

# AP: adolescente de 30 años con potencia y déficit de crecimiento

La atención primaria española no es una utopía, es una realidad satisfactoria, pero con muchas necesidades y retos. Después del estirón inicial, el progreso del 'pilar' del SNS está estancado.

**DIARIO MEDICO.** Álvaro Sánchez León. Madrid |  
alvaro.sanchez@colaboradoresunidadeditorial.es | 07/04/2014 00:00

---

En enero de 1984 se aprobó el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud: el epicentro normativo con el que se regulaban los equipos de atención primaria. 30 años después, el primer nivel asistencial sigue muy vivo, pero con muchas deficiencias que acaban por sepultar los progresos sanitarios y sociales que ha liderado hasta el momento. Las condiciones laborales, la falta de financiación, y las escasas expectativas de desarrollo profesional de sus profesionales, entre otras cosas, han hecho que con 30 años de vida, la atención primaria siga siendo una adolescente con algunos logros y mucha potencialidad, pero con un importante déficit de crecimiento.

A pesar de los años de quejas casi constantes y de la pasividad administrativa, la falta de evaluación seria sobre la atención primaria ha sido también protagonista de su estancamiento.

- La atención primaria sería el nivel ideal pensado en 1984 si tuviera más recursos, menos burocracia, más conexión con el hospital, y una política laboral digna y atractiva
- 

Diario Médico ha reunido a cuatro médicos de Familia reconocidos por su compromiso con el primer nivel asistencial: Salvador Casado, del Centro de Salud de Collado Villalba (Madrid) y autor del blog La consulta del Doctor Casado; Ana Pastor, exvicepresidenta de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc) y actual secretaria general de la Federación de Asociaciones Científico Médicas de España (Facme); Santiago Álvarez, médico del Centro de Salud de Torreldones (Madrid) y tutor MIR de la especialidad, y Clara Benedicto, joven especialista de Familia, que en estos días ejerce como suplente en Urgencias, conocida por el impulso de iniciativas como 12 meses, 12 causas para atención primaria. Dos mujeres y dos hombres. Tres seniors y una junior. Dos referentes del mundo 2.0. Una responsable de sociedades científicas y un tutor. Cuatro entusiastas de la Medicina de Familia.

## **un ideal nada utópico**

La impresión de los cuatro ponentes coincide en que la atención primaria española no es una utopía, sino

una realidad satisfactoria, con muchas necesidades. Analizando el modelo actual con el realismo que se vive en la trinchera, Casado cree que, de momento, se ha perdido la oportunidad de que primaria "sea el centro del campo desde el que se reparta el juego sanitario. El Sistema Nacional de Salud (SNS) sería más eficiente con un primer nivel que supere las dificultades que encuentra para desarrollar toda su potencia".

Pastor destaca la misma impresión con una metáfora demoledora: "La atención primaria es la Cenicienta del sistema sanitario, cuando debería ser la princesa". E insiste en que las potencialidades son enormes, pero que después del estirón de finales de los años 80, el desarrollo de esas oportunidades se ha estancado.

Santiago Álvarez considera que la primaria española "es una realidad muy sólida y muy valiosa" -una cuestión en la que coinciden los ponentes-; sin embargo, "ese valor se nos escapa muchas veces a los profesionales, porque la sufrimos a diario especialmente". No es una utopía, aunque Martínez sí cree que "tiene mucho de ideal pendiente".

- El futuro a corto plazo del nivel requiere incentivos económicos y no económicos, aumentar el peso tecnológico y reducir en la consulta la "masa tumoral" burocrática
- 

Clara Benedicto resume su análisis con una figura televisiva de referencia: "La Medicina de Familia en España es todo lo contrario al Doctor House, que es muy resolutivo, muy tecnológico, se puede dedicar totalmente al paciente, ir a su casa, entrar en la esfera psicológica, tener en cuenta a la comunidad, no hace burocracia...". Con ojos de médico casi recién salido del horno, cree que la AP "está muy aquejada por la rigidez que se impone desde dentro y desde fuera. Creo que está infantilizada".

Aunque los cuatro admiten que hay mucha disparidad, que cada centro de salud de cada provincia tiene sus propios matices, como refiere Casado, "si la AP es la Cenicienta del SNS, dentro de la primaria, la Medicina Rural está especialmente maltratada".

