

ATS 11 137

Hola, buenas noches. Como todos los martes a esta hora, comienza el tiempo de radio que dentro de la programación de la UNED dedicamos a la salud. Es un programa que dirige el curso de liberación de ATS de la UNED en el que participan profesores de este curso y otros profesionales de la sanidad.

La nueva política de salud que se está llevando a cabo en nuestro país incluye la remodelación del sistema de atención primaria actual. Se pretende que antes de 1992 tengamos cerca de nuestra casa un centro de salud donde recibamos una atención integral y donde encontremos respuesta a las nuevas demandas sanitarias de la población. Para saber en qué consiste, cuáles son sus objetivos, ya que obedece este nuevo modelo de asistencia sanitaria, Begoña Alonso, profesora de salud pública en la UNED, ha invitado al programa a uno de los responsables de esta política en el área de Madrid.

Muy buenas noches. El programa de hoy vamos a tratar estilos de vida y políticas sanitarias. Para ello hemos invitado al mismo José Carro, médico, y que en la actualidad es su director provincial de gestión de atención primaria de la Insalud de Madrid.

Está con nosotros no tanto como representante del cargo que ocupa en la actualidad, sino como por su gran experiencia en el mundo sanitario, tanto desde el punto de vista operativo como de gestión. Buenas noches, José Carro. Hola, buenas noches.

José Carro, tú has trabajado como médico general en diversas comunidades rurales de Cáceres, Toledo y Valencia. También has trabajado como médico hospitalario en el Vallebrón y has desempeñado diferentes cargos dentro de la administración sanitaria de nuestro país, en un sentido dentro del Ministerio de Sanidad, o como director general de comunidades como Navarra, o en la actualidad ahora aquí en Madrid. En todos estos cargos que suponen diferentes niveles, ¿no te haces un lío en tu gestión y en tu actividad normal? Sí, yo creo que el oyente, lógicamente, cuando escucha que se habla por una parte de administración de las comunidades autónomas, por otro del Ministerio de Sanidad, por otro de las direcciones policiales de Insalud, lógicamente la idea más coherente que puede sacar de todo este proceso es que esto es una maraña administrativa.

Yo creo que todo esto se debe a que estamos en un periodo de transición en la administración sanitaria pública de nuestro país y que conviven distintas administraciones. Sin embargo, si se intenta diseccionar un poco la situación, no es tan complicada como en una primera aproximación podría parecer. Y me explico.

En este momento y en nuestro país hay dos sistemas, el sistema sanitario público y el sistema sanitario privado. De este segundo no nos ocupamos porque no es el objeto de la charla que tenemos esta noche. Con respecto al sistema sanitario público, hay que decir que hay dos grandes responsables, la Administración Central del Estado, por un lado, y por el otro las

administraciones de las comunidades autónomas.

La Administración Central del Estado se responsabiliza básicamente de la elaboración de los criterios generales, tanto de planificación sanitaria como de coordinación entre las distintas administraciones públicas. Y el órgano encargado de esta tarea es precisamente el Ministerio de Sanidad y Consumo, en tanto que las comunidades autónomas son las responsables en el momento actual de la salud pública, entendida en un sentido tradicional, es decir, de las competencias del control del medioambiente y de las tareas preventivas, y habitualmente el órgano responsable suelen ser las consejerías de sanidad. El Ministerio de Sanidad, para la gestión de la asistencia sanitaria de la seguridad social, utiliza un instituto, que es el Instituto Nacional de la Salud, que tiene a nivel de cada provincia una dirección provincial.

De cada provincia tenemos una dirección provincial del Insalud y una delegación territorial de la comunidad autónoma. El Insalud se encarga de la vertiente de asistencia y la comunidad autónoma de la vertiente preventiva y de control del medioambiente. Y con este extremo de trabajo no resulta tan complicado el moverse en este mundillo de la Administración Sanitaria Pública de nuestro país.

Ha sido muy interesante tu breve explicación sobre el sistema sanitario de nuestro país. José Carro, la OMS, en su conferencia internacional de 1978, declaró que la atención primaria de salud es la clave para alcanzar la famosa salud para todos en el año 2000. ¿Podrías explicar brevemente cómo se estructura este nivel de la atención en nuestro país y cuáles son sus objetivos a corto, medio y largo plazo? Yo creo que partimos de un modelo en el cual la atención primaria de salud estaba centrada básicamente en la actividad que se desarrolla en un consultorio o en un ambulatorio de la seguridad social.

