perdido su antigua fe; el párroco se queda en casa deshilachando una tras otra sus casullas, pero el médico se supone que es omnipotente con sus pobres manos de cirujano. Bien, como les plazca; yo no les pedí que me llamaran; si pretenden servirse de mí para un servicio sagrado, dejaré que suceda” (Frank Kafka. *Un médico rural*. 1918).

⁶ Al menos no en el grado en que lo hacen los pacientes (Tammy C Hoffmann, Chris Del Mar. Patients’ expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med* 2015;175:274-86; Tammy C Hoffmann, Chris Del Mar. Clinicians’ expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med* 2017;177:407-19).

⁷ Estas son las cláusulas del falso contrato desde la perspectiva del médico, tal como las formuló Smith: • La medicina moderna tiene poderes limitados. • Peor aún, es peligrosa. • La línea de demarcación entre beneficiar y dañar es muy fina. • No lo sé todo, lo que sí sé es cuán difíciles son muchas cosas. • No podemos resolver todos los problemas de los pacientes, especialmente los sociales. • Lo mejor es que guarde silencio sobre todo esto, para no decepcionar a mis pacientes y perder mi estatus (Richard Smith. Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep. *BMJ* 2001;322:1073-4). Las razones del silencio de los médicos van más allá del temor a defraudar a los pacientes y a perder su estatus; incluyen otras muchas: el temor de que se les escape un diagnóstico serio precipitando así una tragedia evitable para uno de sus pacientes, el miedo al litigio, la falta de tiempo, el temor a iniciar conversaciones difíciles para las que no se sienten preparados y que pueden desencadenar un conflicto con un paciente tenaz, la presión directa ejercida por algunos pacientes, etc. (Iona Heath. Role of fear in overdiagnosis and overtreatment. *BMJ* 2014;349:g6123); Frank Davidoff. Can knowledge about heterogeneity in treatment effects help us choose wisely? *Ann Intern Med* 2017;166:141-2; Margaret Lowenstein. Choosing our words wisely. *JAMA Intern Med* 2016;176:1249-50; Amnon Sonnenberg, Charles R Boardman. Costs of fear. *Am J Gastroenterol* 2013; 108:173-5).

⁸ Arthur J Barsky. The paradox of health. *N Engl J Med* 1988;318:414-18.

no contribuir inadvertidamente a la creciente insatisfacción pública con la medicina y la atención médica”. Quizá hemos sido conscientes, pero no consecuentes: no hemos sabido corregir las expectativas desmesuradas de los pacientes; hemos guardado silencio y eso, lejos de corregirlas, las ha fomentado: cada vez que cedemos ante las expectativas desmedidas de un paciente y sobreutilizamos las intervenciones clínicas (cada vez que las utilizamos cuando su balance beneficios – daños no es lo suficientemente favorable) le transmitimos un mensaje implícito: “lleve usted razón, la medicina tiene una solución técnica para todos sus problemas”⁹. La factura la hemos pagado todos, los pacientes y nosotros¹⁰, y se nos ha presentado bajo cuatro aspectos: *iatrogenia clínica*, *iatrogenia cultural*¹¹, *despilfarro*¹² e *insatisfacción*¹³.

⁹ Mientras nosotros hemos fomentado las expectativas desmesuradas de los pacientes *pasivamente*, otros lo han hecho *activamente* y de forma muy efectiva (Iona Heath. Overdiagnosis: when good intentions meet vested interests. *BMJ* 2013;347:f6361; H Gilbert Welch. Cancer screening, overdiagnosis, and regulatory capture. *JAMA Intern Med* 2017;177:915-6).

¹⁰ “La sociedad se ha tragado la mentira; una mentira que quizá hemos sido culpables de fomentar en los últimos años; la mentira de que tenemos poderes casi divinos, de que la medicina puede resolver todos nuestros problemas. Y debido a que esta expectativa ha arraigado firmemente en la mente de nuestros pacientes, nos encontramos con la exigencia de ser infalibles y, como resultado, cada vez nos vemos más criticados por no responder a tal expectativa” (Peter Aird. Are we too busy to be happy? *Br J Gen Pract* 2015;65:256).

