

**Barcelona 14 NOV 2024**

**Antoni Sisó** (Barcelona, 1971) es el presidente de la **Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària** (Camfic) desde 2017. Este jueves participa en la presentación del Congreso que la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc) celebrará en Barcelona hasta el sábado. Sisó reflexiona en EL PERIÓDICO sobre la situación del gran pilar del sistema sanitario: la atención primaria.

**El Govern se ha fijado como prioridad que los catalanes no tengan que esperar más de 48 horas para acceder a su médico de cabecera. ¿Este es el principal problema de la primaria?**

La primaria tiene muchos problemas. Nuestra situación es de carencia de profesionales, de infraestructuras francamente mejorables... Esto hace que todo sea un cóctel de una alta complejidad. No debe centrarse todo en la accesibilidad porque hay más aspectos. Hay centros de salud que ya están dando cita para las 24 y 48 horas siguientes. Cuidado pues con este eslogan político de las 48 horas que se ha puesto sobre la mesa.

**Existen pues diferencias entre los propios CAP.**

¿Verdad que el Hospital Clínic no lo podemos comparar con el de Granollers? ¿O el Hospital de Vall d'Hebrón con el de Mollet, porque son diferentes, porque tienen carteras de servicios diferentes, tienen diferentes profesionales? Pues en la primaria ocurre lo mismo. Cada centro es diferente porque atienden a personas diferentes, de un espectro sociodemográfico completamente diferente, con necesidades diferentes y con profesionales diferentes, y obtienen resultados diferentes. Hay equipos de atención primaria que alcanzan una tasa de vacunación del 75% en la gripe, mientras que otros del 35%. Hay equipos que tienen excelentes resultados. Y hay equipos que tienen ámbitos de mejora.

**¿La accesibilidad no es entonces lo principal?**

Yo creo que la consellera, con buen criterio, dijo que esto hacía falta, pero que para esto hace falta longitudinalidad política. Yo llevo aquí siete años de presidente y he conocido a cinco consellers. Sí es verdad que la accesibilidad es uno de los problemas en algunos centros, pero hará falta tiempo. ¿Tiempo para hacer qué? Para transformar la profesión, adaptar las estructuras, adaptar la organización de los equipos de atención primaria.

Cuidado con ese eslogan político de acceder al CAP en 48 horas. Hay centros donde ya ocurre. ¿Verdad que el Hospital Clínic no lo podemos comparar con el de Granollers? Pues en la primaria ocurre lo mismo: cada centro tiene una realidad diferente

**¿Reduciendo la burocracia?**

Entre un 30% y un 35% de la actividad que realiza un médico dentro de su consulta es burocracia. Pero sabemos que todos aquellos CAP que han realizado experimentos en relación a la famosa UB3 —la unidad básica asistencial donde hay médico, enfermera y administrativo sanitario— no la han dejado ni quieren dejarla. Funciona, por ejemplo, en el CAP Onze de Setembre de Lleida. Son 16 o 17 médicos y no les digas de volver al modelo habitual anterior. Ese modelo debe expandirse. Debería, al menos, escalar en toda una región sanitaria.

**Uno de los objetivos del comité de expertos Cairos es, precisamente, desburocratizar la primaria.**

Con esto estamos absolutamente de acuerdo. Camfic ha hecho llegar al Cairos una serie de medidas y, aunque me costaría priorizar una, seguramente esta es la primera. Que, por cierto, va ligada a la accesibilidad de la que hablábamos antes: si tú eres capaz de sacar burocracia de la consulta, incrementas la accesibilidad del paciente.

**¿La primaria funcionaba mejor tiempo atrás?**

Yo diría que en los últimos 10 años ha empeorado en algunas cosas.

**¿En cuáles y por qué?**

Ha dejado de ser una prioridad para la Administración. Se ha priorizado el terciarismo —los hospitales—. Cuando tú ves la tarta de los últimos años de la asignación presupuestaria, ves que quien se lleva la parte más grande es la atención hospitalaria. Y hay un ámbito, que es el de la farmacia hospitalaria, que no deja de crecer de una forma muy importante.

**¿Por qué?**

Porque cada vez tenemos fármacos y terapias más caras y más difíciles de sostener por un sistema que sea público, universal y pagado por impuestos. Y nosotros, la atención primaria, hace muchos años que no superamos el 14% de presupuesto, tanto en Catalunya como fuera. Así que yo creo que la crisis nos viene originada por muchas razones, pero una es la carencia de recursos. También por el alto desplazamiento de recursos hacia el hospital, la priorización de la tecnología, el pago de fármacos muy caros... Todo esto hace que la atención primaria quede arrinconada.