Es decir, que en la práctica las labores que se realizaban eran estrictamente asistenciales. Quizás el único ejemplo que tenemos en nuestro país de una atención más integral es la que se ha desarrollado precisamente en el medio rural, en función de que su escaso tamaño, su dimensión recortada, permitía a los profesionales sanitarios del medio rural hacer un abordaje, una atención más integral. De esta manera que en el momento actual y la situación de partida es la de que en el conjunto del país tenemos dispersos consultorios generales, ambulatorios de especialidades y en el medio rural consultorios rurales.

Y que básicamente las tareas que desempeñan son de índole asistencial. ¿Cuál es el proyecto de futuro? ¿En qué estamos trabajando en este momento Ministerio de Sanidad, Direcciones Provinciales de Insalud y Comunidades Autónomas? Pues justamente modificar esta situación a partir de las referencias que la conferencia del MATA, que tú recordabas hace unos momentos, nos induce. ¿Y en qué sentido? Pues en el sentido de que la atención que se preste de ahora en adelante sea una atención pretendidamente integral.

Y cuando decimos integral queremos decir que los mismos profesionales y en el mismo lugar hagan tareas no solamente asistenciales, que seguirán haciéndose lógicamente, sino también tareas preventivas, tareas de mejora y fomento de la salud y tareas de participación

comunitaria. Y cuando señalo participación comunitaria lo hago con especial énfasis y seguro que en el transcurso de esta charla tendremos ocasión de volver sobre ello, porque es una de las claves de la atención primaria. Entonces, ¿cuáles son los objetivos a medio y largo plazo? Pues yo creo que antes del año 2000, con muchas probabilidades para el año 1992, un año tan crucial en la historia contemporánea de nuestro país, vamos a tener cubierta la mayor parte del territorio español con el nuevo modelo de atención primaria.

Es decir, que prácticamente el 100% de la población española va a tener a un tiempo accesible un centro de salud en el cual se le va a prestar una atención pretendidamente integral. Otra cosa son las dificultades prácticas que luego podemos comentar para que lleguemos a este objetivo que, como digo, configuramos alrededor del año 1992. José Carlos, ya en un terreno más próximo, ¿cómo estáis concretando esos objetivos en la atención primaria en este momento en la Comunidad de Madrid? Bien, desde el área de responsabilidad que yo llevo, que es la de la Dealing Salud, y lógicamente en colaboración estrecha con la propia Comunidad Autónoma de Madrid, en el momento en que nos hemos incorporado el nuevo equipo de la dirección provincial, y ya hace esto apenas dos meses, nos hemos encontrado con que, en lo que se refiere a la implantación del nuevo modelo, es decir, de los centros de salud, el nivel de cobertura que hay en este momento, es decir, el porcentaje de población madrileña que está atendida por equipos de atención primaria, alcanza aproximadamente un 20%.

Lo que nosotros pretendemos es finalizar este año cubriendo aproximadamente un 35% de población madrileña. Y cuando digo población madrileña me estoy refiriendo a la población de toda la comunidad, tanto el medio urbano como el medio rural. Y pretendemos concluir el año 90, el año próximo, con un nivel de cobertura de alrededor del 55%.

Es decir, pretendemos pasar aproximadamente de la situación actual en la cual la cuarta parte de la población tiene a su disposición un centro de salud, a pasar a una situación en la cual al menos la mitad de la población madrileña tenga un equipo de atención primaria al que remitirse para la atención primaria de salud. En este sentido, ¿qué actividades estáis desarrollando para conseguir ese objetivo que nos estás planteando? Bien, pues es justamente la tarea en que nos encontramos ahora y de ahí la oportunidad de la pregunta. En el momento actual lo que estamos haciendo es lógicamente, como siempre al hacerse, recopilando información sobre la situación actual.

Como te he señalado hace unos momentos, el nivel de cobertura que tenemos es el 20%, y eso se traduce en cosas concretas como son cuántos centros de salud tenemos en este momento, cuántos profesionales sanitarios están trabajando en los equipos de atención primaria, etcétera, etcétera. La situación actual nos parece que hay que mejorarla de forma muy sustanciosa, en el sentido de que el 20% de cobertura es un porcentaje que se nos antoja bajo y por lo siguiente hemos de realizar un enorme esfuerzo en incrementar ese porcentaje. Entonces, ¿qué dificultades concretas estamos encontrando en el momento actual? Pues aunque parezca paradójico, la dificultad actual no es la falta de dinero, no es la falta de voluntad política por parte de los responsables sanitarios para poner en marcha nuevos

equipos de atención primaria, no es la actitud de los profesionales, sino que es simplemente la dificultad, en el caso concreto de la Comunidad de Madrid, constituye el localizar locales o solares en los que ubicar nuevos centros de salud.