¹¹ El daño que ocasiona la iatrogenia cultural es menos inmediato pero mucho más *profundo* que el que causa la iatrogenia clínica. Fue Ivan Illich quien lo describió: “Al transformar el dolor, la enfermedad y la muerte de un reto personal en un problema técnico, la práctica médica expropia el potencial de las personas para hacer frente a su condición humana de una manera autónoma y se convierte en la fuente de una nueva forma de morbosidad” (Ivan Illich. Medical némesis. *Lancet* 1974;i:918-21). “Esta iatrogénesis cultural consiste en la incapacidad para responder saludablemente al sufrimiento, al deterioro y a la muerte” (Ivan Illich. *Limits to medicine, medical nemesis: the expropriation of health*. Marion Boyars, 1977). A diferencia de Illich, nosotros no creemos que sea la práctica clínica en sí misma la que genere la iatrogenia cultural (si lo creyéramos dejaríamos de ejercerla); pero silenciar las limitaciones de la medicina es sin duda uno de los factores que la determinan. Quizá una denominación más adecuada para la iatrogenia cultural sería *iatrogenia existencial*, porque el daño que ocasiona consiste en la privación de los medios para comprender la vida y el mundo propio (nuestro ser-en-el mundo, como diría Martin Heidegger), para encontrar sentido a la existencia cuando la muerte, la enfermedad y el dolor amenazan con colapsarla. El mismo Richard Smith, siendo aún estudiante, escuchó a Ivan Illich y ha explicado en su blog el impacto que le produjo y el núcleo de su argumento: “Le oí dar una conferencia en Edimburgo en 1974, cuando todavía era estudiante de medicina, y desde entonces nunca he vuelto a ser el mismo. El núcleo de su argumento era que la medicina le había prometido falsamente a la gente que podría derrotar a las sempiternas realidades humanas del dolor, la enfermedad, e incluso la muerte. Al hacerlo suplantó los mecanismos culturales mediante los cuales la gente soportaba esas realidades y les encontraba sentido. La medicina no pudo cumplir su promesa y ha dejado a las personas incapaces de encontrar sentido a lo que les sucede. Así, cuando antes eran individuos libres, autónomos, responsables, capaces de afrontar el dolor, la enfermedad y la muerte, ahora han quedado convertidos en consumidores de la gama creciente de tecnologías que la medicina tiene para ofrecerles. El dolor, la discapacidad y la muerte han dejado de ser ‘un reto personal para convertirse en un problema técnico’” (<http://blogs.bmj.com/bmj/2016/05/19/richard-smith-returning-health-to-the-people/>).

¹² Los recursos económicos que se despidan en atención ineficaz o perjudicial son recursos que se niegan a otros servicios esenciales (sanitarios o sociales).

¹³ Respecto a la insatisfacción de los médicos cabe mencionar que el artículo de Smith llevaba por título *¿Por qué son tan infelices los médicos?* y que los informes sobre las tasas de burnout entre los médicos son alarmantes. Con relación a la de los pacientes, transcribimos unos párrafos de un artículo de Iona Heath titulado *El precio del pensamiento ilusorio*: “El pensamiento ilusorio que lleva a la exageración de los beneficios y la minimización de los daños implica que cada vez más pacientes se exponen a esos daños en

**ILUSIÓN TERAPÉUTICA → EXPECTATIVAS DESMESURADAS → PRESIÓN (DEL PACIENTE) →
CLAUDICACIÓN (DEL MÉDICO) → SOBREUTILIZACIÓN →
IATROGENIA CLÍNICA + IATROGENIA CULTURAL + DESPILFARRO + INSATISFACCIÓN**

La ilusión terapéutica genera expectativas desmesuradas en los pacientes que los médicos no corregimos adecuadamente; en lugar de ello, claudicamos sobreutilizando las intervenciones clínicas; utilizamos pruebas diagnósticas, tratamientos, medidas preventivas, interconsultas, cuando su balance beneficios-daños no es lo suficientemente favorable, y las consecuencias de hacerlo son graves: iatrogenia clínica, iatrogenia cultural, despilfarro e insatisfacción.

Richard Smith interpretó la cobertura negativa por parte de los medios de comunicación de las consecuencias del falso contrato, como un signo del despertar de la sociedad a las limitaciones de la medicina; un despertar, que aunque resultara transitoriamente incómodo, quizá podía conducir a una relación médico-paciente mucho más honesta, adulta y afable. Esa relación debía tener como base un *nuevo* contrato. Así articuló sus cláusulas:

Tanto los pacientes como los médicos saben que:

- La muerte, la enfermedad y el dolor son parte de la vida.
- La medicina tiene poderes limitados, particularmente para resolver los problemas sociales; además tiene riesgos.
- Los médicos no lo saben todo; necesitan sopesar las decisiones y apoyo psicológico.
- Los médicos y los pacientes están juntos en esto.
- Los pacientes no pueden abandonar, sin más, sus problemas en las manos de los médicos.
- Los médicos deben reconocer abiertamente sus limitaciones.
- Los políticos deben abstenerse de hacer promesas extravagantes y centrarse en la realidad.

