

Los médicos de familia se sienten «saturados» frente a una demanda mayor y más exigente

Los ciudadanos exigen cada vez más prestaciones y los médicos reclaman más medios de atención

09.10.07 - 07:57 -

MARIO GARCÍA |

SAN SEBASTIÁN. DV. Los médicos de Atención Primaria de Osakidetza dicen sentirse «saturados» ante el aumento de la demanda asistencial, fundamentalmente atribuida al envejecimiento de la población. Osakidetza replica con los datos contenidos en el preacuerdo alcanzado con los representantes de los facultativos, que prevé 188 nuevas plazas. Entretanto, los usuarios reclaman una atención cada vez más exigente. Todo ello configura una situación en la que subyace la necesidad de cambios para mantener un modelo que asegure las prestaciones.

La situación: Más consultas

– ¿Les parecen suficientes las inversiones y los equipamientos?

– Begoña Gutiérrez. Desde el año 2000 al 2006 se han creado 115 plazas de médico de familia, y hay otra expectativa de creación de 188 plazas, de aquí a dos años. Han aumentado los médicos, pero no así la población, y los inmigrantes no son muchos. Nos encontramos a la cabeza de todas las comunidades, sólo por debajo de Asturias. En cuanto a inversiones, desde el 2000 han sido constantes y han servido para reformar o crear 68 centros de salud.

– Agustín Gutiérrez. Esos datos no coinciden con los que disponemos. Con el tema de la creación de plazas, no nos salen por ningún lado las 115, sino cincuenta y tantas, cuando además el número de pediatras se ha reducido. Y sobre las creación de las 188 es un compromiso que esperemos se plasme. Según los datos que da la propia Osakidetza, las consultas han aumentado en este periodo el 13% en medicina de familia y el 17% en pediatría. El incremento de consultas no se debe al aumento de la población, sino al envejecimiento y a una mayor demanda de servicios. Y en cuanto a la inmigración, sólo con la legal, estamos en 50.000 cartillas, que es la población asistida normalmente para unos 30 médicos.

– Andrés García. En veinte años, la participación de la Atención Primaria en el conjunto del gasto sanitario ha ido decreciendo. Esto tiene su reflejo en cifras estructurales, como los ratios médico-número de pacientes. Otra cuestión es que el nivel de gasto sanitario no corresponde al nivel de riqueza de este país. Y esto es especialmente visible en la Atención Primaria. En el caso de las TIS, por ejemplo, nos fijamos en el número absoluto cuando lo que hay detrás es una carga de trabajo. El número de TIS que se podían tener hace 25 años no es equiparable a los que tiene hoy un profesional porque las expectativas de la población han cambiado.

– Salvador Asenjo. Inversiones insuficientes y equipamientos escasos son el origen de los problemas que después se reflejan en el paciente mediante listas de espera, negligencia o trato inadecuado. Por lo que llega a la asociación, el año pasado, por ejemplo, en el País Vasco hubo 650 denuncias de todo tipo, y de ellas 225 fueron en Gipuzkoa. No obstante, este es un porcentaje mínimo, porque es una denuncia presentada ante una asociación, cuando hay otras muchas.

Plano profesional: Trabajo y salario

– A más prestaciones, más atenciones, pero ¿más plantilla y mejores salarios?

– Begoña Gutiérrez. No conozco a nadie que diga que se siente suficientemente bien pagado. Todo es mejorable y ha habido mejoras sustanciosas. Pero, entrando en la problemática profesional, en relación a la saturación, no se pueden analizar las cargas de trabajo matemáticamente, es decir, no se puede establecer que un número de usuarios asignados a un médico representa más carga de trabajo que otro con un 20% menos. ¿Por qué? Porque en la sobrecarga del trabajo influyen aspectos como edad, sexo, nivel socioeconómico, nivel social, la carga de enfermedad, la organización... 1.500 personas no supone menos carga de trabajo que 1.800, porque depende de cómo sean. En la frecuentación influye, además del número de usuarios, lógicamente, la oferta que se da –la experiencia nos dice que la oferta crea demanda–, y el estilo de vida: somos una sociedad muy medicalizada y que exige soluciones rápidas.

