

Salvador Tranche

Presidente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)

«Estamos dejando un poco de lado el domicilio, y esto permite que se convierta en un elemento muy atractivo para otras entidades»



Silvia Estebarán
Fotografías: Lucía Diz

– En este número de la revista hablamos del «Maletín del médico de familia del siglo XXI». ¿Hacia dónde cree que evolucionarán los centros de salud en las próximas décadas?

– Es absolutamente necesario un nuevo modelo organizativo, ya que estamos demasiado anquilosados con un modelo que funcionó bien en el último tercio del siglo pasado, pero la sociedad ha cambiado y ahora muchas personas quieren inmediatez más que accesibilidad. Las nuevas tecnologías, la cita previa, el correo electrónico (incluso a veces nos contactan por WhatsApp)... Todo esto crea un escenario diferente. Las competencias de los médicos y enfermeras de familia han cambiado. Hacemos muchas más cosas de las que hacíamos hace 25 o 30 años. Y los auxiliares tienen una gran capacidad de organizar la consulta haciendo simplemente una pregunta, ya que hay personas que sólo necesitan un informe o alguna gestión burocrática.

Estos cambios organizativos tienen que producirse. Actualmente el profesional tiene una gran autonomía para

decidir, pero no tiene ninguna para la organización, la gestión de sus bases de datos o tomar decisiones sobre su población. Somos muy autónomos en la relación con el paciente a la hora de prescribir un tratamiento, tomar o compartir una decisión con él, pero no tenemos autonomía porque no disponemos de un acceso suficiente a la información.

Hay cambios en la capacidad de resolución. Afortunadamente, en muchas comunidades el médico de familia ya puede acceder a las pruebas al mismo nivel que en otras especialidades, y también estamos incorporando herramientas diagnósticas a la consulta: ecografías, retinografía, cirugía menor, dermatoscopia. Todo esto está mejorando mucho la capacidad diagnóstica y, por tanto, la capacidad para resolver es cada vez mayor si nos dan los medios para hacerlo.

Al mismo tiempo, la sociedad está reclamando una presencia mayor de los profesionales sanitarios en el ámbito co-

Entrevista

Salvador Tranche

munitario; ésa es la imagen con la que nacimos: medicina de familia y comunitaria. No estoy hablando de medicalizar la vida, sino de fomentar la existencia de pacientes responsables, educación sanitaria, toma de decisiones... Son situaciones que entran por la vía sanitaria, pero que realmente son un problema social: condiciones de pobreza, pacientes que viven solos, etc. Esto no se resuelve sólo con una pastilla, sino con herramientas sanitarias y sociales, pero hay que salir de los centros de salud.

La sociedad evoluciona más rápido que los centros de salud, y por eso necesitamos una apuesta decidida para dar más autonomía a los equipos de atención primaria, no sólo al médico.

– **Y respecto a la atención domiciliaria, ¿cree que se verá claramente beneficiada de los avances tecnológicos?, ¿están preparados los pacientes y los profesionales para un cambio de escenario?**

– Yo creo que sí. La atención domiciliaria es un ámbito propio de la medicina de familia; antiguamente lo que hacía el médico era visitar, entraba en el territorio del paciente. Por alguna razón, estamos dejando un poco de lado el domicilio, y esto permite que se convierta en un elemento muy atractivo para otras entidades de hospitalización a domicilio, oportunidades para ámbitos privados, etc. Esta situación supone una gran riesgo, porque los que mejor conocemos a los pacientes somos nosotros; tenemos que tener tiempo para ir al domicilio, pero con otros medios, como el acceso a la historia clínica desde el teléfono o la posibilidad de realizar ecografías para tomar decisiones clínicas. Las visitas domiciliarias adquieren una gran importancia, ya que a veces el paciente no quiere salir de casa, los pacientes ancianos quieren morir en casa..., y tú tienes que tener la capacidad de atenderles en ese entorno. El médico de familia debe tener capacidad y los instrumentos necesarios para dar ese apoyo a los pacientes de la forma más amigable y más digna.

«Los alumnos, cuando rotan por la asignatura de Medicina de Familia, salen absolutamente encandilados porque palpan la relación con el paciente, la continuidad, la confianza y la atención»

No queremos competir con la hospitalización a domicilio, ni con la atención de cuidados paliativos, sino hacer nuestra función y que no se fragmente la atención. Y es que es una característica muy ligada a nuestro empeño: cuando hay continuidad, si al paciente le atiende el mismo médico, claramente se reducen las derivaciones hospitalarias, las de-



derivaciones imprevistas, etc., y el paciente está mucho más satisfecho. Si se cambia la atención continuamente, ésta se fragmenta.