Durante los aplausos: el nuevo contrato irrumpe en escena

La esperanza de Smith no se vio cumplida, el falso contrato prevaleció¹⁴. Pero la fase aguda de la pandemia por SARS-CoV-2 lo ha derribado y ha hecho entrar en escena el nuevo. Quizá no el nuevo contrato en sí, pero sí las actitudes, las conductas y las responsabilidades que le son propias.

Súbitamente no solo los médicos fuimos agudamente conscientes de las limitaciones de la medicina, la sociedad entera lo fue. ¿Quién podía negarlas? El recuento diario del número

busca de los beneficios que se les prometen. Como escribió Samuel Johnson en una carta el 8 de junio de 1762 ‘[...] las expectativas inadecuadamente consentidas deben terminar en decepción’. Seguramente ha llegado la hora de que la medicina reafirme un estándar de integridad cuyo objetivo sea restringir, y que restrinja en la práctica, el pensamiento ilusorio, y que reconozca el grado de incertidumbre en todos los niveles de la práctica clínica, incluso a costa de admitir la impotencia. De otro modo, son nuestros pacientes, con sus expectativas exageradas, quienes terminan en la decepción y el dolor apuntados por Samuel Johnson” (Iona Heath. The price of wishful thinking. *BMJ* 2010;341:c4632).

¹⁴ A pesar de la cobertura negativa ocasional de sus consecuencias negativas por los de los medios y de iniciativas institucionales como *Choosing Wisely* (<https://www.choosingwisely.org/>).

de muertos hablaba por sí solo: “la medicina tiene poderes limitados”¹⁵, “la muerte, la enfermedad y el dolor son parte de la vida”¹⁶. La realidad se impuso y la sociedad la admitió, y hemos visto a “los médicos y los pacientes estar juntos en esto” asumiendo actitudes, conductas y responsabilidades nuevas, impensables antes de la pandemia.

No se tardó mucho en comprender que la pandemia respondía a la imagen epidemiológica clásica del iceberg. Los casos graves eran la parte visible e iban en aumento hasta el punto de amenazar con colapsar los servicios hospitalarios (urgencias, unidades de cuidados intensivos, etc.); y eso no podía permitirse: estaba claro que no podían ofrecer tratamientos demostradamente efectivos¹⁷, pero al menos podían proporcionar medidas de soporte vital; no hacerlo habría supuesto un escándalo social y político intolerable. Por otra parte, los hospitales se habían transformado en una amenaza en sí mismos a causa de la concentración de casos.

A los servicios de atención primaria se nos pidió que fuéramos el muro de contención: debíamos atender la parte sumergida del iceberg, los casos más leves confirmados y los casos posibles, evitando así el colapso hospitalario y la expansión de la pandemia a causa de los nuevos contagios que ocurrirían sin duda si los pacientes acudían masiva e indiscriminadamente a los hospitales. Así lo hicimos y ese ha sido nuestro mérito según la narrativa oficial (a eso debemos atribuir la cuota de los aplausos desde los balcones que nos ha correspondido). La parte que se olvida es que también tuvimos que atender todos los demás problemas de salud no relacionados con la pandemia y que lo hicimos por procedimientos inhabituales: se había pedido a los pacientes que, en lo posible, tampoco acudieran a los centros de salud por las medidas generales de confinamiento y porque también eran lugares de riesgo; en su lugar se habilitaron consultas telefónicas. Por otra parte, los procedimientos habituales de derivación a las consultas externas no eran factibles; la prioridad absoluta de los hospitales era la pandemia y las consultas externas que se juzgaron no imprescindibles (la gran mayoría) se cerraron. En su lugar, de forma