Y me explico con mayor detalle. En el año 89, y con anterioridad en el año 88, el Ministerio de Sanidad, y a través de la Dirección General de la Insalud, ha hecho un esfuerzo presupuestario de primer orden, y en el momento actual existe suficiente dotación presupuestaria como para abordar la construcción de cuantos centros de salud fueran necesarios en la Comunidad de Madrid, y existe suficiente dotación presupuestaria como para crear las plantillas necesarias para cubrir esos centros de salud. De tal manera que en estas fechas nos estamos centrando fundamentalísimamente, como digo, en la localización de locales y solares para a partir de ahí poner en marcha nuevos centros de salud.

Y de ahí que aproveche este momento, porque es una línea que estamos siguiendo en las últimas semanas, a todos los oyentes para recabar de ellos también la colaboración en la identificación, en la localización de locales y solares. De tal manera que en las últimas fechas nos estamos dirigiendo a las asociaciones de vecinos, a los responsables municipales, a cuando tienen alguna relación directa o indirecta con este tema, para que entre todos identifiquemos estos locales y contribuyamos de esta manera a extender en mayor grado el nivel de atención primaria y los centros de salud que llevan a parejos, en el caso concreto la Comunidad de Madrid. Tengo entendido que la demanda o la presión resistencial por parte de la población es muy grande.

¿Existen realmente dificultades para atender esta demanda, por ejemplo, en cuanto a recursos humanos se refiere? Sí, sobre todo yo creo que hay que analizar en primer lugar el porqué del enorme consumo sanitario que se produce en estos últimos años. A mí me parece que está habiendo un desplazamiento muy importante de la línea de conducta de los hábitos que la población tenía anteriormente, en el que primaba el autocuidado, a lo que los profesionales sanitarios vienen llamando delegación de responsabilidades en manos de profesionales. Y me explico con un poquito más de detalle.

Es decir, que todos recordamos que hace unos años, cuando cualquiera de nosotros caía enfermo, la actitud habitual en el embarco familiar era la de permanecer en cama, observar la evolución, utilizar medios sencillos de tratamiento, el uso de la aspirina, el agua caliente, los paños de agua caliente o agua fría, el reposo fundamentalmente. Pero en los últimos años ha habido un desplazamiento y parecería como que todos nos hubiéramos olvidado de estas medidas sencillas y eficaces y las hemos sustituido por un inmediato consumo sanitario y la respuesta o la consecuencia práctica es que inmediatamente nos dirigimos al ambulatorio o al centro de salud, recabamos una solución inmediata a nuestro problema y esa solución inmediata muy a menudo la exigimos también en términos de prestación farmacéutica, es decir, la exigimos en términos de recetas. A mí me parece que esto es uno de los aspectos, no el único lógicamente, pero es uno de los aspectos que explica el que en este momento haya una demanda asistencial tan importante.

Creo que por consiguiente hay que retomar, y luego podemos comentar sobre ello, hay que retomar el autocuidado, asumir la responsabilidad del cuidado de la propia salud y no exigir una respuesta inmediata en manos de otros, sino en el momento en que justamente esta respuesta se hace necesaria. ¿A qué crees tú que es debido esta nueva cultura sanitaria o este nuevo concepto que la población tiene de la utilización de los servicios en materia de salud? Yo creo que esto se entiende en el contexto general de la sociedad en la que nos encontramos. Estamos en una sociedad de consumo, los valores que priman son valores de consumo y por consiguiente, independientemente de que estemos hablando de espectáculos, de medios de comunicación, de objetos de consumo, de servicios sanitarios, al final el común denominador de todos estos aspectos es siempre el mismo.

