

En esta ocasión hemos decidido entrevistar a seis profesionales de la salud jóvenes, en distintos niveles de actividad (estudiantes algunos), muy activos en las redes sociales, conocidos por sus posiciones atrevidas. Los hemos pescado en los ocasionales buceos por la red: participando en debates y seminarios de las más variadas temáticas, cuestionando políticas asistenciales o defendiéndose de la precariedad laboral. Nos ha parecido que debíamos conocer su forma de ver el futuro sanitario mediante cuatro preguntas.



## JAVIER PADILLA BERNÁLDEZ

Javier es médico de familia, máster en salud pública y máster en economía de la salud. Co-autor del blog "médico crítico".

### "PONDRÍA LA REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN EL CENTRO DEL SISTEMA DE SALUD"

1. Oportunidades siempre surgen, lo que no tiene porqué traducirse en mejoras o estabilidades, sino que siempre hay margen de empeoramiento. Financiación, independencia, transparencia y participación seguramente sean los ejes que determinen hacia qué lado se inclinará la balanza de las oportunidades.

2. 1. Blindar la universalidad del sistema apuntalando el derecho a la asistencia

# Seis jóvenes profesionales de la salud responden a las preguntas de SALUD 2000

1. ¿De las próximas elecciones generales surgirán oportunidades para mejorar la sanidad o piensas que todo seguirá igual?
2. ¿Enumera cinco medidas que consideres fundamentales para reforzar la sanidad pública?
3. ¿Qué parte de responsabilidad tienen los profesionales de la salud, y sus organizaciones (la "casta sanitaria"; la "clase médica", ...), en el buen o mal funcionamiento del sistema sanitario?
4. ¿Los profesionales de la salud también debemos hacer política?

sanitaria y desligándolo por completo de las cotizaciones a la seguridad social. 2. Derogar la ley 15/97 e introducir disposiciones adicionales que mantengan las contrataciones con cooperativas que, en ocasiones, ejercen un servicio público de mayor valor que el estatal/institucional. 3. Poner la reducción de las desigualdades en el centro del sistema de salud; un sistema público de salud que no piense que debe ser una herramienta para la reducción de las desigualdades apenas aporta un valor añadido respecto a sistemas privados o pseudoprivados de salud. 4. Integrar la visión de salud en todas las políticas dentro de las iniciativas legislativas que se lleven a cabo en los diferentes ámbitos; promover la salud desde el cambio de condiciones de vida para que esto repercuta positivamente en el uso de recursos sanitarios. 5. Abrir las puertas y las ventanas de las instituciones: la sanidad pública no tiene clientes, sino personas que la co-financian y que deberían co-diseñarla; el sistema tiene que abrirse a la

población como forma de blindarse (por la alta identificación de la población con algo creado por ellos/as) y como manera de asegurar que los servicios que presta formarán parte de un bien común.

3. Me resulta complicado establecer responsabilidades colectivas en un grupo de profesionales tan heterogéneo como el de la salud. Además, creo que existen muchos microcolectivos con una nula cohesión entre ellos (auxiliares, técnicos/as, enfermería, médicos/as,...), lo cual hace más difícil atribuir al grupo en su conjunto los logros o los fracasos.

Sí está claro que las personas que trabajan en un entorno tan complejo como el sanitario son una parte fundamental en el desempeño y devenir del mismo, y los años de la crisis nos han mostrado cómo recortes económicos presentan efectos minimizados a nivel de actividad gracias al esfuerzo de las personas que trabajan en dichos sistemas.

# m

e resulta complicado establecer responsabilidades colectivas en un grupo de profesionales tan heterogéneo como el de la salud

A veces uno echa en falta una mayor conciencia de clase entre las personas trabajadoras de la sanidad y una mayor solidaridad y empatía entre categorías profesionales, pero eso es algo transversal a la sociedad y no creo que sea solo atribuible a este colectivo.

**4.** Los profesionales de la salud hacemos política; desde la famosa frase de Virchow de que “la medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina a gran escala”. Dependiendo del ámbito del sistema de salud donde nos encontremos tendremos una mayor o menor implicación con la política a diario, pero siempre tendremos relación con la vida de los pacientes, y nada hay más político que velar porque la gente pueda mantener la funcionalidad necesaria para desarrollarse en sociedad. ♦



## SARA CALDERÓN LARRAÑAGA

Sara es Residente de Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud Cartuja, Granada.