¹⁵ La única guía de práctica clínica basada en la evidencia que hemos podido identificar formula una recomendación *débil a favor* del uso de corticosteroides en pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda, y recomendaciones *débiles en contra* del uso de: corticosteroides en pacientes sin síndrome de dificultad respiratoria aguda, plasma convaleciente, hidroxiquina y diversos medicamentos antivirales (ribavirina, umifenovir, favipiravir, lopinavir, ritonavir, interferon- α e interferon- β). El panel no formuló ninguna recomendación sobre remdesivir y tocilizumab porque su uso no estaba autorizado en el momento de establecer el alcance de la guía (Zhikang Ye, Bram Rochweg, Ying Wang, et al. Treatment of patients with nonsevere and severe coronavirus disease 2019: an evidence-based guideline. *CMAJ* 2020 192: E536-E545). Muchos de estos fármacos se han utilizado y se siguen utilizando extensivamente, particularmente hidroxiquina y remdesivir. Cuando concluimos la redacción de este manifiesto, y a la espera de la conclusión de los ensayos clínicos en curso, la evidencia disponible muestra que ninguno de estos dos fármacos es la “bala mágica” que todos deseábamos: hidroxiquina es inútil tanto para prevenir la enfermedad como para tratarla, y probablemente sea perjudicial; remdesivir solo logra un acortamiento modesto de la duración de la enfermedad en pacientes hospitalizados.

¹⁶ Clare Gerada y Caroline Walker han descrito así la situación: “Nuestra sociedad pre-covid-19 era en gran medida una sociedad ‘negadora de la muerte’. Escondíamos la muerte de nuestra vista; en residencias de ancianos, hospitales y hospicios. Ahora llena nuestras vidas todos los días. Cada noche tenemos un recuento diario del número de personas que han muerto. Imágenes de ataúdes, cuerpos envueltos y parientes afligidos llenan nuestras pantallas de televisión [...]” <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/06/01/we-need-time-and-space-to-grieve-during-covid-19/>

¹⁷ No obstante se utilizaron masivamente, aun a sabiendas de que hacerlo era como tirar una moneda al aire: en el mejor de los casos podían salvar vidas, en el peor aumentar las muertes; este último parece haber sido el caso con hidroxiquina. Ver nota al pie 14.

desigual según qué áreas, se dispusieron distintos procedimientos alternativos de contacto con los colegas del hospital: teléfonos, teleconsultas y correos electrónicos. Y surgió la *sorpresa*.

Los pacientes cambiaron sus actitudes y sus conductas, cuidaron de los profesionales y del sistema. Las impaciencias, exigencias y hasta presiones a las que estábamos habituados por frecuentes, mudaron en paciencia y tolerancia. Los modos descorteses y a veces hasta insolentes, se tornaron en amabilidad, consideración y reconocimiento. Y el reconocimiento no solo se produjo desde los balcones, también en la relación interpersonal.

Síntomas y problemas de salud menores que antes a tantos les habrían parecido intolerables y necesitados de una solución rápida y hasta inmediata (urgente) pasaron a ser considerados como sin importancia. La estrategia “esperar y ver”, necesaria para poder discernir la importancia o banalidad de otros problemas, antes aceptada solo con reticencia y resistencia por parte de muchos, pasó a ser admitida con facilidad. Terapias, pruebas diagnósticas o interconsultas innecesarias en las que previamente habría insistido con tenacidad o que incluso habrían exigido, ahora las consideraron prescindibles. Y en aquellas áreas o especialidades donde se habilitó la posibilidad de contacto telefónico del médico de familia con los especialistas, si las pruebas o interconsultas se juzgaron necesarias, los pacientes confiaron en la atención directa por parte de su médico en interlocución con el especialista correspondiente; el papel del médico de familia como interlocutor y garante de su atención fue valorado y aceptado. Aceptaron incluso la inexistencia de una solución técnica para los problemas que no la tienen.

También aceptaron ser atendidos mediante entrevista telefónica (siempre con la posibilidad de atención presencial en los casos necesarios); no hubo prácticamente quejas, algo impensable previamente; es más, no solo lo aceptaron, con frecuencia lo apreciaron y agradecieron¹⁸.

Por su parte, los médicos de familia se dieron permiso para actuar acorde a las circunstancias: centraron sus habilidades técnicas en la clínica (haciendo que las pruebas complementarias pasaran a ser realmente “complementarias”, tantas veces no imprescindibles, ni siquiera útiles, y en ocasiones hasta perjudiciales) y sacaron partido del conocimiento que suelen tener de sus pacientes: el conocimiento de su historia clínica completa y de su vida, a diferencia del conocimiento inevitablemente incompleto que tienen los especialistas de hospital¹⁹. Les evitaron así interconsultas innecesarias; y cuando

¹⁸ Para bastantes, el hecho de que un número considerable de consultas puedan resolverse sin necesidad de acudir físicamente al centro de salud, ha sido todo un descubrimiento, por la facilidad, y por la ganancia de tiempo. Donald Berwick ha señalado que la ganancia de tiempo no solo beneficia al paciente cuya consulta presencial se evita, sino a otros a los que es necesario atender cara a cara: “muchas visitas clínicas son innecesarias y probablemente imprudentes [...]. La atención virtual a gran escala liberaría tiempo para atender cara a cara a los pacientes que realmente se benefician de ello” (Donald M. Berwick. Choices for the “New Normal”. JAMA 2020;323:2125-26). Nosotros añadimos que las razones por las que los pacientes pueden beneficiarse de una entrevista cara a cara pueden ser técnicas y también biográficas. Como dijo William Osler: “el buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad” y también: “es mucho más importante conocer al paciente que tiene la enfermedad que la clase de enfermedad tiene el paciente”; no creemos que eso sea “siempre” así, pero con mucha frecuencia sí lo es.