Es decir, hay una permanente insaciable sed de consumir nuevas cosas y eso nos lleva también a consumir servicios sanitarios. Y a mí me parece que cuando comentaba antes el que el alto consumo de productos farmacéuticos que se realiza en nuestro país constituye un buen escaparate de esto que estoy comentando. Es decir, hay un consumo injustificado de medicamentos que sólo se entiende en la medida en que quizás los servicios sanitarios no funcionan correctamente y desvían el tema hacia el consumo farmacéutico en algunos casos, pero también que la población tiene de posibilidad su confianza en ese consumo de especialidades farmacéuticas que, como todos sabemos, tiene sus indicaciones en unos casos concretos, pero que en muchos otros casos no solamente no son útiles, sino que incluso conlleva cierto riesgo su uso.

Entonces, por consiguiente, me parece que no se puede separar el consumo sanitario y en su vertiente particular el consumo farmacéutico de la sociedad de consumo en general en que nos estamos inmersos. O sea, que sería prácticamente un reflejo de una situación sociopolítica y económica de nuestras comunidades. Sin olvidar el hecho de que muchas veces problemas que tienen un origen distinto y que tienen una solución distinta se derivan hacia el mundo sanitario.

Y me explico. Cada día se extiende más la situación de los ancianos, ancianos que viven solos en sus hogares. Se extiende más también la figura de la familia monoparental, es decir, en aquella en que solamente hay un miembro y el otro se encuentra ajeno al hogar familiar.

Entonces, con mucha frecuencia se plantean problemas de índole social, es decir, las situaciones de dificultad económica, las situaciones de dificultad en el trabajo, las situaciones de dificultad en la vida familiar, etcétera, ocasionan problemas. Y estos problemas que tendrían su solución a través de otros cauces, de cauces llamémosle sociales en términos generales, muy a menudo son desviados hacia el campo sanitario. De tal manera que la dificultad de encontrar la vida familiar con las tensiones que pueda acarrear, la depresión que suscita en determinadas personas, etcétera, etcétera, todo ello en lugar de tener un abordaje social, que es el que le correspondería, tiene un abordaje sanitario.

Y entonces, frente al disgusto, el sedante, o frente al nerviosismo, el tranquilizante. Parece lógico, por consiguiente, que cuando se plantea la solución de todo este tipo de problemas, se

tenga en cuenta que han de contribuir no solamente los servicios sanitarios, sino también los servicios sociales. Y por consiguiente, que cuando hablamos de solucionar estos problemas, tan importante es la puesta en marcha de nuevos centros de salud como la apertura de locales protegidos para los ancianos, o la resolución o prestación económica para las familias monoparentales, etcétera, etcétera.

Es decir, que con frecuencia se desvían hacia el mundo sanitario problemáticas que tienen su origen y deberían tener su solución en otros campos. Muy interesante. Me ocurre una cuestión.

Cuando tú estás hablando en este momento de la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población como una forma de resolver problemas que probablemente no tuvieran que resolverse desde el punto de vista sanitario, los servicios de urgencia están sobresaturados en este sentido. Efectivamente, ¿tú consideras que la población asiste a esos servicios de urgencia por motivos realmente urgentes o porque no existen otros medios para resolver sus problemas más inmediatos? A mí, en primer lugar, me parece que cuando la población acude a un servicio sanitario, acude a él sabiendo lo que pide. Es decir, que no acude por equivocación o no acude con una voluntad expresa de una mala utilización del servicio, sino que, lógicamente, si acude a un servicio de urgencia hospitalario es porque considera que en ese momento necesita una asistencia urgente.

Otra cuestión distinta es si nos ponemos a analizar qué es lo que se entiende por urgente. Y yo creo que hay un sentido, hay un acuerdo general acerca de que existen dos tipos de urgencias. La urgencia vital, en la que, de alguna manera, se está jugando la propia vida del sujeto, y la urgencia subjetiva, es decir, lo que una persona vive en un momento determinado como algo urgente aunque en ello no le vaya la vida.

A mí me parece que si la población está acudiendo masivamente de una forma en cierto modo inadecuada a los servicios de urgencia de los hospitales es fundamentalmente porque no está encontrando en el mundo extrahospitalario, es decir, no está encontrando cerca de su hogar un servicio de urgencia de atención primaria que le ofrezca la suficiente garantía como para resolver a ese nivel su problema. Y justamente por eso nosotros estamos empeñados en este momento en extender los centros de urgencia de atención primaria. Y se está haciendo un esfuerzo importante en localizar nuevos locales, como ya señalaba antes la dificultad que plantea localizar un local.

