Entrevistas a líderes del manifiesto "Salvemos la Atención Primaria"

José Manuel Aranda Regules. *Medico de familia, doctor en medicina, especialista en medicina preventiva y salud pública, exjefe de servicio de asistencia primaria de la Junta de Andalucía, expresidente de la SAMFYC, excoordinador del área de promoción de salud de la Escuela Andaluza de Salud Pública.*

A tu juicio, ¿cuáles son los hitos que más han marcado la evolución de la atención primaria española desde 1980?

Después de la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) en1979, el primer hito importante fue elcongreso de MFC en Madrid y el encierro del colegio de médicos de 1982 donde arrancamos al Ministerio un decreto donde se crearon los primeros Centros de Salud Docentes. Después bajo la Dirección General de Salud Pública de Pepe Carro elaboramos el decreto 137/84, base legal de la Reforma Sanitaria desarrollada a partir de 1985 al amparo de la Ley General de Sanidad. Fue nuestra época de oro. Aunque presupuestariamente la tendencia hospitalocéntrica no se modificó, se crearon centros de salud por todo el Estado.

Para mí el tercer hito fue la publicación del informe Abril y el inicio del "gerencialismo" en las políticas oficiales del Ministerio y las Comunidades Autónomas. Esta política que desprecia la salud publica y la medicina comunitaria y su horizonte es el hospital de alta tecnología, el consumo farmacéutico y la biotecnología nos ha llevado a la situación en la que estamos. Estas son las políticas públicas que necesitan las fuerzas privatizadoras, que han visto un nicho de gran negocio.

La crisis actual de la AP, ¿es una crisis financiera o es una crisis organizativa?

Continuando con la reflexión anterior pienso que la crisis es una crisis política que se traduce en un recorte de recursos financieros y una falta completa de interés en el desarrollo organizativo de la atención primaria en el conjunto del sistema de servicios de salud.

La atención primaria necesita profesionales bien formados que trabajen en condiciones estables y con salarios dignos

No hay crisis de modelo, que ha demostrado que funciona eficientemente y a satisfacción de la población. Lo que pasa que este modelo de primaria no encaja con la visión que los poderes públicos (y privados) tienen de los servicios sanitarios. El hospital público para ellos es unainstitución, donde se consume medicación costosa, servicios ren-

tables que se externalizan y biotecnología que fabrican sus empresas privadas. También es un lugar donde se realizan ensayos clínicos de sus productos: Un gran negocio. La atención primaria no es negocio y no la necesitan: su papel es filtrar para que el hospital funcione (eso sí, con listas de espera que nutran la privada), gastar en medicamentos y neutralizar quejas de los "pobres" que no puedan pagarse un seguro privado sin límite de acceso a los especialistas. Ese es nuestro futuro. El Covid 19 ha venido a facilitarles la tarea.Cuando empezaba la carrera un estudiante de primero preguntó al profesor ¿llegará el momento en que los médicos puedan ser sustituidos por máquinas? Yo ya tengo la respuesta:" ¿Para qué, hijo mío? Un médico de familia con su teléfono desde su casa sale más barato"

¿Qué tres medidas de las once del manifiesto "Salvemos la Atención Primaria" destacarías y por qué?

Después de 40 años de ejercicio profesional he aprendido que lo más importante del trabajo es la relación con nuestros pacientes. La atención primaria necesita profesionales bien formados que trabajen en condiciones estables y con salarios dignos (punto 1).

Falta tiempo para hacer investigación, por el colapso asistencial que venimos arrastrando

Pero lo que diferencia la atención primaria de la asistencia primaria es la visión comunitaria: somos un recurso de la comunidad y nuestro objeto de trabajo no es solamente la persona que demanda nuestros servicios sino toda la estructura social en la que trabajamos (punto 8).

