



MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: 25 AÑOS DESPUÉS.

La Sociedad Extremeña de Medicina de Familia y Comunitaria (SExMFYC) hace un balance de la situación de la Atención Primaria tras veinticinco años de creación de la especialidad de Medicina de Familiar y Comunitaria.

El 29 de diciembre de 1978 se publicó en el Boletín Oficial del Estado el Real Decreto 3303/78 que contempla la creación de la Medicina Familiar y Comunitaria como especialidad médica en España, desarrollando el RD 2015/78, de 15 de julio donde por primera vez se hacía referencia. En el se dispone: “El médico de familia constituye la figura fundamental del Sistema Sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad”.

Se cumplen, pues, por estas fechas veinticinco años de tal efeméride que justo es recordar y analizar algunos aspectos de este ya dilatado recorrido.

Tras 25 años desde la creación de la especialidad, después de muchas ilusiones puestas, algunos logros y otras tantas decepciones, nos queda el reto de consolidar los esfuerzos realizados por los que nos antecedieron en conseguir una Atención Primaria que es modelo a imitar por muchos países del mundo y consolidar un proceso formativo de calidad cuyos profesionales son requeridos por sistemas sanitarios públicos de otros países, a la vez que son minusvalorados y maltratados por el propio.

La reforma de la Atención Primaria de Salud (APS) iniciada en la década de los 80 supuso un cambio en el modelo de atención en este primer nivel asistencial en cuanto a equidad, accesibilidad, generalización de la historia clínica, seguimiento programado de patologías crónicas, introducción de la cartera de servicios, actividades preventivas y comunitarias que supuso un avance en todo el Sistema Nacional de Salud con resultados importantes en términos globales de salud como se recoge en diferentes publicaciones. Destacar el trabajo de muchas personas, miembros activos de nuestra sociedad, que han contribuido a que podamos definir con mayor precisión un modelo de organización del sistema sanitario que todavía tiene que seguir hacia delante, algunas de ellas ocupando cargos de gestión en las administraciones sanitarias, para ir desarrollando el diseño de un modelo de entender la atención de las necesidades de salud de la población.

Sin embargo, en los últimos años la APS se ha estancado o empeorado, las inversiones han disminuido y siguen persistiendo carencias que debe resolver el Sistema Sanitario Público de Extremadura en esta época posttransferencias, sean o no atribuibles a ella.

Asistimos a un aumento de la demanda asistencial que viene determinado, entre otros, por los siguientes factores:

Mayores expectativas de niveles de salud por parte de los ciudadanos, convertidos en clientes y cada vez más críticos con respecto a la prestación de cuidados, el envejecimiento de la población, el aumento del índice de dependencias, el fenómeno de la inmigración, una mayor accesibilidad a los servicios sanitarios y facilidad de desplazamiento territorial de la población y el exceso de burocratización.

Es necesario dar nuevas respuestas a este incremento de la demanda y adecuar los medios de gestión, formación y distribución de cargas de los sanitarios. Esto redundará en mayores niveles de satisfacción para usuarios y profesionales y aumento de la calidad asistencial, entendida como aumento de salud y capacidad de resolución de problemas.

Durante este tiempo las dificultades no han sido pocas; en los primeros años grandes esfuerzos invertidos en la reivindicación de un justo reconocimiento a nivel laboral de la formación postgraduada, todavía no totalmente normalizada por el incumplimiento sistemático por parte de las diferentes administraciones de sus propios Reales Decretos, último ejemplo en la todavía sin resolver oferta extraordinaria del Insalud. No dudamos que la administración autonómica en sus futuras convocatorias de plazas y concursos de traslados lo hará consecuentemente y valorará la formación MIR como no lo ha hecho hasta ahora ninguna de las que le antecedieron escudándose en presiones de los sindicatos.

