

La [Jenga](#) es un juego donde los participantes, partiendo de una sólida torre de 54 bloques de madera deben de ir retirando las piezas de las filas inferiores para colocarlas en la fila superior. El efecto es que la torre es cada vez más alta con una base menos sólida y, por lo tanto, tiene cada vez un equilibrio más inestable. Pierde la partida el jugador al que su movimiento hace caer toda la estructura.

La consejería de sanidad de la Comunidad de Madrid lleva décadas jugando a la Jenga con la atención primaria (AP). No es, sin duda, una situación exclusivamente madrileña sino española, aunque nos referimos a la de Madrid porque la que nos ocupa. La situación actual bordea lo imposible, todas las comunidades autónomas tienen su conflicto en marcha: [Cataluña](#) , [Galicia](#), [Andalucía](#), [País Vasco](#)... Y en Madrid, el [conflicto da sus primeros pasos](#). En el fondo, lo que pasa es que el hartazgo general aparece por todas partes cuando se tensa la situación y se fuerzan las costuras de un escalón asistencial que vive al límite.

Quisiéramos, antes de repasar lo fundamental expresar nuestra defensa de la AP madrileña y española. Es un modelo de incontestable éxito. Modestamente colaboramos para ser uno de los países del planeta con mayor esperanza de vida. Incluso con la transferencia de la sanidad a las autonomías, se conserva una estructura muy uniforme que ha permitido llevar los servicios sanitarios a los lugares más perdidos de nuestro país. Por tanto, estamos obligados a ser positivos: no podemos pretender decir que “todo es una montón de escombros” pero que somos imprescindibles y atractivos. Dicho esto, repasemos algunas cosas:

Se nos ha colado el mantra de que **faltan médicos de familia (MF)** y que por lo tanto es un problema irresoluble: como no hay, tendremos que apañarnos con lo que tenemos. Desde muchos lugares, pero especialmente nuestro compañero [Juan Simó, demuestra](#) con datos que médicos no faltan. Lo que falta es dinero para retenerlos y para pagar sus esfuerzos. Según los datos de la consejería en Madrid tenemos unas 4000 consultas de médico de familia. En Madrid se forman más de 200 residentes/año. Con mil residentes cada 4 ó 5 años ([221 en 2018](#))¿pueden faltar médicos en los centros de salud?. Claro que pueden faltar. Están en los servicios de urgencias (puede ser vocación o también mejores condiciones laborales), en consultas de pediatría de los centros de salud, repitiendo el MIR, en clínicas privadas, en el extranjero... Huyen del trabajo “a destajo”, de contratos precarios, horarios incompatibles con la vida familiar y unas retribuciones lamentables. Trabajar “doblando el turno” (13 horas) se paga con extra de unos 72 euros tras impuestos. Menos la comida, que tampoco se incluye. Ninguna empresa en su sano juicio que busque ingenieros y no los consiga concluye que es falta de vocación... son las condiciones laborales que empeoran progresivamente. Así de simple.

Un número de “días libres” entre vacaciones y otros conceptos lleva a que casi la totalidad de los días laborables hay alguna consulta sin médico. Esta imprudencia, hija de “mejor que pagarte bien, te doy días de vacaciones que me sale gratis porque no tenemos suplente” lleva *de facto* a una [reducción encubierta](#) de la plantilla. Sobre esto, añádase el derecho a las reducciones de jornada. Si ya es precario el contrato a tiempo completo, el de una parte de la jornada, generalmente la más incómoda, es [imposible](#).

La sanidad está en el juego de la política (en el sentido menos positivo del término) desde hace décadas. El sistema nacional de salud debe ser un mecanismo de solidaridad frente a la enfermedad, pero ha devenido en bien de consumo con una oferta casi ilimitada y, por lo tanto, con una demanda que tiende al infinito. Se ha pervertido el concepto de accesibilidad para confundirlo con el de inmediatez... El resultado, mezclado con la supuesta falta de médicos, es unas **consultas inmanejables y frustrantes** que de vez en cuando afloran en la [prensa](#). Para rematar el problema se ponen en marcha unas llamadas **agendas de calidad** que conceptualmente solo se pueden entender desde la ironía. Los responsables de esas agendas solo se quedaron con el concepto que les interesó: tenemos que tener agendas para atender todo lo que llega. Nada que ver con una atención de calidad.

El número de **contactos innecesarios con las consultas de MF** no está bien cuantificado pero todos sabemos que es descomunal. Nadie piensa cuando se introduce alguna modificación en el sistema si se [incrementará la carga de trabajo](#) de los MF. Las normas sobre la Incapacidad Temporal se hacen de espaldas a quién las realizará. Están hechas por y para el INSS. Las normas sobre las ayudas de la Ley de Dependencia están hechas por y para servicios sociales, no importa que haya que repetir el mismo informe varias veces debido a los tiempos de espera. Cualquier problema relacionado con la medicación (el extravío de un blister o irse a pasar el verano al pueblo en otra comunidad autónoma) necesita consulta con el médico... Muchos trámites administrativos increíblemente no se resuelven en las unidades administrativas si no en las consultas de medicina. Da lo mismo el número de veces que se [diga](#). La [opción por defecto](#) en los centros de salud es el médico cuando, a veces, ni es la mejor ni la más razonable. Sin respetar las cargas de trabajo de los MF, darles la capacidad real de modificar los procesos en coordinación con el resto de los miembros del equipo y favorecer un adecuado flujo de actividad no habrá futuro.