**La primaria hace muchos años que no supera el 14% de presupuesto. Hay un alto desplazamiento de recursos al hospital, la priorización de la tecnología, el pago de fármacos muy caros...¿Debería haber más incentivos para el médico de familia?**

Sin duda. Por ejemplo, la ruralidad debe incentivarse en positivo, pero es que la palabra incentivo es muy amplia. Cuando uno habla de incentivos lo primero que piensas es en dinero, pero un incentivo también es coger a todos los directores de los CAP, ponerlos en el auditorio AXA de la Illa Diagonal y premiar a los 30 mejores equipos que consiguen mejores resultados. A la ciudadanía le interesa saber que su CAP, por ejemplo, es el que mejor controla a los hipertensos. Y estos incentivos no cuestan dinero.

**¿Cómo es la relación entre los hospitales y los CAP?**

Creo que en ocasiones hay un desconocimiento de nuestro trabajo. Además, la relación entre atención primaria y atención hospitalaria en algunos lugares no está bien coordinada. Yo trabajo en el CAP Les Corts y tenemos una excelente relación con según qué servicios y una relación realmente muy mejorable con otros. Se habla de la accesibilidad en la primaria, pero poco de la accesibilidad en las consultas externas a los hospitales.

**¿Qué hacer con la falta de personal?**

Nosotros a la consellera y a Cairos le hicimos llegar una serie de propuestas. Un primer capítulo estaba dedicado a los MIR. Faltan plazas MIR en medicina de familia —porque faltan médicos de familia—, y esto depende del Gobierno central y de las comunidades autónomas. También pensamos que es muy importante realizar un diagnóstico de salud de

las unidades docentes, que son las organizaciones que se encargan de la formación de los futuros MIR. Es decir, los tutores, los médicos de familia que tutorizan a los residentes, deben estar bien, no quemados. Si un tutor está quemado, debe ser lo suficientemente honesto como para dar un paso al lado, porque, si no, fabricará un residente quemado. También nos preocupan los médicos sin título oficial de especialista. Hay muchos médicos sin especialidad que están trabajando en CAP como médicos de familia. Y es ilegal.

### **Explíquese.**

Los médicos sin MIR y, por tanto, sin especialidad. Vengan de donde vengan, estas personas no pueden trabajar en una plaza de Medicina de Familia. Y es ilegal. Hay médicos, que sobre todo vienen de fuera, sin especialidad, que están trabajando en CAP como médicos de familia. Está ocurriendo en muchos CAP. ¿Verdad que sería de portada de un diario si en cualquier hospital estuviera operando cataratas un médico sin el título de oftalmólogo? En una consulta de un especialista en medicina familiar y comunitaria, debe atenderte un especialista en medicina familiar y no alguien que no tenga un título que garantiza la adquisición de una serie de competencias durante cuatro años. Estas personas deben apuntarse al MIR.

### **¿Por qué se permite esto?**

Porque faltan profesionales, porque en la atención primaria el problema que tenemos es de recursos humanos. El hospital necesita recursos tecnológicos, pero es que nosotros necesitamos personas. Ocurre que muchos CAP no encuentran a nadie, por tanto, en lugar de tener una plaza y una silla vacías y ver cómo los médicos que sí son especialistas se ponen enfermos porque están asumiendo lo de dos o tres o cuatro que faltan, contratan a gente sin especialidad. Pero esta no puede ser la solución.

### **¿Qué medidas más debería tomar Salut?**

El anterior gerente del ICS, Xavier Pérez, separó las gerencias de los hospitales y de la atención primaria, y pensamos que esto está muy bien, pero debe empezar a hacerse. Además, la carrera profesional debe ser más motivadora, incluyendo aspectos que vayan hacia el mérito. También proponemos discriminación positiva por la ruralidad y que los CAP puedan comprar servicios hospitalarios —por ejemplo, unidades de riesgo cardiovascular—. Y una ley de atención primaria y de salud comunitaria, garantista por el ciudadano. Además, se ha creado una agencia de atención integrada social y sanitaria, pero aquí debe tenerse muy presente la centralidad de la primaria porque nosotros somos los reyes de la cronicidad.