La organización de la atención continuada, principio básico de la atención primaria, fue, hace ya algunos años, una de las grietas por donde se empieza a resquebrajar el modelo. El dimensionamiento de los Equipos de Atención Primaria basado solo en la población y sin tener en cuenta que tenían que estar abiertos 24 horas, hizo que en poco tiempo el número de horas realizadas por los profesionales fuera insostenible y así nace el sistema de “refuerzos”, trabajadores ajenos al equipo que realizaban a mitad de precio el trabajo que no interesaba a los titulares (turnos de atención continuada, festivos, sustituciones en días incómodos, Su homologación salarial reciente, reivindicación laboral justa en la que no entramos, no soluciona el problema de fondo que es una perversión del modelo con profesionales que solo se dedican a una parcela muy limitada de su perfil profesional mientras los otros la abandonan, amen de crear

profesionales de primera y segunda división. En este sentido urge sentarse con la administración a definir lo que es la atención continuada, y que tipo de organización requiere.

La proliferación de Unidades Asistenciales específicas en el segundo nivel dedicadas a patologías muy prevalentes (léase hipertensión, tabaquismo, dislipemias, etc...) a la sombra de nuevos y costosos tratamientos es un intento desde otro frente por desestabilizar un modelo que empieza a resultar incomodo a determinados intereses. La vocación meramente asistencial de estas unidades, y no puramente docente e investigadora como sería deseable, solo redundara en un crecimiento artificioso de una nueva lista de espera interminable cuyos objetivos parecen estar muy lejos de una mejora en la atención al ciudadano.

Durante estos años hemos visto como la Medicina de Familia y Comunitaria asoma tímidamente en la Universidad. En Extremadura, en concreto la oferta de una asignatura cuatrimestral y optativa dentro del nuevo programa consideramos es todavía una presencia ridícula para una disciplina a la que se van a dedicar la mayoría de los licenciados.

Ha sido en el campo de la formación postgraduada donde mayor consolidación ha tomado la especialidad: grandes esfuerzos en aumentar el numero de plazas, muchos aciertos y algunos errores como el desdoblamiento en dos convocatorias del examen MIR durante cinco años. La, esperamos que inminente, aprobación del nuevo programa de la especialidad con cuatro años de formación, es imprescindible para la mejora en la capacitación del futuro medico de familia y desarrollar completamente su amplio perfil profesional.

Una medicina de calidad exige una formación continuada de calidad. La adquisición de nuevas habilidades y conocimientos, la puesta al día en nuevas técnicas y tratamientos no puede dejarse a la voluntad del trabajador como hasta ahora. Es la empresa la principal interesada en detectar los déficit formativos de sus trabajadores y la que debe facilitar su resolución para una atención de calidad y más eficiente.

La iniciativa de la Consejería Extremeña de crear una dirección general dedicada a la formación esperamos logre aglutinar esfuerzos e inversiones hasta ahora dispersos para conseguir este objetivo.

Pero es sin duda el campo de la asistencia el que más preocupa al ciudadano. En este sentido, y tras el, ya no tan reciente, traspaso de competencias en materia sanitaria, la SExMFYC manifestó hace algunos meses su preocupación por algunas decisiones que afectaban al ámbito de la atención primaria y que no estaban siendo bien entendidas por los profesionales.