– Agustín Gutiérrez. A falta de poder aplicar un modelo matemático, que es complejísimo, lo que más se me transmite es que hay una sensación generalizada de saturación, de sobrecarga. La demanda se ve en el día, pero se ve encorsetándola lo máximo posible. La consulta viene a durar entre cuatro y cinco horas y da lo mismo que haya 25 ó 45 pacientes. Los diez minutos de la campaña no suponen un cálculo perfecto, pero sí una aproximación lógica. Lo razonable es que el médico atendiera al día entre 20 y 25 consultas. Y para ello, los ratios nos llevan constantemente a una población por médico de 1.200 pacientes, e incluso de 1.000. Y es que en Euskadi, cada médico tiene que atender del orden de unas 8.500 consultas al año. Desde ese punto de vista, no me cabe ninguna duda de que hay una sobrecarga laboral. En cuanto a la cuestión salarial, efectivamente todos creemos que nos merecemos más de lo que ganamos, pero un salario es bueno para un colectivo en tanto ese colectivo se siente satisfecho con ese salario, y los médicos no están satisfechos.

– Andrés García. El salario no sólo es dinero, y durante una época larga se ha priorizado más el tiempo que el dinero. El profesional ha sido receptivo al tiempo y la Administración lo daba porque le salía a coste cero. Así se ha llegado a las 35 horas. Pero se ha producido un fenómeno de pérdida de poder adquisitivo del 15% en los últimos años. La contención del gasto sanitario ha sido en base la contención del gasto salarial. Y existe otro asunto esencial, que es el relevo generacional. Aquí, con la generación del baby boom, hemos vivido un fenómeno peculiar de exceso de mano de obra y sólo por ello se puede entender el tipo de contratos a los que hemos llegado, contratos en condiciones leoninas para un profesional. Pero esto se ha acabado. Esa generación se jubila. En cinco años habrá un grave problema en la atención hospitalaria, y en diez años, en la de Primaria.

– Begoña Gutiérrez. La llave de abrir o cerrar el número de alumnos en las universidades no la tienen las comunidades. No hay planificación porque no se ha sabido prever. La entrada de alumnos para hacer las especialidades tampoco se puede regular

desde las comunidades. En efecto, hay que buscar una solución, pero que no pase por descapitalizar a otras comunidades, ni a otros países. El relevo generacional va a estar complicado, pero que conste que en esto la responsabilidad no es ni del Departamento de Sanidad ni del Gobierno Vasco.

– Andrés Gutiérrez. Sí y no. Hay una bolsa de profesionales, incluso muy formados, que abandonó la profesión y se ha dedicado a tareas paramédicas, o a la actividad privada, unos profesionales que serían fácilmente reabsorbibles si se ofreciesen unas condiciones de trabajo dignas.

La visión del paciente: Víctimas o verdugos

– ¿En estas circunstancias, cómo es la relación con el paciente?

– Salvador Asenjo. La voz del paciente debe oírse en aquellas mesas donde se sienta la gente para intentar solucionar los problemas. A fin de cuentas es el destinatario de la sanidad. Además, lo es en doble sentido porque al final sufre las consecuencias de que el sistema funcione o no. Al margen de ello, hay una serie de situaciones que se deben destacar. Una de ellas se refiere a las deficiencias en el trato. En estos casos, si esa persona recibiera una palabra de disculpa, simplemente la atención de prestarle oídos, bastaría para que muchas de las denuncias no se produjeran. Muchos de los problemas que han llegado a mi despacho tenían una solución facilísima, sin necesidad de acudir a los tribunales, y no ha habido forma humana de resolverlo. El Servicio de Atención al Paciente no sirve más que como referencia estadística y para dar la razón a la persona que llega con una queja con el fin de rebajar la tensión.

– Begoña Gutiérrez. La mayor parte de los problemas son de comunicación. Los médicos nos hemos formado mucho en la parte de la química y poco en la parte de la comunicación. Y la entrevista es la herramienta con la que trabajamos. Pero no es menos cierto que cada año se producen 8,5 millones de consultas en medicina de familia y afortunadamente el porcentaje de quejas y reclamaciones es muy bajo. Respecto al Servicio de Atención al Paciente, sí cumple una función y puedo decir que todas las reclamaciones son contestadas.

– Agustín Gutiérrez. Visto desde el otro lado, los que tenemos cierta edad nos hemos educado en una medicina paternalista, acorde con un régimen político dictatorial. Y luego hemos tenido que evolucionar. Desde este punto de vista, la perspectiva es que antes el médico todo lo hacía bien y si salían las cosas mal era porque Dios lo había querido; ahora, si las cosas no salen bien es porque el médico ha hecho algo mal. Ni era antes así, ni lo es ahora. Pero esta circunstancia ha introducido un nuevo factor entre médico y paciente: el miedo. Los médicos no tenemos miedo a la responsabilidad civil, porque está cubierta por un seguro; tenemos miedo a la responsabilidad penal y sus consecuencias profesionales.