### **La AP a corto plazo**

¿Y cómo debería ser la atención primaria en un futuro a corto plazo? Ana Pastor lo tiene muy claro:

"Primaria debe ser todo lo contrario a Gran Hermano: un nivel supervisado, controlado, falto de flexibilidad... La estructura y el modelo es el adecuado, pero necesitamos más autonomía, transparencia y elasticidad. Lo ideal sería que la política no influyera en las decisiones sobre sanidad, y en concreto, sobre atención primaria". Además, considera relevante que la AP del futuro a corto plazo cuente con más recursos, para que la "dotación sea digna y equiparable a la atención hospitalaria".

- Los retos prioritarios de AP son proponer alternativas constructivas desde dentro, consolidar la presencia en el grado y prestigiar a sus profesionales
- 

El primer nivel del futuro cercano al que aspira Álvarez incluye tres pautas principales: "Menos carga administrativa, más uso seguro de los recursos tecnológicos, y más medios para que los médicos de Familia disfrutemos de la relación con los pacientes y no nos centremos sólo en ser eficaces".

Sobre el uso de la tecnología en AP, Benedicto pone un pero: "Que la tecnología se use como herramienta, y no como novedad. De lo contrario, generaremos dependencia en vez de posibilidades".

Casado ve el futuro inminente en dos escenarios: el bueno y el malo, todo depende de "si se toman las decisiones y se emprenden las acciones oportunas para rebajar la presión asistencial". Su propuesta fundamental es seguir el camino de la tendencia social "y se cablee la primaria a todos los niveles para conectarnos entre nosotros, que circule información entre pares, que nos permita estar cerca del hospital, y que facilite la conexión con los superiores".

- El actual modelo vale, pero dotándolo de más autonomía, más transparencia y elasticidad. Lo ideal, que la política no influyera en las decisiones
- 

Para lograr remontar el tiempo perdido y madurar al ritmo del tiempo, los cuatro ponentes establecen sus retos. Muchos de ellos son deberes que ellos mismos se imponen y proponen a sus colegas, y al resto de profesionales de primaria. Otros son deberes que corresponden a gestores, políticos, y a las instituciones que, oficialmente, representan a un colectivo amplio como el de los médicos españoles que ejercen en el primer nivel.

### **Retos prioritarios**

Los retos obligados del presente para evitar la parálisis son, según Casado, "reinventarnos, porque nadie da ideas en el contexto oportuno. Hay muchas charlas de café en las que arreglamos el mundo, pero nunca se ha debatido en serio cómo volver a empezar con la experiencia de ahora. Y, claro, de nada sirve que haya propuestas si después no son escuchadas por quien corresponde". Además, el autor de La Consulta del Doctor Casado destaca el reto de la incentivación en el primer nivel: "O se incentiva y se hace bien, o todos iremos a menos. Y cuando hablo de incentivar hablo de incentivos económicos y no económicos".

Ana Pastor ve en la atención de calidad al paciente crónico un reto prioritario. "Ahora que está de moda, debemos demostrar que nosotros, que los hemos hecho desde siempre, lo sabemos hacer muy bien y tener nuestro lugar, en este ámbito, dentro del sistema". Por otra parte, destaca como reto la presencia en

la Universidad, "que se amplía, pero que hay que consolidar, porque todavía Medicina de Familia no es un área de conocimiento".

La secretaria general de Facme subraya además que es el momento de que los médicos de primaria "nos hagamos atractivos para los demás y seamos capaces de vender bien todo lo que somos y todo lo que hacemos", y resalta además la importancia de "conseguir que los empleos en AP sean dignos".

Álvarez observa tres retos: "Competir duramente y deportivamente con atención hospitalaria a la hora de ser resolutivos, reducir al máximo la masa tumoral burocrática, y defender el propio criterio clínico frente a injerencias externas". Benedicto apunta otros tres: "Hacer una reflexión sobre lo que queremos ser, retomar la cultura de la evaluación y la autocrítica, y ser dueños de nuestras decisiones clínicas".