### “HAY QUE FOMENTAR LA INDEPENDENCIA, LA TRANSPARENCIA Y LA ÉTICA EN LAS RELACIONES CON LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA”

**1.** La configuración y la organización del sistema sanitario se ven influidas por el contexto social, histórico y político en el que se enmarca, amoldándose a las medidas y las reformas que promueven los gobiernos correspondientes.

El estudio publicado en el 2006 en *The Lancet* por V. Navarro *et al.* sostiene que

la orientación política de los gobiernos de los países pertenecientes a la OCDE es un factor determinante a la hora de explicar la desigualdad social y la salud de la población. Más recientemente (2013), Kringos DS *et al.* explican que la fortaleza de la Atención Primaria de un país está relacionada con su sistema económico y político, entre otros factores.

Es decir, posiblemente, dependiendo del panorama político que dibujen las próximas elecciones cabrá esperar medidas y actitudes que bien podrán beneficiar o perjudicar al sistema sanitario y la salud de las personas.

**2. 1.** Que sea realmente pública y de acceso universal; **2.** fortalecer la Atención Primaria; **3.** promocionar el enfoque social y comunitario de la medicina; **4.** fomentar la independencia, la transparencia y la ética en sus relaciones con la industria farmacéutica y tecnológica y, por último (que no menos importante); **5.** estimular la reflexión y la participación entre los profesionales sanitarios. Entiendo que son medidas que podrían contribuir a mejorar la calidad asistencial y la salud de nuestros pacientes.

**3.** Al igual que el sistema político y económico influye en el funcionamiento del sistema nacional de salud, creo que los profesionales sanitarios también participamos en la asunción y reproducción de determinadas dinámicas que, con frecuencia, no son del todo saludables.

Asumir la exclusión de un paciente en el contexto del nuevo real decreto, los conflictos de interés con la Industria Farmacéutica y Tecnológica, los excesos diagnósticos y terapéuticos... pueden ser el ejemplo de “males” que hemos llegado “banalizar” en un contexto de progresiva burocratización, conformismo e inercia. Parafraseando a Hanna Arendt en *Eichmann en Jerusalén: Un estudio sobre la banalidad del mal* (1963): “*Banal* no hace referencia en ningún caso al mal mismo, a que el daño causado sea banal o trivial. *Banal* es el individuo que lo comete. Es *banal* porque nos muestra una irreflexividad”. Ante esta realidad, creo que puede ser importante recuperar la ca-

pacidad de decisión en lo referente a las reformas y las políticas sanitarias que nos afectan y que desde las narrativas compartidas con los pacientes y los compañeros, las percepciones, las experiencias y las evidencias disponibles nos atrevamos (y se nos permita) reflexionar y participar de forma ética y rigurosa en la construcción de nuestro sistema sanitario.

**4.** Lo propiamente humano es la existencia compartida con otros, que inevitablemente requiere de un espacio público y político. Por lo tanto, sí que considero que todas las personas somos, de alguna manera, responsables del cuidado y el mantenimiento del mundo y las sociedades que compartimos. ♦



## PATRICIA ESCARTÍN LASIERA

Patricia es Médica de Familia y Comunitaria de Zaragoza. Trabaja a horas y días en Atención Primaria de un Centro de Salud urbano. Entre otras cosas, forma parte de la Red- CAPS (red de mujeres profesionales de la salud) y del grupo de formación del PACAP (Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria).

### “EN SANIDAD EL MODELO MERCANTILISTA NO HA DEMOSTRADO NINGUNA MEJORA EN LA SALUD DE LAS PERSONAS”

**1.** La verdad es que no creo mucho en los procesos electorales como generadores de cambios, sino en transformaciones sociales más profundas. Sin embargo, tam-

Continúa en pág. siguiente >>>

bién pienso que estamos en un momento clave para cambios que mejoren nuestras vidas que en buena medida dependen de resultados salidos de las urnas. En sanidad el modelo mercantilista no ha demostrado ninguna mejora en la salud de las personas, sino más bien al contrario.

Del escenario político actual al menos espero que no existan mayorías absolutas que permitan leyes absurdas como el RD Ley 16/2012. Ahí se traspasó una línea roja que cambió el modelo sanitario y restringió el acceso a los servicios a determinadas poblaciones. Mientras este modelo siga vigente, por ejemplo, no creo en grandes modificaciones.