También he aprendido que la atención primaria no puede sobrevivir aislada del resto de los servicios sanitarios y sociales. Los hospitales no nos necesitan, pero nosotros si los necesitamos. Lo mismo con los servicios sociales. Articular ese espacio de encuentro en las Áreas de Salud, que ya preveía la Ley General de Sanidad, es otro requisito básico de supervivencia (punto 9).

Rosa Magallón Botalla. *Médica de Familia. Investigadora de la Red IAP. Profesora de la Universidad de Zaragoza. Presidenta de la Red Española de Atención Primaria.*

Desde tu experiencia clínica y docente, ¿crees que los estudiantes de ciencias de la salud y los MIR conocen bien la filosofía de la Atención Primaria?

En absoluto, y es un problema de primera índole que influye mucho en el descrédito de la atención primaria por parte de la sociedad. La famosa frase atribuida a Leonardo Da Vinci, "no se ama lo que no se conoce " describe perfectamente la situación de la medicina de familia en los grados universitarios en ciencias de la salud. Hay muchas facultades en España en las que no existe ninguna disciplina relacionada con la Atención Primaria. En otras, con suerte, la docencia de Medicina de Familia y/o Atención Primaria se comparte en una misma asignatura con otras disciplinas y con nombres bien variopintos y nada uniformes. El contacto del/la estudiante con la Atención Primaria de Salud, cuando existe, es habitualmente en los últimos cursos del grado, cuando ya han recibido una extensa formación a cargo de profesores de Atención Hospitalaria que orientan su docencia casi exclusivamente a ese ámbito asistencial. De manera que el primer contacto docente con la Atención Primaria es tardío, escaso muy poco equilibrado. No es de extrañar que en estas circunstancias, la percepción del estudiante de la Atención Primaria de salud, es poco relevante y atractiva como planteamiento de futuro profesional. A ello nada ayuda, desde luego, el desprestigio social de la Atención Primaria de salud que corre paralelo a la fascinación tecnológica imperante.

Con respecto a la formación MIR, toda esta situación de desconocimiento y desprestigio del pregrado justifica que la elección de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria sea de las últimas en preferencias de los nuevo médicos. Los hay, sin duda, vocacionales, que cuando impartimos la asignatura en las facultades nos manifiestan haber descubierto una manera distinta de ver la medicina, y elijen la especialidad como primera opción. Pero no es ni de lejos la mayoría de ellos. Esto no pasa con la especialidad de Enfermería de Familia y Comunitaria, que es una de las pocas ofertas formativas postgrado para enfermería.

Necesitamos equipos directivos comprometidos con AP y no solo correas de transmisión de la Consejería de Sanidad

¿Cómo mejorarías la formación de los MIR de MFyC y de los EIR?

En realidad, el programa docente de la especialidad es completo. El problema es que es difícil que pueda desarrollarse plenamente, por varias cuestiones. Una de ellas es la práctica ausencia de reconocimiento del Tutor Docente de su labor, que no se traduce ni en una remuneración económica, que no existe, ni en una dedicación horaria necesaria para realizar una labor docente con el residente medianamente digna. Esta situación se agravó con la crisis económica y la desinversión en atención primaria, que ha producido una dedicación horaria casi exclusiva a la asistencia sin tiempo para actividades docentes e investigadoras. Ni que decir tiene que la pandemia ha agudizado aún más si cabe esta situación. Por lo tanto esta es una de las mejoras necesarias: dotar al tutor docente del tiempo necesario para poder dedicarlo al residente, supervisar su tarea, comentar su evolución, comentar casos, tutorizarle en proyectos de investigación, sesiones clínicas, actividades comunitarias, etc. Además, es necesario que las Unidades Docentes sean proactivas en el desarrollo de los objetivos y competencias propuestas en el programa de la Especialidad, con una dotación de formadores suficiente. En el caso de las EIR, existe una gran dificultad de encontrar tutoras en los centros de salud que cumplan criterios para serlo.