Se está haciendo un esfuerzo importante localizar nuevos locales y en incorporar nuevas personas. ¿Para qué? Pues para que áreas de entre 100 y 200.000 habitantes cuenten dentro de ellas ubicados un centro de atención de urgencia. Y de esa forma la población no se vea en la necesidad de recurrir a un hospital que puede no estar próximo y como consecuencia de ello sobresaturar la puerta de ese hospital.

Entonces me gustaría en ese sentido hacer una reflexión acerca de la conveniencia de que todos hagamos un mayor uso de los actuales centros de urgencia que hay repartidos en el caso de Madrid capital, pues por bastantes barrios y en el caso de los pueblos de la periferia, en la

mayor parte de ellos, que hiciéramos un mayor uso de estos servicios de urgencia que se van a mejorar de forma sustancial en el transcurso de estos meses e intentáramos hacer un esfuerzo en el sentido de remitirnos a los hospitales en aquellos casos en los que verdaderamente sea necesario un tipo de atención hospitalaria. En todo caso, a mí me parece que tanto a la población como desde luego a los responsables sanitarios nos toca el incidir en este tema. Y no será a través de la adopción de medidas coercitivas como consigamos que la asistencia sanitaria de urgencia en los hospitales disminuya, sino a través de que ofrezcamos a la población unos mejores servicios de urgencia, como digo, allí cerca de donde vive, es decir, próximo a sus propios centros de salud.

¿Tú crees que existe una buena relación entre la formación que actualmente tiene el personal dedicado a la atención y gestión sanitaria y el cumplimiento de estos objetivos que nos estás planteando en materia de salud? Si nos referimos a la formación pregraduada, yo creo que hay un diverso absoluto. Es decir, me parece que en el momento actual apenas hay correspondencia entre la formación que reciben nuestros estudiantes de las distintas ramas sanitarias y lo que luego desde los servicios necesitamos de ellos. Y a mí me parece que esto está en correspondencia con el divorcio, y voy a utilizar la palabra, con el divorcio tradicional existente entre el ámbito de la educación y el ámbito de la prestación de los servicios sanitarios.

Y a mí me parece que este es el hándicap más importante que tenemos planteado para el futuro inmediato. O conseguimos que la formación de los profesionales se adecue a lo que luego va a ser su trabajo cotidiano en los centros de salud o estaremos montando un sistema sanitario de atención primaria en el cual los profesionales que se incorporen a él tengan una expectativa radicalmente distinta y por consiguiente no se encuentran en condiciones, no tienen el margen de seguridad y de capacitación profesional necesario para desarrollar adecuadamente su labor. ¿Qué estáis haciendo en la actualidad o qué pensáis hacer en la actualidad para resolver o intentar resolver a corto plazo este problema que está planteado de cara a la formación de los profesionales en materia de salud? Yo creo que lo que se refiere a la rama sanitaria médica, desde el año, desde hace unos años se puso en marcha un nuevo equipo, una nueva especialidad que fue la especialidad de medicina de familia comunitaria, que está dando unos resultados francamente positivos.

Yo creo que lo que se trata por una parte es de que se extienda esa figura a nivel de la estante de rama sanitaria, fundamentalmente de enfermería, de manera que los profesionales de enfermería tengan la oportunidad de ir con una formación complementaria en el campo de la atención primaria y en concreto en su proyección para los centros de salud. Pero a mí me parece que nosotros desde los servicios sanitarios podemos hacer una labor muy importante a través de la formación continuada y que en esos sentidos donde podemos encontrarnos iniciativas como puede ser esta, en la que nos encontramos esta noche, la de la UNED y la de los servicios sanitarios, por ejemplo, dependientes de insalud. O sea, insisto que a través de la formación continuada y del reciclaje permanente de los profesionales es como podemos paliar en parte desde nuestra responsabilidad esa situación que comentaba anteriormente.

José Carro, se nos acaba el tiempo. Menos mal que tenemos otro programa para seguir comentando estos temas tan interesantes. Te esperamos en el próximo programa y agradecemos tu colaboración con nosotros.

Gracias a vosotros. Muchas gracias. Esto es todo por parte de Vida y Salud.

El martes que viene José Carro, subdirector provincial de Gerencia Atención Primaria de la Insalud, y Begoña Alonso, profesora del curso de Nivelación de ATS, comentarán algunos aspectos sin duda interesantes sobre las nuevas conductas y los nuevos hábitos que caracterizan al usuario de salud español en la actualidad. Os esperamos entonces a partir de las 9.30 aproximadamente dentro de siete días en Vida y Salud.