## **CONCLUSIONES**

---

La AP no es una utopía Aunque tenga deficiencias, la AP está consolidada, tiene una gran potencialidad y cuenta con buenos profesionales capaces de seguir avanzando. frenos externos La lentitud y la pasividad de medidas políticas han estancado el crecimiento del nivel. Además, los médicos echan en falta un compromiso real de los colegios, las sociedades y los sindicatos, y reclaman nuevos órganos de representación. frenos internos Las quejas sin propuestas, la pobre valoración del propio trabajo del médico, y la débil unidad de los equipos de AP sin el concurso de enfermería merman el éxito. conexión La AP del futuro debe conectar más a todos sus profesionales entre ellos, con el hospital y con los gestores. Lo contrario aislaría al pilar del SNS. trabajo digno Ejercer en primaria debe ser atractivo. Al menos, la tendencia debe ser lograr empleos dignos que fidelicen a los médicos de ayer, de ahora, y de siempre.

## **VOZ EN OFF. Del atractivo de ser médico de Familia**

---

Entre todos los participantes en el debate abierto sobre primaria en Ippok, la red social de Diario Médico y Correo Farmacéutico que agrupa a los profesionales de la salud, el consenso es unánime en las respuestas a la siguiente pregunta: ¿Cree que la Administración hace atractivo ser médico de primaria? Todos coinciden en que "no". "Nada". "En absoluto". Entre ellos, Abdón Camacho enfatiza: "La Administración ha convertido la atención primaria en una burocracia sin sentido".

Los participantes en el debate abierto a la red señalan sus recetas para conseguir que la AP despegue de verdad después de 30 años de vida. Andoni Cobreros reclama "más participación de los profesionales". Eduardo Maldonado pide "mejores sueldos y condiciones laborales". Araceli Tezanos se conforma con solicitar "ilusión por el trabajo" y pone así el foco sobre la propia actitud del médico.

Otros lectores se centran en el paciente, y demandan "mayor libertad de actuación con el enfermo" (Carmen Ortiz) o "más tiempo con el usuario, más rapidez de diagnóstico, no escatimar en pruebas y

estar al día en tecnología para futuros diagnósticos", según apunta Trinidad Delgado.

María del Pilar Rodríguez, sin embargo, lanza la receta a los despachos oficiales: "Que los políticos se crean que la sostenibilidad del sistema y su racionalidad dependen de la AP".

En la línea de las reclamaciones históricas dentro del nivel, Eduardo Canto pide "presupuesto propio".

Coincide con él Jerónimo Carrillo, que dispara en dos direcciones: "Mayor presupuesto" y "adoptar medidas para mejorar la respetabilidad que se merecen sus profesionales".

Inmaculada López sugiere una receta original: "Implantación de las relaciones entre médicos y farmacéuticos, para que puedan trabajar conjuntamente. Gana el paciente". José Luis Navarro considera que la clave del avance real del nivel podría centrarse en lograr "una gestión menos politizada y más encaminada a la relación coste-beneficios de sus acciones". María Dolores Rubio prefiere recomendar "mayor implicación del médico de atención primaria en el seguimiento de patologías complejas".

Francisco Javier Sada hace una enmienda casi a la totalidad. Su receta para avanzar es "reinventarla de nuevo, desfuncionarizarla, sobre todo entre el personal médico, y que los centros de salud funcionen como empresas".

¿A qué debe aspirar la atención primaria? Luis Gallardo tiene claro que lo primero es "la cobertura universal al cien por cien de la población". Pablo Ortiz pone el listón en "captar más del 80 por ciento de la patología". Para Eva María de la Torre, ese porcentaje es suficiente si llega al 75 por ciento.

Eduardo Canto prefiere antes que el primer nivel asistencial "alcance la capacidad de autocrítica y de medir sus resultados en salud", y Nieves Sanz vuelve a colocar el foco sobre los propios profesionales, y su aspiración prioritaria es que "mejore su consideración".

José Daniel Gómez cree que la AP debe caracterizarse por la "resolución eficaz de los problemas médicos y sociosanitarios", y Juan Vidal ve que tiene potencia para ser "el regulador" del SNS.

El objetivo fundamental para José Manuel Soto está en lograr "una mayor relación entre médico y enfermería, y entre médicos y pacientes". Andoni Cobreros ubica su reto clave en "la autogestión" de las unidades básicas de salud.