

Mercedes Pérez Fernández y Juan Gervas Camacho.
Médicos generales de Atención Primaria. Buitrago de Lozoya (Madrid)

«Es importante mantener el cupo, que el servicio sea gratis en el punto de atención y la financiación pública»



A principios de la década de 1970, cuando empecé la carrera, los veía por los pasillos del Departamento de Anatomía de la Facultad de Medicina de Valladolid; yo no sabía quiénes eran, sólo que estaban interinos en la cátedra del profesor Pérez Casas. Les perdí la pista durante años hasta que volví a encontrarme con ellos a mediados de los 80, convertidos en agitadores o animadores de una atención primaria que pedía reformas. Recuerdo con especial cariño un encuentro de médicos rurales en Arévalo. Ellos empezaban a ser conocidos por sus investigaciones y por sus publicaciones basadas en aspectos esenciales del funcionamiento de las consultas, como por ejemplo un libro sobre registros que fue muy difundido y utilizado. Con una constancia, un rigor intelectual y una intensidad inusuales para el común de los médicos de nuestro país, a lo largo de estos años han acumulado una labor investigadora, divulgadora y polemizadora que se puede rastrear en cientos de publicaciones y en decenas de foros de debate profesional.

Muchos años después de vida en común, cuatro hijos, siete nietos, muchos amigos, algunos enemigos (como todos, supongo), miles de pacientes atendidos, un libro sobre atención primaria en puertas, cientos de páginas de aportaciones científicas elaboradas en colaboración y un conocimiento contrastado de los sistemas de salud, convierten a Juan Gervas y a Mercedes Pérez Fernández en testigos privilegiados de los últimos 30 años de la atención médica primaria nacional e internacional.

En los últimos años estáis embarcados en unos seminarios que tratan de sugerir medidas innovadoras para la atención primaria. A vuestro juicio, ¿dónde se detectan novedades interesantes y dónde anquilosamiento en nuestra atención primaria?

En España hay poca innovación estructural global en primaria, como bien demuestra el anquilosado plan ministerial de AP21. Sin embargo, hay alguna cosa interesante, como el seguimiento del embarazo y la realización de atención ginecológica (implantación de DIU incluida) en Andalucía, o los intentos catalanes, gallegos y vascos de cambiar en algo el modelo. La cuestión de fondo es una atadura al equipo y al centro de salud que corta de raíz la innovación fresca y vital que necesitamos. Casi nadie imagina un mundo del tipo del descrito con Juan Simó en el texto «2015, el día a día de un médico de cabecera». ni las propuestas con Luis Palomo y Raimundo Pastor Sánchez en el informe «Veinte años de reforma de la atención primaria en España». Casi nadie ve al médico general/de familia como profesional independiente capaz de establecer redes funcionales con otros compañeros y otros profesionales, con una lista de pacientes y la provisión de servicios (gratuitos en el punto del servicio) polivalentes y de calidad. Lo que nos rodea es un piélago de estructuras prematuramente envejecidas, inca-

paces de responder a los cambios sociales, con la sangría de las clases medias (y altas) que las abandonan a su suerte, con las salas de espera ofreciendo atención de beneficencia a la clase baja, ancianos e inmigrantes.

¿Cuáles son las fortalezas y las debilidades de nuestra atención primaria?

La atención primaria en España llega hasta el último rincón geográfico, tanto en el mundo rural como en el mundo urbano. Eso es un tesoro consecuencia de la existencia del cupo (la lista de pacientes) que salvó *in extremis* José Manuel Freire en 1988 cuando fue consejero en el País Vasco. Tesoro es la espléndida dotación en medios materiales y personales, que asombra a todos los médicos extranjeros que vienen a visitarnos. Es decir, contamos con recursos potentes muy homogéneamente distribuidos. Con diferencias según CCAA, a favor en general de las gobernadas más tiempo por la izquierda (las peor situadas respecto a la «densidad» de centros/consultorios y personal son Madrid, Canarias, Murcia y Baleares). Entre las debilidades, la rigidez del sistema que, por ejemplo, ofrece un mismo modelo único de centro de salud *urbi et orbi*, absurdo en «las Españas» nuestras. Esta visión totalitaria se traduce en todo, incluso en lo que se presenta como innovación, tipo la

