

galmente establecida que asuma el compromiso de continuar en la línea de mejorar la calidad, pero no sólo a costa de la salud de los profesionales. Pero debemos coincidir en reconocer a la plataforma la labor ejercida hasta el momento, al menos, como catalizador del movimiento.

Para que todo esto, que finalmente no es más que una buena oportunidad en boceto, pueda continuar su camino sería bueno:

1. La implicación del mayor número de compañeros, sin ocupar excesivo tiempo en convencer a quienes tienen otros intereses, seguramente también legítimos.

2. Un movimiento que aparentemente debería despertar tan pocos recelos debería de ser capaz de aglutinar a organizaciones comprometidas con una AP de calidad: profesionales no médicos, sociedades científicas, OMC, sindicatos, partidos políticos, usuarios, etc.

3. Deberían de ser más visibles las «vacas sagradas», también reconocibles como «popes» de la AP. Para construir, discrepando y coincidiendo, contrastando. La aportación de muchos de ellos en los últimos años ha sido fundamental, pero corremos el riesgo de desandar lo andado. La disminución, el recorte, el desfaldo del tiempo por consulta es descabalar todo un modelo de AP, es hacerlo imposible. Colaboraciones en esta polémica como la de J.R. Vázquez³ reconfortan por venir de quien vienen y por su ánimo conciliador, reconociendo una «situación asistencial que en los últimos años ha entrado en una escalada de deterioro y que será difícil pero imprescindible invertir». Manifiesta una actitud solidaria con el movimiento de los «10 minutos por consulta» que califica como «necesario aunque seguramente aún insuficiente» y aborda el fondo de la cuestión reclamando que el «contenido de la reivindicación debe de entrar en esos problemas de fondo

—conceptuales, estructurales y organizativos— que hacen que las consultas estén masificadas». No culpabiliza a los profesionales por su incapacidad para organizarse, trasladándoles una parte del mérito de la que dicen eficiencia de nuestro sistema sanitario.

4. Prescindir de tanta «exquisitez» o «excelencia». Somos un colectivo muy numeroso, de ideología afortunadamente variada, con situaciones laborales diferentes, que defienden modelos sanitarios dispares, pero que parece que coincidimos en que la situación actual, y peor su tendencia, es incompatible con una AP de calidad y pone en situación de riesgo la salud personal de los profesionales. Debemos esforzarnos en buscar lo que nos une, no lo que nos separa.

Quienes defienden con tanta convicción que el origen de los problemas es la incapacidad del médico para organizarse, probablemente podrán aportar alguna experiencia en este sentido, un «antes-después». Aparentemente es fácil: las enfermeras asumen las tareas asistenciales que les son propias, los médicos igualmente con visitas de 10 minutos, y si faltan administrativos para las tareas burocráticas, «¡pues los ponemos!» (sic). Si la experiencia es positiva, quedan resueltos algunos de nuestros grandes problemas, pero si no es así, y nos tememos que no, un sencillo ejercicio de sinceridad intentado encontrar respuesta a la pregunta ¿por qué?, tenemos la seguridad de que aproximaría definitivamente ambas estrategias P-10 frente a P-org.

Para finalizar, y en la línea de este escrito, sería deseable que compañeros con perspectivas diferentes, si estamos convencidos en el diagnóstico, pudiéramos colaborar buscando tratamientos eficaces para el problema de la «tiempopenia», porque la razón nos asiste, pero la desunión nos debi-

lita. La diversidad enriquece, pero el esfuerzo debe encaminarse en la búsqueda de los argumentos que nos unen, y hay uno suficientemente aclamado el pasado 28 de marzo. Podemos coincidir con J. Casajuana si ha querido expresar que tratar la «tiempopenia» con un aumento de plantilla de médicos es tratar el síntoma cuando hay una grave enfermedad de fondo, pero es tan perentoria la necesidad de actuar que no podemos desaprovechar una oportunidad cuando éstas son tan escasas. Si seguimos tan puntillosos reparando en la paja del ojo ajeno, corremos el riesgo de seguir interpretando el paradigma de por qué estamos donde estamos.

C. Coscollar

Centro de Salud Arrabal. Zaragoza.

1. Casajuana J. Diez minutos, ¡qué menos! Aten Primaria 2001; 27: 297-298.
2. Diccionario de la Lengua Española (21.a ed.). Madrid: Real Academia Española, 1992.
3. Vázquez JR. Estamos fatal y es humano decirlo. Humana 2001; 5: 9-10.

Respuesta del autor

Sr. Director: En relación a la carta de C. Coscollar¹ sobre el editorial «Diez minutos, ¡qué menos!»², quisiera agradecer al compañero la oportunidad que me brinda, por una parte, para puntualizar algunos aspectos que quizá no quedaban claros en el citado editorial y, por otra, para mantener vivo en la revista oficial de la semFYC el debate sobre un tema trascendental que a todos nos afecta: la necesidad de dedicar más recursos a la atención primaria de nuestros país.