En ambos casos, es necesario marcar desde el inicio de las rotaciones los objetivos docentes de las mismas, para centrar la actividad hacia su consecución.

También presides una asociación que hace investigación interdisciplinar, ¿Qué medidas contribuirían a impulsar la investigación en el primer nivel asistencial?

Lamento ser reiterativa, pero uno de los principales obstáculos para que la investigación en Atención Primaria se desarrolle como merece, es la falta de tiempo para hacer investigación, por el colapso asistencial que venimos arrastrando. Existe una especie de dogma infalible que considera que la falta de tiempo es una característica idiosincrásica e inmutable en la Atención Primaria, una cualidad de falta de tiempo. Pero hay dos elementos claves en la pregunta que me planteas. Primero, la necesaria interdisciplinariedad de la investigación en una sociedad cada vez mas corporativa e individualista, en la que se tiende a olvidad que el foco de la investigación es el paciente, y que en la mejora de salud de las poblaciones hay muchos profesionales implicados que deben trabajar y, por tanto, investigar de manera colaborativa e interdisciplinar. Este es uno de los objetivos que nos animan a seguir adelante en nuestra sociedad científica REAP (Red Española de Atención Primaria). Sobre la segunda cuestión, de cómo impulsar la investigación en el primer nivel asistencial, además de la consabida falta de tiempo, que es urgente reconducir, habría que poner en valor la investigación que se hace y se puede hacer, desde los centros de salud, desde al ámbito poblacional, comunitario, epidemiológico, de evaluación de intervenciones desde la Atención Primaria, modelos organizativos... Hay muchas preguntas sin resolver, muchas necesidades de los pacientes sin respuesta, y mucha masa crítica de profesionales en Atención Primaria preparados, cualificados y deseosos de investigar en unas condiciones dignas que actualmente no se dan. La Ciencia tiene que dar prioridad a la investigación en Atención Primaria que es realmente costo-efectiva y cuyos resultados y nuevas evidencias generadas pueden ser de aplicabilidad directa al sistema Nacional de Salud.

Marisa Fernández Ruiz. *Enfermera Centro de Salud Rafael Alberti de Madrid.*

En tu experiencia en la clínica y en la actividad sindical, ¿cuáles son las fortalezas de la enfermería de Atención Primaria en este momento?

Para mí la primera fortaleza es y ha sido el reconocimiento de la población a nuestra labor. (y no hablo de aplausos). La segunda, la capacidad de adaptación a los roles y competencias en nuestra profesión. Los cuidados, la promoción y prevención ha quedado claro en esta Pandemia, que son patrimonio de la enfermería.

¿Qué necesita enfermería para reforzar su papel en la Atención Primaria?

Principalmente que la dejen desarrollar sus COMPETENCIAS. Que aumente considerablemente el número de profesionales de esta categoría. (Enfermera Familiar y Comunitaria).

Sería deseable que el número de profesionales de Enfermería fuese mayor que el de Medicina, como sucede en muchos otros países. Por otro lado, estamos en un momento muy importante por muchos y variados motivos para que la Enfermería de el paso de liderar los EAPs, puesto que su papel es fundamental para la mayoría de la resolución de los procesos que en estos se dan.

¿Qué tres medidas de las once del manifiesto "Salvemos la Atención Primaria" destacarías y por qué?

Después de 40 años de ejercicio profesional he aprendido que lo más importante del trabajo es la relación con nuestros pacientes.

Para mejorar la situación, en el caso de Madrid donde trabajas, ¿es suficiente con tener más profesionales o se necesitan cambios organizativos?

Más profesionales, es indispensable. Pero además se necesitan numerosos cambios organizativos. Hay que adaptar mejor los profesionales de los Centros a las necesidades de la población que se atiende. Para lo que sería deseable hacer un buen diagnóstico de salud de área/zona básica. Por ello habría que recuperar las Áreas de Salud.