Aproximadamente un año después, tras cambio de gobierno y de estructura en la Consejería y el Servicio Extremeño de Salud, los profesionales seguimos sin conocer cuales son las líneas estratégicas del SES, se sigue trabajando en función de una cartera de servicios obsoleta y cuya evaluación es ficticia, la burocracia en las consultas aumenta incesantemente ocupando ya mas del 30% del tiempo, mientras la tan traída y llevada informatización de los centros de salud no acaba de llegar. Algunas medidas aisladas puestas en marcha para mejorar la accesibilidad (citas centralizadas y turnos de tarde) han servido para poner de manifiesto la enorme presión asistencial que sufren algunos centros urbanos pero desconocemos su repercusión real en términos de mejora de accesibilidad, satisfacción del usuario y calidad en la atención. Si sabemos que la cita centralizada ha vaciado los centros de salud los lunes y los ha saturado martes y miércoles. En cuanto a las consultas de tarde se extiende ahora a los centros rurales, sin haberse publicado que conozcamos una evaluación de su funcionamiento hasta ahora, obedeciendo a acuerdos sindicales de homologación salarial y no a criterios de servicio al ciudadano. La SExMFYC esta de acuerdo en que determinados centros se abran por la tarde, si la demanda así lo requiere, pero no a costa de suspender la actividad de mañana, esto además redundaría en una reducción de los cupos acercándose a los estándares de calidad que reivindicamos desde hace tiempo: 10 minutos por paciente, un máximo de 25 pacientes por día y de 1.200 personas adscritas por médico. El traspaso de la coordinación de las emergencias sanitarias (112) a la Consejería de Presidencia supuso una serie de desajustes en el funcionamiento del servicio que esta sociedad ya explicito en anteriores manifestaciones(movilización de dispositivos, falta de coordinación entre equipos de atención primaria y sus Unidades Medical izadas de referencia, duplicación de recursos, tardanza en movilización de dispositivos convencionales, interrupción injustificada de consultas,) La SExMFYC solicito y obtuvo el compromiso del SES de la creación de una comisión técnica que evaluase la calidad del servicio así como una auditoria externa del área sanitaria del centro coordinador sin que hasta ahora se haya producido. La, evidente y paulatina, retirada de competencias que sufre la subdirección de urgencias (relegada prácticamente a la organización de algunos cursillos) y de la propia Dirección General de Asistencia Sanitaria en beneficio de las Gerencias de Área, pensamos pueda ser el motivo que ha retrasado el inicio de estos trabajos.

Muchos temas se quedan en el tintero, pues no se pueden resumir cinco lustros en unas líneas, pero no querríamos terminar estas reflexiones sin hacer algunos apuntes sobre cual debe ser el futuro inmediato por el que debe apostar la Medicina de Familia, que inexorablemente debe ser por potenciar aquellas áreas que no han podido ser plenamente desarrolladas en estos últimos 25 años, especialmente la atención comunitaria mediante la inclusión de las Actividades



Comunitarias en la Cartera de Servicios de Atención Primaria, la creación de Unidades de Apoyo de Promoción de la Salud y Participación Comunitaria (UAPS y PC) en cada Área de Salud y Que la Administración Sanitaria evaluación e incentivación anual de las Actividades Comunitarias, desarrolladas por los Equipos de Atención Primaria .

Sin olvidar las Actividades de intervención familiar, apellido de nuestra especialidad y desgraciadamente relegadas a un segundo plano por imperativos de la demanda, así como la atención domiciliaria programada o la atención al anciano y al adolescente.

Es tiempo también de potenciar el desarrollo de las AREAS DE CAPACITACIÓN, que surge de la LOPS (Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias) promoviendo la definición de los diferentes perfiles profesionales derivados de la especialidad: Urgencias y Emergencias, Técnicos de Salud, Gestores Clínicos.

Somos conscientes de que potenciar este tipo de cuestiones, no es rentable desde el punto de vista mediático ni sus resultados pueden verse en los tiempos en que habitualmente se manejan los políticos, mas preocupados por la ultima novedad tecnológica, el ladrillo o la reducción de las listas de espera del segundo nivel a base de “peonadas” en un efecto muelle interminable para regocijo de los beneficiarios de este aguinaldo intermitente. A pesar de todo la Sociedad de Medicina Familiar continuara los próximos 25 años “sin esperar tiempos mejores sino haciéndolos mejores” y apostando para que la Atención Primaria de Salud se tome el papel clave dentro del Sistema Sanitario Público que debe tener, respetando y adaptando los principios de la misma a la nueva realidad.

Badajoz, 29 de Diciembre de 2003.

Juan Antonio Cordero Torres

Presidente de la Sociedad Extremeña de Medicina de Familia y Comunitaria (SExMFYC)