

Renacimiento de la atención primaria

Sr. Director: ¡Felicidades, atención primaria! ¡Qué buenos somos! Atendemos a todos y a todo lo que entre por la puerta. No hay listas de espera, nuestra capacidad no tiene límites. Lo mismo atendemos la otitis de una niña, que el accidente de una mutua de trabajo (que no va a la mutua «porque me pilla lejos»), que a una mujer extranjera que no habla nuestro idioma, pero que da igual porque ella nunca nos hablaría en ningún caso porque para eso está su marido («es que es nuestra cultura»). Por supuesto estos casos serán atendidos de urgencias, sin cita («nos sobra el tiempo»). Antes habíamos estado en la sesión de equipo. Vamos con prisa porque hemos citado a una paciente en programada para hacer cirugía menor... y además nos dicen que debemos investigar y estudiar mientras estamos en el centro (¿cuándo?).

La AP es ahora la reina de la accesibilidad, todo son facilidades, estamos al servicio de la comunidad y creo que estamos todos de acuerdo... Hemos ganado: nadie puede ser más accesible. Pero si siempre hablamos de administración y gestión a todos los niveles, dado que los recursos y medios no son infinitos, ¿qué ocurre con la accesibilidad? Debe tener también un límite. *No vale todo*. El paciente no es un cliente ni un usuario, es un *paciente*. Nosotros no somos una empresa de servicios somos *médicos*.

Como consecuencia de estas equivocaciones tenemos a pacientes exigentes y demandantes (que conocen sus derechos pero no sus obligaciones), consultas abarrotadas y tasas de *burnout* que en una empresa privada harían temblar a sus propietarios.

La AP se está muriendo ahogada en su propio éxito, y sobrevive gracias a los esfuerzos y sacrificios (que van más allá del deber) de sus profesionales. Todo lo aceptamos por no perjudicar al paciente.

¿Que soluciones proponemos?:

1. Educar a los pacientes, desde la Administración, tanto de sus derechos como de sus obligaciones, e incluso penalizaciones,

en el uso del Sistema Sanitario. Por ejemplo: si un paciente es agresivo se le debería cambiar no de médico, sino de centro de salud.

2. Apoyar nuevas ideas que agilicen la consulta. Desde la receta en la que sólo figuran las fechas (el paciente tomará este medicamento X para su próstata durante los siguientes 6 meses) hasta la autogestión de los centros de salud que nos permita cambiar el dinero de un capítulo a otro (¿para qué comprar libros que no puedo leer porque se reparte la consulta del compañero y no tenemos tiempo? ¿Por qué no poder cambiar cuatro libros por un suplente en la campaña gripal?).

3. Incentivar a los profesionales. Los incentivos económicos están bien, pero nunca son estímulos duraderos. Lo que queremos en general es hacer nuestro trabajo bien y a gusto. Hay que buscar nuevas propuestas que incluso sean redundantes con el centro de salud. Rotaciones por otros centros (especialidades, hospitales, centros de salud con programas específicos de algún tipo, etc.) pero *siempre* con suplente. Tampoco debe ser moneda de cambio el tener o no residente... no es justo, no todos los tutores tienen residente, no todos los médicos son adecuados para tener residente, pero todos nos podemos beneficiar de rotar por otros servicios y al mismo tiempo nos sirve de respiro y de cambio de ambiente para volver a incentivarlos.

4. Prever problemas futuros para poner soluciones a tiempo ¿Es que no se ve el gran problema que viene? ¿Qué pasará el año que los MIR de familia de tercer año pasen al cuarto año? No habrá una remesa de médicos durante un año. Da igual, según este sistema, nos sobra el tiempo. No nos importará doblar consultas o... mejor, que pasen las consultas los residentes de tercer y cuarto año, que «pa'eso están». ¿Qué medidas se van a tomar?

5. Sentirnos apoyados y apreciados por nuestras gerencias. Si el paciente se queja no siempre tiene razón. No bastan las buenas palabras; si un equipo toma una decisión, la gerencia debería apoyarla.

6. Dejamos lo más importante para el final: crear ilusión. Principalmente responsabilidad de nuestras sociedades científicas.

El modelo que era válido hace años se ha quedado atrás: ¿qué hay de los cupos idea-

les? ¿Citas programadas de 15 min? ¿Tiempo para investigar? Que no sigan vendiendo ese cuento con las crecientes poblaciones que tenemos y los nunca proporcionados recursos humanos. Nos estamos viendo abocados a ser cupos de 7 h. Necesitamos un nuevo impulso, una nueva ilusión y no una visión de futuro apocalíptica. La AP debe resucitar y esta vez de manera distinta y adaptada a las realidades de nuestros días.