historia clínica centralizada y única (única por comunidad autónoma, irónicamente). El médico se encuentra trabajando asalariado en un modelo que le priva de autonomía, independencia, autoestima y responsabilidad, y responde con «el cumplimiento de la norma», que conlleva descrédito y cinismo. Por último, no se ha hecho una reforma procoordinación, y los pacientes vagan solos en la jungla de los hospitales y servicios especializados, sin que nadie, además, cruce las fronteras entre servicios sociales y sanitarios. Cuando se innova, de nuevo se hace con modelos centralizados y autoritarios, como la mala copia de la gestión de casos y de enfermedades de Andalucía y Canarias, donde se ha perdido la oportunidad de dar un papel fuerte y definido a los trabajadores sociales. Los enfermos precisan cuidados que no reciben de médicos, enfermeras y otros profesionales, y acaban en urgencias para todo. Las listas de espera para ver al médico de cabecera transforman a éstos en cuidadores de pacientes crónicos estables que cumplen con las citas; los demás pacientes y situaciones, a las distintas urgencias.

Los pacientes vagan solos en la jungla de los hospitales y servicios especializados, sin que nadie, además, cruce las fronteras entre servicios sociales y sanitarios

¿Cómo definiríais la respuesta profesional organizada a los retos que ha ido planteando la atención primaria en los últimos años?

Ha habido intentos muy positivos, como los liderados en tiempo de Albert Planes en la presidencia de SEMFYC, que casi consiguió la coordinación efectiva de las distintas sociedades. También cuando Guillermo Sierra fue presidente de la OMC, con Juan José Rodríguez Sendín de secretario. Pero en general los profesionales españoles de atención primaria tenemos asociaciones que no han liderado ni el cambio ni la innovación.

Si tuvierais que elegir un modelo de atención primaria y un país para ejercer, ¿cuáles elegiríais?

Con lista de pacientes, pago fuerte por capitación, complementos por pago por

acto, médicos generales como profesionales independientes, trabajo en casa o en pequeños centros de salud de propiedad privada, con dos o tres compañeros, contrato de personal auxiliar según necesidad, cupo de 2.000 pacientes. Dinamarca (en su defecto, Holanda).

Son conocidas vuestras críticas a la rigidez del modelo organizativo actual en atención primaria. ¿Qué forma de organización del trabajo asistencial os satisfaría? ¿Qué reformas introduciríais en el actual modelo de centros de salud?

A los profesionales hay que sacarlos de los centros de salud. Se podría hacer como en Eslovenia, poco a poco. El modelo no es el de las EBA catalanas, de nuevo con el centro de salud y los equipos como ejes. El modelo es el médico como profesional independiente trabajando en red. Los centros de salud se podrían dejar quizá para el grupo de profesionales que lo prefiriesen transitoriamente. Habría que apoyar la innovación y fomentarla para sacar a los médicos y enfermeras a trabajar sin el escudo falsamente protector de los centros de salud. Es importante mantener el cupo, que el servicio sea gratis en el punto de atención, y la financiación pública.

Frecuentemente se os ha acusado de defender modelos encubiertos de privatización, o de querer romper la atención primaria reformada; sin embargo, sabemos que sois firmes defensores del sistema sanitario público.

El único país del mundo desarrollado sin un sistema universal de cobertura pública de la población es EEUU. Sus resultados en salud son ejemplo vivo de lo que no se debe hacer. El sistema debe ser público, sin duda. Público, fuerte y capaz de atraer a las clases media y alta, con lista de pacientes y médicos generales profesionales independientes, como en Canadá (provincia de Ontario), Dinamarca y Holanda. Lo que privatiza de verdad es AP21 y las estrategias del mismo estilo en las CCAA, pues eso lleva al mantenimiento de la opción privada para los privilegiados de MUFACA y Cia., de las «entidades colaboradoras» y de los que pueden pagar la doble cobertura. Eso sí es privatizar *de facto*, aunque el discurso sea políticamente correcto de defensa del sistema público y de la atención pri-

maria como «eje y puerta de entrada del sistema».

El sistema debe ser público, sin duda. Público, fuerte y capaz de atraer a las clases media y alta

Una de las polémicas en las que habéis participado recientemente, especialmente Juan, ha sido la relacionada con la vacuna del papiloma humano, ¿qué razones avalan vuestras cautelas ante la vacuna?

En el mundo entero es una vacuna experimental, con un fundamento científico débil. Es una vacuna innecesaria en España, con incidencia y mortalidad por cáncer de cuello de útero bajísimas. Es un jugar con fuego, a brujos, de políticos que deciden sabiendo que no corren el menor riesgo si un día se demuestran los mismos efectos adversos que ya se viven con la vacuna contra el neumococo. Es un despilfarro.

Otra de vuestras obsesiones son las consecuencias indeseables de la medicalización: la iatrogenia de los propios sistemas asistenciales, el efecto en cascada de las intervenciones médicas, la prevención cuaternaria...