Es urgente volver a " ser Equipos ", y no profesionales caminando por libre. Necesitamos equipos directivos comprometidos con AP y no solo correas de transmisión de la Consejería de Sanidad.

Xosé Mª Dios Diz

Médico de Familia. Centro de Salud de Outes (A Coruña). Doctor en Medicina Geriátrica. Diplomado en Geriatría. Portavoz de la Plataforma SOS Sanidade Pública de Compostela. Secretario de la Asociación Galega para a Defensa da Sanidade Pública.

Cada autonomía tiene sus peculiaridades asistenciales y las competencias están transferidas, ¿cuál es la situación de la Atención Primaria en Galicia?

Si queremos resumirlo en una palabra: "catastrófica".

El por qué son 12 años de gobierno del PP con Feijoo a la cabeza, que está realizando un desmantelamiento del Sistema Sanitario Público en Galicia. La AP está tan deteriorada que todos los agen-

te sociales estamos pidiendo más personal y más infraestructuras. La propaganda del "vamos a hacer..." ya no es creíble y la inversión en personal es cada vez menor. Estamos pidiendo 200 millones de inversión inicial solo en AP, pero la administración no lo considera.

¿Qué necesidades tenéis identificadas para mejorarla?

La principal es el factor humano. En Galicia se están realizando contratos de horas, cuando vas a trabajar días, de días cuando trabajarás semanas y contratos de larga duración que se dan en contratos sucesivos (denunciado por el Tribunal de Cuentas y por el Valedor do Pobo). La precariedad laboral es evidente y non se da estabilidad a los sustitutos. Lo de la conciliación: ni está ni se espera. Tenemos Residentes escasos, pero porque la administración de Feijoo no se preocupó en crear las Unidades Docentes que se precisan para poder dar tutorización de calidad.

Tenéis una dilatada y exitosa experiencia en la colaboración y movilización ciudadanas, ¿cuales son las claves para implicar a la población?

El acuerdo que tenemos en Galicia es a través de la Plataforma SOS Sanidade Pública de Galicia, y es una relación de fidelidad a una fórmula que engloba a Sindicatos, Partidos Políticos, Asociaciones Profesionales, Científicas, de vecinos, etc. La relación es de una enorme generosidad por parte de todos y las decisiones se toman por unanimidad. Es una colaboración fructífera y con el objetivo de mejorar la Sanidad en Galicia.

La administración es cicatera a la hora de poner dinero para resolver los problemas

Tenemos también el Consello Técnico de AP de Galicia, donde 15 Comisiones Técnicas y 208 personas de todas las ideologías, estuvimos trabajando durante 2 años para realizar el Nuevo Modelo de AP en Galicia. La administración es cicatera a la hora de poner dinero para resolver los problemas y cada año invierte menos que en el año 2009 cuando llegó a la Xunta Feijoo (decir que llevamos 4 conselleiros de sanidade pero la política sanitaria sigue siendo la misma: desmantelamiento y falta de personal, con la consiguiente privatización del Sistema, incluso con conciertos con la privada que claman al cielo: Povisa o el Álvaro Cunqueiro).

Resumiendo: catastrófica. Tendremos el 14 de noviembre en Compostela otra gran manifestación que esperemos, (como la anteior), sacar 40.000 prersonas a las calles de Sanitago de Compostela).

salud2000

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS .....
DOMICILIO .....
LOCALIDAD ..... CP .....
TELÉFONO ..... CORREO ELECTRÓNICO .....
PROFESIÓN/CATEGORÍA ..... DNI .....
CENTRO DE TRABAJO ..... TELÉFONO ..... CORREO ELECTRÓNICO .....
Precio: 50€ anuales.
BANCO/CAJA ..... OFICINA
CUENTA .....
DOMICILIO ..... LOCALIDAD ..... CP .....
Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la revista salud2000
Fecha: ..... Firma

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid (www.fadsp.org) Tel.: 91 333 90 87. Fax 91 437 75 06 (ver direcciones en pág. 31)