**2. 1.** Recuperar la universalidad del SNS. Evitando que esto sea vía “leyes-decreto”, sino tras un debate profundo y sosegado, que incluya a la ciudadanía. **2.** Potenciar la Atención Primaria (pero de verdad, con recursos) como eje vertebral del sistema sanitario. Una Atención Primaria potente permite alcanzar mejores niveles de salud, mayor satisfacción de la población y menores costes del conjunto de servicios. **3.** Evitar experimentos privatizadores y copagos que ya en otros territorios no han mostrado mejorar la salud de las personas. **4.** Basarse en criterios de eficiencia (obtener los mejores resultados en salud con los medios a nuestro alcance) a la hora de ofrecer servicios sanitarios; es decir, sólo financiar con recursos públicos aquellos medicamentos, tecnologías, prestaciones y servicios que sean eficaces, seguros y eficientes. Que los recursos se reinviertan en otras áreas públicas, pensando en la “Salud en todas las políticas”: fiscales (modelos de renta básica u otros), de acceso a la vivienda, a la suficiencia energética, educación y ser-

vicios sociales de calidad, etc. **5.** Potenciar la participación en salud de las personas. Crear mecanismos y leyes de participación que permitan que ésta sea real y no meramente consultiva. Favorecer el empoderamiento de la ciudadanía pasa por disponer de toda la información (es necesaria la transparencia), así como formación y espacios donde ejercer este derecho a la implicación en su (nuestra) salud.

**3.** ¡Uf! La responsabilidad creo que depende del marco donde te sitúes... Si consideramos el sistema global (heteropatriarcal-capitalista), la responsabilidad de cada individuo es relativamente pequeña. Si pensamos en la microgestión, en la gestión del día a día en las consultas, por ejemplo, creo que este compromiso es mayor y no podemos mirar hacia otro lado (algo muy frecuente, por otra parte) cuando las cosas no van bien: ausencia de sustituciones y sobrecargas de trabajo, mala comunicación entre niveles asistenciales, falta de interés en la formación continuada, conflictos de interés con la industria farmacéutica... En la micro y mesogestión (entiendo esta como el funcionamiento por ejemplo de un Centro de Salud) recuerdo muchas veces “El cuento del colibrí” y creo que cada una debemos hacer nuestra parte.

Tampoco creo que hagan ningún bien las estructuras de sociedades científicas y determinados sindicatos que abogan más por modelos caducos que por cambios reales que supongan salir de la zona de confort (y queja) en las que se han instalado.

**4.** Para mí lo personal es político, así que no puedo separar mi “yo profesional” del resto. Lo que no comparto es la “partidización”: que la salud de las personas dependa del color del partido de gobierno. ♦



## MARC CASAÑAS ESCARRÉ

Marc cursa el tercer curso del grado universitario de Nutrición Humana y Dietética en la Universitat Rovira y Virgili (URV) de Reus (Cataluña).

### “APLICARÍA MEDIDAS DE PREVENCIÓN, TANTO COSTE-EFECTIVAS COMO COSTE-OPORTUNAS”

**1.** Empezando por el tema de las oportunidades para mejorar la sanidad, que aparecen de forma premeditada cada 4 años, y siendo ésta y la educación los temas más importantes, se visualizan nuevas coyunturas impensables en otras épocas sin opciones neófitas en perspectiva. A cada partido y representante político se le mirará con lupa o hasta con microscopio, pero personalmente soy muy escéptico en este ámbito. En Cataluña Javier Padilla no ha tardado en dar aviso al rumbo que se quiere implementar en temas de salud, que es el de siempre donde peligra lo de toda la vida. La situación no es mejor en otras comunidades; sí peor.

**2.** Para reforzar la sanidad pública coincido con Raul Calvo Rico y aseguraría su cumplimiento mediante mandato Constitucional. También con Juan Gervas sobre reforzar la atención primaria por los mejores resultados obtenidos en la literatura científica, aunque realmente no sabemos por qué barajándose la limitación del libre acceso a especialistas o la longitudinalidad que se lleva a cabo. Renovaría cada poquísimo tiempo los datos informativos a los pacientes sobre beneficios y riesgos

**S**i pensamos en la microgestión, en la gestión del día a día en las consultas, por ejemplo, creo que este compromiso es mayor y no podemos mirar hacia otro lado

de operaciones o medidas de diagnóstico con monografías o gráficas con riesgos absolutos / número necesario a tratar y número necesario a dañar fomentando así la participación del paciente en las decisiones a tomar para darles poder. Aplicaría medidas de prevención tanto coste-efectivas, al favorecer cambios o prácticas en el estilo de vida antes de que llegase la enfermedad, como coste-oportunas al añadir la figura del Dietista-Nutricionista o Técnico Superior en Dietética y Nutrición. Nunca he desarrollado ninguna actividad en el sistema público de salud, pero pienso que podríamos analizar y dar más fuerza a la calidad de vida que resulta de ésta.