S. Machín-Hamalainen^a,
M.A. Gómez-Medina^b, J. Salgado-
Ramos^c y R. Maeso-Corroto^d

^aSOS Assitance España. Madrid. España.
^bCentro de Salud Delicias. Área 11. Madrid. España.
^cCentro de Salud San Fermín. Área 11. Madrid. España.
^dCentro de Salud Panaderas II. Área 9. Madrid. España.

Médicos de familia en la corte de la reina Isabel II de Inglaterra. Experiencia de un médico de familia español en el Reino Unido

Sr. Director: El artículo de Sánchez-Sagrado¹ titulado «Médicos españoles en Europa: la emigración como solución a los contratos basura» publicado en su Revista analizaba la situación de los médicos españoles sin trabajo estable que se ven obligados a abandonar nuestro país para buscar su futuro en el extranjero. El presente artículo relata la experiencia en Inglaterra de un médico de familia con plaza en propiedad en España.

Atraído por las ofertas de trabajo del Reino Unido y deseoso de conocer las supuestas bondades del National Health Service (NHS) inglés en el que tantos médicos de familia españoles nos hemos mirado, decidí iniciar el proceso para vivir una experiencia laboral, profesional y personal-familiar en ese país. Tras pasar varios «filtros» en España e Inglaterra con duras pruebas médicas y del idioma, aterrizamos mi fami-

Palabras clave: Atención primaria. Accesibilidad. *Burnout*.

Palabras clave: Trabajo en extranjero. Médico de familia. NHS.

lia (esposa ginecóloga con plaza en propiedad en un hospital español y tres hijos de 9, 8 y 2 años) y yo en Stansted (Londres) el segundo día del pasado mes de enero del año pasado, cargados de maletas y de ilusión, para trabajar en un centro de salud en Basildon (Essex).

La idea inicial era completar un programa de entrenamiento de 3 meses, llamado de inducción, en el que asistiríamos a la consulta acompañando al médico titular a la vez que acudiríamos a clases de inglés y a varias sesiones de formación clínica en diferentes temas de interés para la atención primaria. Una vez concluida esta fase, se nos ofrecía un contrato laboral por un año para trabajar como *general practitioner* (GP) (el médico de familia inglés) en un centro de salud de la zona.

Brevemente resumiré las principales dificultades y problemas encontrados a nuestra llegada al Reino Unido:

1. Incumplimiento de las promesas y compromisos adquiridos en España, especialmente en temas relacionados con las parejas, como facilidades para asistir a clases de inglés o para la búsqueda de un trabajo.
2. Escasa ayuda para establecernos en la ciudad.
3. Los responsables del equivalente a nuestras direcciones de área nos ocultaron información, la que nos ofrecieron era a menudo confusa e incluso contradictoria, con cambios continuos, medias verdades e incluso mentiras.
4. A menudo nos sentimos mal tratados por estos mismos responsables. A pesar de que sabían que éramos médicos de familia altamente cualificados y preparados para trabajar con ellos, muchas veces sentimos que estaban jugando con nosotros sin saber muy bien qué hacer y, en ese sentido, nos sentimos un poco engañados y, en cualquier caso, profundamente decepcionados.
5. En definitiva, entendimos que la organización había sido caótica, improvisada, llena de despropósitos y dando una imagen patética de la Dirección del Área (Primary Care Trust en inglés) pero también del NHS en su conjunto. Una vergüenza, vaya.

La vuelta a casa fue la decisión finalmente adoptada por el incumplimiento manifiesto de las promesas, por las características de nuestra familia y nuestro trabajo en Inglaterra y en España. Decepción podría ser una buena palabra para resumir esta aventura. Recomendamos pensarse bien el asunto antes de tomar la importante decisión de ir a vivir y trabajar en el Reino Unido. En la actualidad, España no tiene nada que envidiar en sanidad al Reino Unido.

S. Pertusa-Martínez

Centro de Salud de Petrer II. Petrer.
Alicante. España.

1. Sánchez-Sagrado T. Médicos españoles en Europa: la emigración como solución a los contratos basura. *Aten Primaria*. 2003;32:223-6.

Rehabilitación cardíaca: la gran desconocida

Sr. Director: En España, el síndrome coronario agudo es la primera causa de mortalidad en varones y la segunda en mujeres¹. La incidencia de síndrome coronario agudo en la población española se ha estimado en 194 casos por cada 100.000 habitantes y año en varones y de 38 casos por cada 100.000 habitantes y año en mujeres². En Estados Unidos se estima una cifra de 650.000 nuevos infartos al año³, observándose un aumento de la mortalidad hasta el 34% en las mujeres⁴.

Los avances en el diagnóstico y el tratamiento del síndrome coronario agudo han provocado un incremento de la supervivencia, llegando a cifras de 96% de supervivencia en el primer mes^{5,6}, lo cual conlleva que un elevado número de pacientes presenten diferentes grados de discapacidad que deben ser tratados para su precoz reintegración social y laboral, y aquí es donde la rehabilitación cardíaca desempeña una función prioritaria. En España, tan sólo hay 13 centros en donde se lleven a cabo programas de rehabilitación cardíaca; esto implica que sólo se

beneficia el 2% de todos los pacientes que podrían participar⁷.