¹⁹ Utilizando un símil cinematográfico podríamos decir que el médico de familia cuenta con la ventaja de conocer la “película, la secuencia completa” de la historia clínica y personal (biografía) de sus pacientes (al

las juzgaron necesarias no los “derivaron” (no se “desentendieron” de ellos “dejándolos en manos de” los especialistas correspondientes); fueron ellos mismos quienes las efectuaron en interlocución con los especialistas correspondientes, por los medios que la organización puso a su disposición. Actuaron como agentes y garantes de sus pacientes.

La paciencia, la tolerancia, la responsabilidad, el arrojo (el “darse permiso” cuando las circunstancias lo requieren), ... son *virtudes*, algo de lo que, ni en sociedad actual, ni el en mundo sanitario, es habitual hablar a pesar de su importancia²⁰. No somos ilusos y sabemos que los factores que influyeron en todos esos comportamientos “virtuosos”²¹ fueron muchos y no los conocemos en su totalidad. El papel de algunos fue incluso ambiguo. Por ejemplo, el miedo desempeñó un papel importante a la hora de facilitarlos, pero a la vez tuvo “efectos secundarios”: el miedo a acudir a los centros sanitarios, particularmente a los hospitales, hizo que muchos pacientes no acudieran a urgencias en situaciones que sin duda lo hubieran requerido y aunque los datos de que disponemos sobre las consecuencias son todavía incipientes, no parece arriesgado afirmar que al menos para algunos (probablemente para muchos) habrán sido graves²².

Reconocemos también que las experiencias particulares de médicos y pacientes habrán sido diversas, dependiendo de condicionantes externos (gravedad local de la pandemia, factores organizativos, etc.) e internos (personales), pero los cambios que hemos descrito han ocurrido masivamente y hemos sido testigos y protagonistas de ellos: durante unas semanas al menos, médicos y pacientes nos hemos demostrado a nosotros mismos que podemos tener comportamientos “virtuosos”: el nuevo contrato de Smith entró en escena.

Después de los aplausos: la necesidad de afianzar el nuevo contrato

Superada la fase aguda de la pandemia la narrativa oficial sigue siendo la de restitución si bien una narrativa de restitución *matizada*, llena de ambigüedad: por un lado manifiesta el deseo de volver a la “normalidad”, por otro deja claro que será una normalidad distinta (“la nueva normalidad”) y de duración indefinida (“hasta que se encuentre una vacuna o un tratamiento eficaz”). Pretende ser optimista pero es precaria: cualquier movimiento en falso podría hacer que se desmoronara, y lo fía todo a algo que deseamos pero que nadie puede garantizar. Pero aun en el caso hipotético de que fuera posible garantizarlo (o de que el virus perdiera virulencia y pasara a producir una enfermedad benigna), tendríamos que insistir en la pregunta del principio: ¿debemos desear volver a la situación previa sin

menos de muchos, si no de la mayoría de ellos) mientras que el especialista de hospital solo conoce algunos “fotogramas”.

²⁰ No ocurre lo mismo en el mundo académico gracias sobre todo a la obra de Alasdair MacIntyre.

²¹ Somos conscientes de que calificar de “virtuoso” un comportamiento cuando está condicionado por factores *externos* es una contradicción; la virtud es una disposición *interna* para actuar bien que beneficia a quien la posee y a los demás. Utilizamos la expresión “comportamientos virtuosos” para designar aquellas conductas que resultaron beneficiosas para quienes las exhibieron y para la sociedad, con independencia de si su motivación fue interna o externa.