Tenemos retos muy ilusionantes, no fáciles de llevar a cabo, pero la idea es la de la discriminación en positivo. Hay estudios que indican que si se contara con un médico de familia más por 10.000 habitantes, se reduciría la mortalidad por todas las causas un 6%. En España estamos por debajo de un médico de familia por 10.000 habitantes, cosa que no ocurre con otras especialidades.

– **El último congreso de la semFYC aún está reciente en el recuerdo. Háganos, por favor, su diagnóstico personal sobre la situación de la atención primaria a tenor de lo visto y oído en Barcelona.**

– La atención primaria está en un momento ilusionante, de cambio. Es verdad que hay mucho discurso catastrofista, pero también es cierto que la medicina de familia tiene una apuesta muy decidida a transformar el sistema sanitario, y cada vez es más evidente que va a haber que apoyarse en la atención primaria para hacer esta transformación.

El sistema sanitario se encuentra en una situación cada vez más crítica respecto a la sostenibilidad, la presencia de enfermedades, especialmente la patología crónica, el envejecimiento poblacional, etc.; todos éstos son elementos que dan más argumentos a la importancia de la atención primaria. Los políticos deben darse cuenta de esta situación y traducir su discurso en hechos reales, asignando el presupuesto adecuado.

En definitiva, nos encontramos ante una situación ilusoria, con problemas de precariedad laboral, de cambios demográficos muy importantes en los próximos años por las jubilaciones masivas, falta de prestigio y, a veces, falta de ilusión. Pero todo esto tiene que cambiar; se está llegando a una situación en la que el cambio va a ser absolutamente obligatorio.

– **En el momento de hacer esta entrevista hay nuevo gobierno y nueva titular del Ministerio de Sanidad. ¿Cuáles son los temas prioritarios que la semFYC les va a poner (o les ha puesto) sobre la mesa?**

– Nosotros tenemos un proyecto que se mantiene igual aunque haya cambio el gobierno, y es la derogación del Real Decreto (RD) 16/2012 para la universalidad de la asistencia. Creemos que la ministra es muy sensible a esta petición, y esto nos parece absolutamente prioritario. Estamos en la REDER (Red de Denuncia y Resistencia al RD 16/2012 contra la exclusión sanitaria), y hemos creado un movimiento muy importante, e incluso el año pasado se firmó con algunos partidos políticos un acuerdo para la derogación de este RD.

Las demás iniciativas tienen mucho que ver con poner en valor y hacer una discriminación positiva de la medicina de familia y de la atención primaria. Esto pasa por prestigiar la especialidad, por su reconocimiento en las universidades, por cambiar las condiciones laborales, que son muy diferentes entre nuestro ámbito y el hospitalario, por hacer una política de recambio generacional y, al mismo tiempo, invertir más en atención primaria.

«Hay estudios que indican que si se contara con un médico de familia más por 10.000 habitantes, se reduciría la mortalidad por todas las causas un 6%. En España estamos por debajo de esa tasa»

La crisis ha tenido un impacto muy importante sobre el sistema sanitario, pero ha sido desigual, más intenso en la atención primaria: nosotros hemos perdido un 15% y el ámbito hospitalario un 5%. Hay que cambiar esta tendencia; en atención primaria los recursos son básicamente humanos y, en cambio, en el ámbito hospitalario la pérdida puede ser de falta de inversión en tecnología,



aparataje, equipamiento, etc. En atención primaria estamos descapitalizando los recursos humanos, y con una ausencia de innovación organizativa. Esto es lo que le vamos a pedir a la ministra: poner en valor la atención primaria y hacer una discriminación positiva de la medicina de familia.

– **Cuando se puso al frente de la semFYC habló de la necesidad de recuperar la ilusión de los profesionales de atención primaria. ¿Cómo lleva el reto?**

– Creo que es preciso un elemento de seducción, atractivo, y no quejarse continuamente. Para ello, lo primero que hay que conseguir es que te conozcan, porque seguimos siendo grandes desconocidos en el pregrado. Es muy sorprendente ver que los alumnos, cuando rotan por la asignatura de Medicina de Familia, salen absolutamente encantados porque palpan la relación con el paciente, la continuidad, la confianza y la atención, pero todavía hay universidades que no cuentan con esta asignatura. Pero también hay que hacerla atractiva en el posgrado, porque hay gente que no la elige por las condiciones laborales. Es necesario recuperar el prestigio profesional y dar a conocer que en atención primaria también se hace investigación, formación y asistencia.

Estoy seguro de que muchos estudiantes van a elegir Medicina de Familia si se dan estas condiciones de reconocimiento en el pregrado, un cambio en la situación laboral, una discriminación positiva de las condiciones laborales y un reconocimiento profesional. Y es que no hay nada más apasionante que la medicina de familia.