La cartera de servicios, por la falta de perspectiva de sus responsables y, por qué no decirlo, de nuestros expertos crece despegada de la realidad. Lo que debería ser el mínimo número de actividades de beneficio bien contrastado es un programa de máximos con una traducción informática cada vez más engorrosa. Se ponen en marcha servicios que no tienen en cuenta la ciencia, las posibilidades y los recursos. Tenemos [ejemplos](#) para abordar este problema.

Todo en AP en nuestra comunidad **se propone “a coste cero”**. Como en la Jenga se pretende que con el mismo material (o menos) se sostenga un creciente número de servicios sin cálculo alguno. La torre crece a base de ganar en inestabilidad. Las muy escasas medidas que han beneficiado el trabajo en la consulta de MF han venido de la mano de avances informáticos (la automatización de la receta) y al no ser acompañadas de medidas para evitar el desbordamiento de la agenda son rápidamente absorbidas muchas veces por tareas de escaso o nulo valor clínico.

Nos encontramos así con una AP ninguneada en los presupuestos y en los centros de decisión que sobrevive por un esfuerzo enorme de sus trabajadores que han tenido que dedicarse a la cantidad antes que a la calidad. En este contexto cualquier solución que creamos que reducirá la presión sobre la consulta nos parece adecuada pero... no todo puede servir. **Las soluciones que no respeten los aspectos esenciales de la atención**

primaria pueden hacerla aún más débil. Valores como la accesibilidad (insistimos, [bien entendida](#)), la globalidad centrada en la persona, la longitudinalidad, la capacidad gestora y presentada por profesionales generalistas nunca deben ser puestos en cuestión. Esta es la primaria que ha demostrado sobradamente [beneficio para la salud de las poblaciones](#) por encima de otras estrategias.

Nuestras más que razonables quejas cristalizan en solicitudes que compartimos y apoyamos aunque vemos algunas dificultades:

- **Agendas con tope de consulta o 12 minutos por paciente.** Suponemos que querrá decir que no se pueden forzar las citas porque si no volveremos a estar en la situación actual. En ese caso ¿pondremos a un compañero a ver “todo lo que sobre”? No parece una solución razonable. ¿Tendremos 10 días de lista de espera? Esto sí que es poco realista y acabar con la accesibilidad. **Sin poner en marcha a la vez un amplio plan de medidas que pasa obligatoriamente por repensar el papel de cada miembro de un equipo de AP para evitar los contactos innecesarios con el sistema, el tope en la agenda parece poco viable.** Tal vez sea nuestra única solución, dado que desde nuestros responsables no se entienden otros planteamientos. Tal vez si la demanda está limitada se tomen medidas para racionalizar el acceso a la consulta y evitar que llegue a ella lo que no debe.
- **Reducción del tamaño de los cupos.** Eso obligaría a crear más plazas de médico de familia y de pediatra. En la actual situación en la quedan plazas sin cubrir dentro del sistema crear más plazas puede ser crear más tensiones para el sistema y más problemas. **Sin mejorar las condiciones laborales** (horarios compatibles con la vida familiar, retribución digna de los esfuerzos laborales, acabar con la precariedad...) **y hacer atractivo el trabajo en atención primaria** (compatibilidad con labor investigadora en el horario laboral, apertura de la universidad a la medicina de familia en las mismas condiciones que el resto de especialidades, eliminación del trabajo “a destajo”...) **para que regresen a primaria los médicos de familia “huidos” mucho nos tememos que no llegaremos a ninguna parte.**
- **Presupuesto del 25% para atención primaria.** Es imprescindible mejorar el presupuesto de la atención primaria. Nada sucederá sin eso. Pero además hay que entender su papel central en el sistema. Para los MF resulta frustrante oír a la práctica totalidad de los gestores “la atención primaria es el eje del sistema” para que los hechos digan lo contrario. **Ser el centro del sistema es participar al más alto nivel en sus órganos de decisión.** Tener capacidad para bloquear lo que le perjudica e impulsar lo que le beneficia y no ser “el coche escoba” del sistema.

Por todo lo anterior **hace falta un giro en la estrategia con nuestra AP.** Un giro que entienda su importancia, más allá de las viejas letanías. Que consiga tiempos de consulta dignos, cupos razonables y cargas de trabajo compatibles con la calidad de la atención. Pero mucho nos tememos que sin entender la centralidad de la atención primaria, su urgente necesidad de presupuesto adecuado, de su acceso a los verdaderos órganos de decisión de la mejora de las retribuciones, del acceso a la universidad y de muchas más cosas, seguiremos jugando a la Jenga con la atención primaria. Solo queda por ver de la mano de quién caerá la torre porque perder, perderemos todos.