²² Por ejemplo: Ovidio De Filippo, Fabrizio D'Ascenzo, Filippo Angelini, et al. Reduced rate of hospital admissions for ACS during covid-19 outbreak in northern Italy. *N Engl J Med* 2020 Apr 28;NEJMc2009166. Online ahead of print; Aaron Baum, Mark D Schwartz. Admissions to Veterans Affairs Hospitals for emergency conditions during the COVID-19 pandemic. *JAMA* 2020 Jun 5. Online ahead of print. No solo la sobreutilización plaga los servicios sanitarios; también existe la infrautilización; el objetivo es reducir ambas al mínimo posible.

más? Ciertamente hay muchos aspectos de la “vieja normalidad” (así es como deberíamos llamarla para ser congruentes) que con toda razón anhelamos recuperar, pero eso no debería obnubilarnos: la “vieja normalidad” incluía también otros muchos aspectos sin duda indeseables.

El ámbito sanitario no es ajeno a los deseos de recuperar su particular “vieja normalidad”: en distintos medios comienzan a aflorar voces de pacientes, de políticos y de médicos que anhelan y hasta reivindican el estatus previo. Tampoco aquí deberíamos obviar que ese estatus, además de atributos que la pandemia ha arrasado y que deberíamos recuperar lo antes posible, incluía también muchas realidades indeseables fruto de un falso contrato. Hemos intentado mostrar hasta qué punto ese contrato, y las realidades que conlleva, nos dificultan tanto a los médicos como a los pacientes la posibilidad de florecer.

Ni en el ámbito social ni en el sanitario deberíamos ceder irreflexivamente a la narrativa de restitución; debemos aprovechar la ocasión para iniciar una narrativa de búsqueda que discierna qué debemos restituir y qué debemos desechar, qué es lo que contribuye a nuestro florecimiento personal y social y que es lo que lo trunca²³.

Llegados a este punto es necesario aclarar algo: la pandemia ha evidenciado las limitaciones de la medicina ¿pero de qué medicina?: de la medicina menguada, de la medicina *centrada* en la tecnología que ayuda a veces y otras tantas daña, despilfarra y frustra. No de la medicina *en sí*, la que se ocupa de las personas sin hacerles promesas falsas: la que cura a veces, alivia a menudo, y siempre tiene a su disposición la posibilidad de consolar²⁴. Sólo en este contexto puede la tecnología médica mostrar todo su valor, solo así puede trabajar en nuestro favor y no en nuestra contra²⁵.

²³ Seamus O'Mahony: “Muchos de nosotros esperamos que el mundo post-COVID sea un lugar mejor, más amable y menos frenético” (Seamus O'Mahony. Mourning our dead in the covid-19 pandemic. *BMJ* 2020;369:m1649369).

²⁴ *Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre*; el aforismo atribuido a Adolphe Gubler conserva toda su vigencia.

²⁵ En el vigésimo quinto aniversario de su fundación (2012) la Agencia Sueca de Evaluación de Tecnologías sanitarias subrayó que los objetivos realistas de la atención a la salud siguen siendo: curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre; reivindicó la necesidad de restaurar el consuelo en lugar de seguir sobreutilizando las intervenciones clínicas: “La consolación debe ser restablecida como uno de los objetivos principales de los servicios de salud, como una meta junto al alivio y la curación. El consolar a los pacientes debería redescubrirse en la atención médica convencional – en lugar de los pseudotratamientos que mantienen a los pacientes en la oscuridad” (Ragar Levi. Pills and knives, poor consolation. *Medical Science & Practice*, English Special 2012, Swedish Council on Health Technology Assessment https://www.sbu.se/globalassets/vop/eng_vop_2012.pdf); Arthur W. Frank también ha insistido en este punto: “Al comienzo del siglo XXI [...] nuestro desafío es aumentar la generosidad con la que ofrecemos los logros médicos de los que ya disponemos. Los productos farmacéuticos y las cirugías, las técnicas de diagnóstico y la provisión institucional de servicios son herramientas cruciales del trabajo médico, pero [...] antes y después de estas herramientas, la medicina consiste en personas juntas en una estancia, actuando con diferentes grados de generosidad recíproca. Antes y después de ofrecer diagnósticos, medicamentos y cirugía a los que sufren, la medicina debería ofrecer consuelo. La consolación es un regalo. La consolación conforta cuando la pérdida ocurre o es inevitable. El confortar puede ser la promesa de una persona de no abandonar a otra. La consolación puede hacer que la pérdida sea más soportable al invitar a algún cambio en la línea de aceptar vivir una vida que incluya el sufrimiento. Así, el consuelo implica un período de transición: una preparación para un tiempo en que el sufrimiento presente habrá cesado. La consolación promete ese giro. Ofrecer consuelo es un acto de generosidad” (*The renewal of generosity: Illness, medicine, and how to live*. University of Chicago Press, 2004).