La United Status Public Health Service y Cardiac Rehabilitation Working Group de la European Society of Cardiology define la rehabilitación cardíaca como «la suma coordinada de intervenciones necesarias para asegurar las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales para que los pacientes con enfermedades cardiovasculares crónicas o postagudas puedan, con sus propios medios, conservar o recuperar el funcionamiento óptimo en la sociedad y, a través de mejores conductas sanitarias, retardar o revertir la progresión de su enfermedad».

La actuación multidisciplinaria (cardiólogo, médico rehabilitador, médicos de familia, fisioterapeuta, diplomado/a en enfermería, psicólogo, y trabajador social), coordinada y sin protagonismos, a través de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca y Prevención Secundaria nos permitirá conseguir los objetivos establecidos para dichos pacientes, como es el caso de nuestra unidad del Hospital de Mataró, en la que hemos obtenido excelentes resultados. Cada uno de los especialistas que integran la unidad tiene su función dependiendo de las necesidades de cada paciente. En nuestra especialidad (medicina física y rehabilitación) debemos realizar una valoración global del paciente, una exploración muscular esquelética completa e interpretar los resultados de la prueba de esfuerzo para pautar un programa de ejercicio individualizado destinado a obtener un beneficio cardiovascular adaptado a las posibles limitaciones musculares esqueléticas que pueden presentarse hasta en un 70% de los pacientes⁸.

Hay que destacar la importante labor de prevención primaria y secundaria (dieta equilibrada, programas de deshabituación tabáquica y práctica de ejercicio físico de forma regular) realizada en atención primaria, así como la necesidad de colaboración en este ámbito para poder desarrollar nuevos programas de rehabilitación cardíaca y prevención secundaria en el ámbito extrahospitalario.

Por lo tanto, es importante que trabajemos conjuntamente porque cada uno de nosotros tiene una función definida y la suma de cada una de estas funciones permitirá

Palabras clave: Rehabilitación cardíaca. Prevención primaria y secundaria. Ejercicio.

CARTAS AL DIRECTOR

obtener unos mejores resultados para nuestros pacientes.

**E. Pleguezuelos-Cobos^{a,b},
Ll. Guirao-Cano^a, J. Batlle-Díaz^c,
M.E. Pérez-Mesquida^a
y X. Gual-Coca^a**

^aServicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital de Mataró. Barcelona. España. ^bDepartament Ciències Experimentals i de la Salut. Facultat de Ciències de la Salut i de la Vida. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. España. ^cUnidad de Cardiología. Hospital de Mataró. Barcelona. España.

1. Boix R, Medrano MJ. Actualización de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares arterioscleróticas: enfermedad cerebrovascular y enfermedad isquémica del corazón. *Boletín Epidemiológico Semanal*. 2000;8:77-80.
 2. Marrugat J, Elosua R, Martí H. Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. *Rev Esp Cardiol*. 2002;55:337-46.
 3. Receipt of cardiac rehabilitation services among heart attack survivors—19 states and the District of Columbia, 2001. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2003;52:1072-5.
 4. Mosca L, Appel LJ, Benjamin EJ, Berra K, Chandra-Strobo N, Fabunmi RP, et al. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women. American Heart Association scientific statement. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2004;24:e29-50.
 5. Fiol M, Cabadés A, Sala J, Marrugat J, Elosua R, Vega G. Variabilidad en el manejo hospitalario del infarto agudo de miocardio en España. Estudio IBERICA (Investigación, Búsqueda Específica y Registro de Isquemia Coronaria Aguda). *Rev Esp Cardiol*. 2001;54:443-52.
 6. Cabadés A, López-Bescos L, Arós F, Loma-Osorio A, Bosch X, Pabón P, Marrugat J. Variabilidad en el manejo y pronóstico a corto y medio plazo del infarto de miocardio en España: el estudio PRIAMHO. *Rev Esp Cardiol*. 1999;52: 767-75.
 7. Pleguezuelos Cobo E, Guirao Cano L, Pérez Mesquida ME. ¿Por qué sólo trece? *Rehabilitación (Madr)*. 2004;38:101-3.
 8. Cozen L, Pass R. The effect of a cardiac rehabilitation program on the joints and spine: subjective evaluation. *Am J Orthop*. 1998;27:443-4.
 9. Espinosa C, Bravo J, Gómez-Doblas J, Collantes R, González B Martínez M. Rehabilitación cardíaca postinfarto de miocardio en enfermos de bajo riesgo. Resultados de un programa de coordinación entre cardiología y atención primaria. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:53-9.
-