– Andrés García. La relación médico-paciente en general es aceptable; no obstante es una relación muy poco flexible, y tenía que ser mucho más explícita la tabla de obligaciones y derechos del profesional, pero también del paciente. Detrás de eso lo que hay es una distribución de recursos que, dependiendo de la presión a la que se someta al profesional, puede influir en uno o en otro sentido.

– Salvador Asenjo. El temor que más le acucia al médico es el de la responsabilidad penal. Pero la responsabilidad penal en este área es algo absolutamente anormal. No obstante, siendo que la inmensa mayor parte de las reclamaciones son civiles, la actitud del médico es la misma que si la actuación fuera penal. Porque, como decía antes, la solución de una gran parte de los casos podría llegar de una forma negociada. Y esto no lo quieren entender los médicos. Es como un atentado a su dignidad profesional cuando alguien les reclama algo. Respecto a las agresiones a sanitarios, hay veces que tienen un antecedente en otra agresión que el paciente ha sufrido, que no tiene por qué ser física, sino verbal o de menosprecio.

– Andrés García. Nuestro sistema permite el acceso al cien por cien de la población y eso, en algunos momentos, origina conflictos, y los origina porque hay intereses en juego: el profesional los tiene y el paciente, también. El que viene a mi consulta pensando que le voy a dar una baja, porque mientras tenga la baja no paga la cotización de autónomos, si yo no se la doy, la percepción que tendrá de mi consulta será muy diferente a si se la doy.

– Begoña Gutiérrez. La visión del usuario sobre la sanidad, en general, es buena. Cuando se trabaja con personas, el conflicto a veces es inevitable, pero la inmensa mayoría de las relaciones son correctas. Lo que llega a los abogados es una mínima parte. Respecto a las agresiones, es cierto que van en aumento y que la mayoría no se denuncian; también la mayoría no se relacionan con situaciones límite, sino con comportamientos humanos de incorrección.

Soluciones: Urgen cambios

– ¿Qué soluciones proponen?

– Andrés García. La necesidad hace que se llegue a acuerdos y Osakidetza ha llegado a un acuerdo con el Sindicato Médico. Por primera vez se introducen una serie de costes que hasta ahora no se tenían en cuenta y se plantean cambios estructurales sobre la carga de trabajo. Pero el tipo de atención que estamos prestando no garantiza las expectativas de la población en general. Hay que introducir modificaciones estructurales, pero si lo que Osakidetza quiere es pasar el tiempo hasta las nuevas elecciones, muy bien; pero los problemas de base quedarán inconclusos y el sector terminará saltando.

– Agustín Gutiérrez. El acuerdo que hemos llegado con Osakidetza va dirigido a calmar el tráfico. Vamos a tener más médicos, vamos a cambiar un poco el modelo retributivo, vamos a empezar a definir cargas laborales. Y es que necesitamos ese parche. El modelo estaba explotando por las costuras. Pero ese parche tiene que servir para introducir una reflexión sobre dónde tiene que ir el sistema de Asistencia Primaria. El sistema necesita enormes modificaciones. Se echa en falta mayor libertad entre médico y enfermo. Y en lo que respecta a los profesionales, un cambio radical en el estilo y las formas de gobierno de los centros de salud.

– Begoña Gutiérrez. Podemos hablar de cambios organizativos, pero no de modelo. El modelo que tenemos es público y con asistencia universal y universalizada. Y ese modelo yo espero que no cambie nunca. La asistencia tiene que estar bien organizada, pero no hay que dramatizar, ni utilizar a los usuarios como moneda de cambio. Tendrá que haber cambios organizativos, pero el modelo no está en crisis.

- Andrés García. Me refiero al modelo agotado del hospitalcentrismo, cuando se sabe que en los países avanzados el sistema gira en torno a la Primaria.
- Begoña Gutiérrez. Evidentemente, la Atención Primaria es la puerta de entrada en el sistema y donde se resuelve más del 95% de las atenciones. A todos nos gustaría que tuviera más peso. Pero aun así, tenemos una Atención Primaria que es la joya de la corona. Mejorable, muy mejorable, pero es nuestra joya. n
mgarcia@diariovasco.com

Diario Vasco