**3.** La responsabilidad de los profesionales de la salud importa tanto en corto como en largo plazo. No ceder ante presiones o calumnias, no tener miedo a la crítica y a ser etiquetado como “anti” algo, practicar una profesión más humana teniendo siempre en mente el daño al hacer

**n**unca he desarrollado ninguna actividad en el sistema público de salud, pero pienso que podríamos analizar y dar más fuerza a la calidad de vida que resulta de ésta

y la posibilidad del no hacer. No ignorar las cuestiones ausentes de ética, no medicalizar aspectos de la propia vida misma, no convertir a ningún humano en el combustible del sistema sanitario citando a Juan Rigoyen... alzar la voz cuando se difiera en un protocolo o algoritmo falto de evidencia y no permitir la ausencia de vocación y devoción como derechos laborales bajo el peligro del pensamiento de que si un trabajo nació para servir a alguien es intocable. De obligatorio cumplimiento revisar lo viejo y lo nuevo como apunta una entrada de Rafa Bravo.

**4.** Sobre hacer política, es un tema que he hablado mucho con mis compañeros de batallas y en especial con Luis Cabañas Alite. Cualquier persona hace política; está intrínseco en las decisiones. Tomar un café cualquiera es política. ¿Por qué no de Comercio Justo o en una cafetería o restaurante? Como expresé de manera muy elegante Aitor Sánchez García respecto a la divulgación (“O divulgamos o nos la divulgan”), o hacemos política o nos la harán. Simplemente, reclamar tu lugar y que tus directores lo reclamen para ti. ♦



## FRANCISCO ÁNGEL GUIRAO SALINAS

**Francisco es Vocal de Residentes de la sociedad murciana de MFYC. Vocal Nacional de Residentes semFYC.**

### “SI LA INVERSIÓN EN AP AUMENTARA PODRÍAMOS CREAR UN SISTEMA MÁS EFICIENTE”

**1.** Desde SemFYC siempre hemos trabajado para la mejora de la AP y de que ésta siga teniendo un papel relevante y principal en la sanidad española. Colaboramos y colaboraremos con el gobierno que resulte

electo. De hecho a lo largo de todo el territorio español hemos dado buenas muestras de las múltiples iniciativas que se han tomado lideradas por SemFYC para mantener la sostenibilidad del SNS (documento Copago, decálogo de AP desde el foro de la AP...). Para poder pensar en positivo tendremos que seguir luchando por mejorar cada día y es fundamental la implicación de todos los colectivos, desde los políticos hasta los Usuarios de la Sanidad Pública pasando por los profesionales.

**2.** Entre ellas podríamos destacar una cartera común de prestaciones que garantice una equidad y accesibilidad a una adecuada atención sanitaria. Por otro lado Autonomía de gestión de los Centros de Salud ya que la Atención Primaria es capaz de resolver por sí sola más del 90% de las consultas que atienden y si la inversión en ella aumentara podríamos crear un sistema más eficiente. Entre otras medidas podríamos destacar coordinación entre ambos niveles (Atención Primaria y Atención hospitalaria), potenciar medidas socio-sanitarias e investigación y formación

**3.** Debemos hacer un uso responsable de los recursos sanitarios (pruebas, prescripción, derivaciones,...) para el buen funcionamiento del complejo engranaje de este Sistema Sanitario. Es fundamental que este uso responsable se ejerza tanto por los profesionales como por los usuarios, sin olvidar el papel importante de los políticos.

**4.** Los profesionales de la salud deberíamos de hacer nuestro trabajo, y en concreto el de los MF es hacer prevención y promoción de la salud de la población, tratar las enfermedades, formar a las nuevas generaciones y fomentar y potenciar la formación continuada, entre otras muchas, pero para ello precisamos de un entorno laboral adecuado que nos lo permita y en los últimos años nos hemos visto obligados a defender ese espacio que otros no han sabido hacer.