Estamos de acuerdo en la falacia de la dicotomía entre P-10 (ello no es sinónimo de la Plataforma 10 minutos) y P-org, y el ejemplo que se expone en el editorial pretende resaltar esta falacia con ejemplos

demostrativos (ciertamente simples, pero entiendo que claros y realistas) que ponen de manifiesto que a veces se requiere organización, otras veces recursos y otras veces ambos. No se pretende, en absoluto, ridiculizar la propuesta P-10 (y mucho menos a la Plataforma 10 minutos), porque, por el mismo planteamiento, podríamos decir que se pretende ridiculizar a la propuesta P-org («no vengan a venderme la panacea de organización cuando en mi entorno de trabajo, casco antiguo de Barcelona, la mayoría de profesionales superan ampliamente los 2.000 habitantes, con más de un 30% de mayores de 65 años, y alrededor del 15% de población inmigrante»).

También estoy de acuerdo en las críticas que C. Coscollar hace de la Plataforma 10 minutos. Todos necesitamos y merecemos ser criticados, en sentido constructivo, para poder mejorar nuestras ideas y nuestras acciones. Y es digno de mención que la Plataforma ha ido evolucionando en sus planteamientos merced, en parte, a su evidente actitud receptiva a cualquier crítica que intente aportar contenidos, no destruir los existentes.

También estoy de acuerdo (habrá quien se sorprenderá de tanto acuerdo ante una carta que, aparentemente, era de desacuerdo) en la importancia de reconocer los indudables méritos de los promotores de la Plataforma en su acción catalizadora de un sentimiento bastante generalizado, y en la necesidad de agradecer la enorme dedicación y trabajo (impagable) que esa actividad ha supuesto y supondrá.

No estoy tan de acuerdo (por fin) con lo expresado por C. Coscollar en relación a que poco o nada se ha conseguido. Creo que se ha generado claramente un rico caldo de cultivo (se ha hablado de ello en el Congreso de los Diputados, semFYC, SEMERGEN y CEMS han elaborado un documento de consenso) que debe dar sus frutos

si los planteamientos que se hacen son posibilistas, y se sigue una estrategia adecuada. Y creo que sería bueno, de entrada, cuantificar el número real de profesionales que tienen asignados más de 1.500 habitantes (¿límite ideal?), más de 1.800 (¿límite asumible?), más de 2.000 (¿límite de sobredosis?) y más de 2.200 (¿límite presuicida?). En territorio INSALUD, según declaró la Sra. Villalobos en el Congreso³, un 52% de los facultativos tiene asignados más de 1.500 pacientes y el 12% más de 2.000. Conocer estos datos en el ámbito de todo el Sistema Nacional de Salud nos permitiría cuantificar el problema y dejar de oír definitivamente a aquellos que hablan de «medias», aun sabiendo que la media, en este caso, no tiene ningún valor real. Probablemente, para la semFYC no sería muy difícil poder obtener estos datos.

Para terminar, quiero señalar que no era intención del editorial, como le ha parecido al compañero, culpabilizar a los médicos por su incapacidad para organizarse. No interesa «acusar a los culpables», sino proponer soluciones. Lo que se pretendía era insistir en la inutilidad de la simple queja con actitud pasiva, y en la importancia de asumir las propias responsabilidades (que siempre las hay) para poder así exigir a «los otros» que asuman las suyas. Trabajando en esta línea, en nuestro EAP, con la población anteriormente expresada, hemos conseguido alcanzar una frecuentación ligeramente superior a 3 visitas al médico por habitante y año, cuando en nuestros inicios ésta era de 7. Esto se ha conseguido básicamente con los planteamientos que, también en forma de ejemplo, se expresan en un reciente artículo sobre este tema⁴. Es evidente que no existen fórmulas universalmente aplicables a todos los equipos, pero los aspectos conceptuales que alimentan nuestra propuesta consideramos que son

bastante generalizables en nuestro modelo de EAP.

J. Casajuana

EAP Gòtic. ICS. Barcelona.

1. Coscollar C. «Diez minutos, ¡qué menos!» Un paradigma de por qué estamos donde estamos. *Aten Primaria* 2001; 28: 357-358.
2. Casajuana J. Diez minutos, ¡qué menos! *Aten Primaria* 2001; 27: 297-298.
3. Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados, 18 de abril de 2001; VII Legislatura, n.º 77: 3888-3895.
4. Casajuana J. La consulta 10. *Jano* 2001; 18-19.

Sobre infiltraciones locales con corticoides en atención primaria

Sr. Director: Como docentes del «Taller de infiltraciones del aparato locomotor», del aula de formación continuada de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (SCMFic), hemos leído con sumo interés la carta de I. Salcedo et al publicada en su revista¹, así como el artículo de A. Gallardo al que hace referencia². Estamos de acuerdo en la mayoría de las opiniones que en ella se vierten, sobre todo en el sentido de considerar las infiltraciones como una técnica que ha de ser propia de nuestra actividad diaria. Realizamos el taller de infiltraciones para la SCMFic desde 1999 y éste es el mensaje que intentamos transmitir a sus asistentes.

Queremos insistir en el aspecto de la demora por parte de servicios de atención especializada (reumatología y traumatología) a que hacen referencia los autores de la carta. Por un lado parece que esta demora es común en nuestro sistema sanitario, y por otra parte puede ser causa de un deterioro notable en la calidad de vida de nuestros pacientes afectados de patología del aparato locomotor, de curso prolongado y a