La actividad sanitaria es ya la tercera causa de muerte en EEUU (y suponemos que en España). Es decir, el sistema sanitario se ha convertido en peligroso, muy peligroso, y más cuanto más precoz e innecesario sea el contacto con el mismo. Como médicos estamos obligados a trabajar con el *primum non nocere* por bandera.

Estamos haciendo dejación de ese principio cuando, por ejemplo, transformamos tablas de riesgo (cardiovascular o de osteoporosis, por ejemplo) en tablas de decisión. Somos ignorantes atrevidos y arrogantes. Si Quevedo reviviera no zahería con facilidad de nuevo.

A vuestro juicio, cómo se transformarán los servicios sanitarios con la progresiva mercantilización de la enfermedad, supuesta o real, con la ampliación de lo que se consideran enfermedades, con la conversión del concepto de salud en «calidad de vida relacionada con la salud»...

Suponemos que habrá un sector de población que intentará evitar el contacto con el sistema sanitario, tipo los grupos «antivacunación» que ya existen. Otro grupo estará al tanto de las críticas que se hacen a la actividad excesiva del sistema sanitario y lo intentará utilizar adecuadamente. Pero los más caerán en las trampas de la medicalización, de las que no les salvarán ni políticos ni gerentes ni médicos competentes. Habrá cada vez más «medicina rápida» en mil formas de acceso inmediato para tontinaderías, del estilo de las Consultas Hospitalarias de Alta Resolución, o las miniclínicas en los supermercados y estaciones.

¿Creéis que los poderes públicos emplean los recursos y los medios necesarios para proporcionar a los profesionales la información científica suficiente para mejorar su toma de decisiones?

Hay recursos y medios más que suficientes, pero ni los políticos ni los gerentes tienen capacidad ni autoridad ni reconocimiento para utilizarlos adecuadamente. Buen ejemplo son las múltiples «agencias de evaluación de tecnología». Cada una con capacidad para la acción, pero sin que existan acciones coordinadas de las mismas capaces de influir/cambiar la práctica clínica.

¿En qué medida la recién nacida plataforma «NO Gracias» puede contribuir a dotar de transparencia la infor-

mación sobre el medicamento en España?

Es un intento loable, que al menos ayuda a mantener la dignidad de los profesionales. Desde luego, dará mucho de sí.

La preocupación por los aspectos éticos en el manejo de la información del paciente también es constante en vuestros escritos, especialmente de Mercedes, ¿cuáles son las amenazas que plantea la informatización de los datos clínicos?

La informatización no está dando poder en España a los pacientes, que es lo que se espera en la Unión Europea. Tampoco está dando transparencia al uso de recursos. Ni está dando la ayuda que precisa el médico en la toma de decisiones. Tal y como se plantean las soluciones totalitarias de historias clínicas electrónicas centralizadas es difícil asegurar la seguridad necesaria. Convendría que los miembros de la Casa Real y los miembros del Parlamento y del Senado fueran los primeros en estar incluidos en esas bases de datos, para dar ejemplo y confianza respecto a su seguridad. Convendría que los pacientes vieran reflejados sus valores en todo el trato con el sistema sanitario; valores más importantes cuan-

La informatización no está dando poder en España a los pacientes, que es lo que se espera en la Unión Europea

to la enfermedad nos hace vulnerables, débiles y dependientes.

¿Qué les hace falta a los médicos de atención primaria españoles para ganar poder y hegemonizar el sistema sanitario público?

Nos falta la propiedad de los medios de producción, autonomía profesional e impacto demostrado en salud, en costes y en la reversión de la Ley de Cuidados Inversos. Tenemos hasta cierto punto producción de conocimiento y satisfacción de los pacientes. Conservamos la lista de pacientes y el papel de filtro. Lo más urgente es lograr capacidad de coordinación (hacer una reforma procoordinación).

Una última pregunta: después de una vida personal y profesional en pareja tan fructífera, ¿os atrevéis a expresar un deseo que esperéis ver cumplido durante vuestra vida laboral?; bueno, mejor dos, un deseo personal y otro profesional.

En lo laboral, puesto que ya no creemos llegar a ver la reforma moderna y europea que defendemos desde hace treinta años, al menos esperamos ver que logramos pasar la antorcha a compañeros jóvenes inteligentes y determinados a lograrlo.

En lo personal, una ancianidad digna, sin cinismo ni amargura, y que la vida nos permita tener siempre la alegría y la buena fe que nos han guiado siempre. ■

(Entrevista: LP)