Creo que este Sistema Sanitario Público y Universal es clave y debemos defenderlo como realmente se merece por el bien de nuestros pacientes. ♦



## CAROLINA MORCILLO RÓDENAS

**Carolina es Médica de Atención Primaria. Trabaja actualmente en el Centro de Salud de Cartuja, ubicado en una zona marginal de Granada capital. Interesada por la gestión de Atención Primaria, sobre todo en su relación con el hospital, las urgencias, el aumento de la capacidad resolutive de los profesionales de Atención Primaria y con el fomento de la cultura de la seguridad y del error.**

### “LA IDEA GUÍA DE LA FINANCIACIÓN DE LA AP ES ASEGURAR LA LONGITUDINALIDAD/CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA”

**1.** Las elecciones son una oportunidad de cambio y de mejora. Como todo lo importante en la vida, los cambios en las políticas sanitarias no nos lo jugamos a una carta ni en unas elecciones. Como dice un compañero, el Dr. Pablo Simón Lorda, es básico intentar vencer la inercia y la pereza, y no es fácil. Si no ejercemos nuestra responsabilidad diaria, alguien decidirá por nosotros. Eso es difícil de cambiar en modelos despóticos y presidencialistas, pero si ejercemos la cultura democrática, son numerosas las ocasiones que tenemos para elegir. Hace falta leer los programas, incluso participar en su elaboración, pedir cuentas de su cumplimiento efectivo, y actuar –con el voto- en consecuencia. Así, una y otra vez, venciendo inercias y actuando con coherencia.

**2. 1.** Unificar el acceso. Toda la población (desde los altos cargos del Estado a los inmigrantes sin papeles) debe acceder por la misma vía a la atención sanitaria, siendo la Atención Primaria (AP) la puerta de entrada. **2.** Financiación adecuada de la sanidad pública. El sistema de financiación ha de reflejar además un cambio palpable que situó a la AP en el centro de la sanidad pública. La idea guía –de la financiación que ha de hacer robusta la AP- es asegurar la Longitudinalidad/Continuidad de la atención sanitaria. **3.** Aumentar y potenciar, con medidas concretas y medibles, la capacidad de autonomía, gestión y resolución de los profesionales. En AP es clave aumentar la capacidad resolutive mediante el acceso a pruebas diagnósticas que tradicionalmente se entienden de ámbito hospitalario. Además hay que diseñar y desarrollar un sistema de incentivos –no sólo económicos- que potencie a los buenos profesionales y aisle a los peores. **4.** Desarrollar el encuentro y la coordinación efectiva entre los de Atención Primaria y Hospitalaria, incluyendo la relación de ambos con las urgencias hospitalarias. **5.** Profesionalizar la gestión sanitaria: preparación universitaria y convocatoria pública de los altos cargos sanitarios.

**3.** De nuevo aparece aquí la inercia y la pereza, y ese infantilismo de delegar constantemente en las organizaciones/instituciones, como si fueran máquinas o entes. Unas y otras las formamos personas, profesionales, mujeres y hombres, y su buen o mal funcionamiento son reflejo de cómo pensamos y actuamos, ya como individuos o como grupo.

Formo parte de una empresa pública, el Sistema sanitario público andaluz. Estoy aún sindicada. Me descolegié hace años y me obligaron a colegiarme recientemente.

Formo parte de una sociedad científica. En todas y cada una de esas instituciones de las que formo parte, “empujo” para cambiar lo que no me gusta, exijo coherencia, y no me canso. Con más o menos éxito, pero con constancia. Podría poner ejemplos concretos –transparentes y demostrables- de qué y cómo les exijo a cada una de esas organizaciones/instituciones, pero eso daría para un monográfico. Quien tenga curiosidad por saberlo, basta me escriba un correo, contesto siempre, y lo hago en un tiempo prudencial, y con rigor y honestidad.

**4.** Cánovas del Castillo, político del partido conservador y presidente en la segunda mitad del XIX, definía la política como “el arte de aplicar en cada época de la historia aquella parte del ideal que las circunstancias hacen posible”. Esa definición me la estampó un conocido que se dedicó a la política sanitaria, subrayando especialmente lo de “que las circunstancias hacen posible”. Estaba convencido de que su acomodo y falta de energía podían justificarse por “las circunstancias” con las que le tocaba bregar, dotando a estas de un determinismo infranqueable.

Para mí la política sanitaria se relaciona con mi propia capacidad y responsabilidad, que ejerzo y materializo en la consulta y el Centro de Salud en el que trabajo. Así, todo aquello que me impide un mejor ejercicio de mi trabajo en esos ámbitos concretos, lo procuro analizar, reforzando lo que me parece adecuado, y procurando cambiar lo que dificulta mi trabajo. Se trata de un análisis y unas acciones concretas y subjetivas, que surgen a diario, y que procuro contrastar con mis pares. Hay muchas cosas que aún no he logrado modificar, sin embargo evito que la inercia y la pereza profesional se instalen como “circunstancias” infranqueables. ♦

p

Para mí la política sanitaria se relaciona con mi propia capacidad y responsabilidad, que ejerzo y materializo en la consulta y el Centro de Salud en el que trabajo