La pandemia también nos ha mostrado que necesitamos un sistema sanitario más fuerte, bien organizado, eficiente, y preparado para eventuales pandemias futuras. Fortalecer el sistema sanitario requerirá nuevas inversiones, cambios organizativos, procedimientos más eficientes, pero con eso no bastará. Un sistema sanitario bien financiado y organizado es una condición *necesaria* pero no *suficiente*. Además necesitamos médicos y pacientes *virtuosos*. Durante unas semanas médicos y pacientes nos hemos demostrado a nosotros mismos que podemos ser virtuosos, o al menos adoptar comportamientos “virtuosos”. El nuevo contrato ha funcionado aunque haya sido rudimentariamente y forzado por el miedo. Ahora debemos denunciar definitivamente el falso contrato y declarar la vigencia del nuevo. Debemos afianzarlo y prorrogarlo en el tiempo: los médicos buscando los bienes *internos* de nuestra práctica (la *excelencia* clínica) y aceptando los bienes externos (el estatus social) solo como una consecuencia de los primeros²⁶ (no podemos seguir “guardando silencio” acerca de las limitaciones de la medicina [de la tecnología médica] “para no decepcionar a nuestros pacientes y perder nuestro estatus”); los pacientes aceptando que “la muerte, la enfermedad y el dolor son parte de la vida”, entre otras cosas porque “los poderes de la medicina son limitados”; aceptando además que no solo tienen derechos, también tienen obligaciones, responsabilidades, la primera y más fundamental y que nos es común a todos, la de la vida propia; por tanto “no pueden abandonar, sin más, sus problemas en las manos de los médicos”, “los médicos y los pacientes estamos juntos en esto”; tienen todo el derecho a preguntarse si tienen un buen médico pero, como ha señalado Sara Maitland, hay preguntas adicionales igualmente relevantes que tienen la obligación de hacerse: ¿soy un paciente virtuoso? ¿acudo a consultar con las expectativas, las esperanzas, la gratitud, la humildad, el coraje, la voluntad adecuadas? ¿con qué disposiciones debería acudir a la consulta? ¿cómo podría desarrollar mi capacidad para ser parte del “equipo”?²⁷.

En 2016 un grupo de médicos generalistas británicos publicó un manifiesto con el que pretendían ayudar a sus colegas a sentirse legitimados para practicar una medicina centrada verdaderamente en la persona:

Queremos darles “permiso” a los clínicos para que lleven a cabo la atención centrada en la persona ofreciéndoles una forma de hablar del yo [de la persona] que les sirva para describir y defender su forma de practicar la medicina. [...] Existe una urgente necesidad de inteligencia crítica y de debate sobre la naturaleza y los roles de las personas que participan en las consultas de atención primaria [médicos y pacientes], y sobre las muchas y diversas presiones que se ejercen sobre ellas, con el fin de apoyar prácticas que les permitan recuperar su sentido del yo [de sí mismos]²⁸.

²⁶ Alasdair MacIntyre. *After virtue*. Duckworth, 1981.

²⁷ En el prólogo a un libro escrito por el que fue su médico durante años, Sara Maitland confiesa que estas son las preguntas que le suscitó su lectura y que nunca se había hecho antes. El médico en cuestión es Peter Toon y el libro *A flourishing practice?* (Royal College of General Practitioners, 2014). Toon indaga en él las características de una práctica clínica que pueda contribuir al *florecimiento* de médicos y pacientes, necesariamente una práctica *virtuosa* por parte de ambos.

²⁸ Christopher Dowrick, Iona Heath, Stefan Hjörleifsson, David Misselbrook, Carl May, Joanne Reeve, Deborah Swinglehurst y Peter Toon. Recovering the self: a manifesto for primary care. *Br J Gen Pract* 2016;66:582-3. Dos años después los argumentos del manifiesto fueron ampliados en: Christopher Dowrick (Ed.) *Person-centred primary care: searching for the self*. Routledge, 2018.

La pandemia nos da la oportunidad y a la vez nos obliga a progresar en esa “inteligencia crítica”. No deberíamos eludir nuestra responsabilidad.

No queremos terminar sin recordar que Richard Smith también adjudicó a los políticos una cláusula en el nuevo contrato: “Los políticos deben abstenerse de hacer promesas extravagantes y centrarse en la realidad”. Una parte muy importante de esa realidad son “las muchas y diversas presiones que se ejercen sobre los médicos y los pacientes” y que obstaculizan la relación honesta y colaborativa que necesitamos. Los llamamos a que se centren en librarnos de ellas y a que escuchen nuestra voz. En estos días los hemos oído decir una y otra vez que “siguen los dictados de los expertos”. Deben ampliar su concepto de “experto” más allá de la simple pericia técnica. Es necesario reconsiderar en qué consiste la excelencia clínica y de qué factores depende, y para ello es necesaria la voz de los clínicos.

Necesitamos pensar detenidamente, profundamente, aunque de momento ello resulte incómodo. Necesitamos reflexionar en el contexto de una narrativa de búsqueda que discierna qué aspectos de la “vieja normalidad” debemos *conservar* y qué otros debemos *cambiar*.

Te animamos a unirte a nosotros en la tarea.

INVITACIÓN

Los componentes del Grupo de Medicina Reflexiva somos en su mayoría médicos de familia y es sobre todo a ellos a quienes nos dirigimos; lo que afirmamos en este manifiesto lo hacemos desde esa perspectiva. Creemos no obstante que es asumible por otros profesionales sanitarios (médicos de otras especialidades, enfermeras, farmacéuticos, ...) y no solo por ellos, también por pacientes, políticos, ... Por ello invitamos a los médicos de familia a adherirse a este manifiesto, y también a cualquiera que vea reflejadas sus ideas y experiencias en él.

Puedes notificarnos tu adhesión dirigiéndote a la siguiente dirección de correo electrónico: medyref@gmail.com; también puedes utilizarla para cualquier sugerencia que quieras hacernos o para solicitarnos información adicional.

Este documento no está sujeto a copyright. Agradecemos su difusión citando la fuente.

DESAGRAVIO

A lo largo este manifiesto, para simplificar la redacción, hemos hablado genéricamente de médicos, pacientes y políticos, atribuyéndoles actitudes y conductas que de ningún modo son comunes a todos. No *todos* los pacientes creen que la medicina tiene poderes casi ilimitados, no *todos* tienen expectativas desmesuradas, ni por supuesto *todos* son descorteses o exigentes. Tampoco *todos* los médicos guardan silencio sobre las limitaciones de la medicina, ni *todos* los médicos estamos libres de comportamientos inadecuados. Ni *todos* los políticos se dedican a hacer promesas extravagantes en lugar de centrarse en la realidad. Sería injusto no reconocerlo. *Todos, médicos, pacientes y políticos necesitamos progresar en la virtud.*

AGRADECIMIENTO

A Lucía María Montaña Moreno por su asesoramiento editorial.

MIEMBROS DEL GRUPO DE MEDICINA REFLEXIVA (por orden alfabético)

Manuel Aljama Alcántara

Médico de familia, Centro de Salud María Fuensanta Pérez Quirós, Sevilla.

Manuel Caraballo Daza

Médico de familia, Centro de Salud Los Bermejales, Sevilla.

Daniel Cutiño Ruiz

Médico de familia, Hospital de Alta Resolución de Lebrija, Sevilla.

José Antonio Domínguez

Médico de familia, Centro de Salud Ronda Histórica, Sevilla.

Purificación Encina

Médica de familia, Centro de Salud Mercedes Navarro, Sevilla.

Fernando Gamboa Antiñolo

Internista, Hospital El Tomillar, Sevilla.

Eduardo Gómez Camacho

Internista, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Rafael Jiménez Toboso

Médico de familia, Centro de Salud Montequinto, Dos Hermanas, Sevilla.

Ignacio Linares Sayago

Médico, en espera de iniciar la residencia en Medicina de Familia y Comunitaria, Sevilla.

María Luisa Manzanares Torné.

Médica de familia, Centro de Salud Pino Montano B, Sevilla.

Mercedes Martínez Granero

Médica de familia, Centro de Salud Camas, Sevilla.

Antonio Montaña Barrientos

Médico de familia, Centro de Salud Ronda Histórica, Sevilla.

Antonio Mora Quintero

Médico de familia, Centro de Salud Ronda Histórica, Sevilla.

María Nieves Moreno Muela

Médica de familia, Centro de Salud El Greco, Sevilla.

Julio Rojas García de Paso

Médico de familia, Centro de Salud Los Bermejales, Sevilla.

Irene de Tena Roger

Médica de familia, Centro de Salud Alamillo, Sevilla.

José Antonio de la Torre Cruceye

Pediatra, Centro de Salud Cisneo Alto, Sevilla.

Joaquín Torres Moreno

Médico de familia, Centro de Salud Ronda Histórica, Sevilla.

Fecha de publicación: 14 de junio de 2020

Corrección de erratas: 17 de junio de 2020