

CONCLUSIONES DEL III CONGRESO INTERAUTONÓMICO-PIRINEOS 2003

● La Atención Primaria pide más recursos para el diagnóstico de las enfermedades más prevalentes

"Es necesario dotar a la Atención Primaria de más recursos -tiempo y material- para llevar a cabo el diagnóstico de patologías muy prevalentes en el Estado español, como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), el ictus y la osteoporosis". Este fue el clamor unánime a que llegaron los médicos generales y de familia reunidos en el III Congreso Interautonómico-Pirineos 2003, que tuvo lugar en Formigal (Huesca), bajo la organización de la Sociedad Aragonesa de Medicina General (SAMG).

Médicos generales y de familia aragoneses, vascos, navarros, riojanos, catalanes y castellano-leoneses, más de 200 facultativos de este nivel asistencial se dieron cita entre el 26 y el 30 de enero pasado en Formigal, Huesca, con motivo de la celebración del III Congreso Interautonómico-Pirineos 2003. Además de exigir más medios para atender las enfermedades de mayor prevalencia entre la población -EPOC, ictus, osteoporosis- a lo largo de los cuatro días de debates y talleres, los congresistas subraya-

ron también la voluntad de mantener un contacto y una coordinación más estrecha tanto con los servicios especializados -por ejemplo con los neumólogos en el caso de EPOC- como con los servicios de urgencias, ya que, por citar uno, en el caso del ictus, el transporte urgente del paciente puede ser determinante.

Según quedó puesto de relieve, la EPOC sigue siendo la cuarta causa de muerte en las consultas de Atención Primaria. El 90 por ciento de los casos están causados por el tabaco, por lo

que la SAMG demanda más tiempo y medios para atender a los fumadores y ayudarles a controlar el hábito. Además, la generalización de la espirometría en los centros de salud para realizar un diagnóstico precoz de la patología sería el siguiente paso, así como la formación necesaria del médico general para su manejo.

Por otro lado, el gasto sanitario "en aumento" provocado por el ictus en nuestra sociedad sería controlable desde la Primaria mediante el correcto manejo de los factores de riesgo como la hipertensión, la fibrilación auricular y la diabetes. En lo que respecta a la osteoporosis, y dado que el 90 por ciento de las mujeres españolas que la sufren no sigue un tratamiento, la SAMG considera que es en la Atención Primaria donde se debe proporcionar un diagnóstico temprano y un tratamiento eficaz, ya que "la prevención sigue siendo la mejor arma terapéutica existente".



● MEDICAMENTOS Y URGENCIAS A DEBATE

Sobre el uso racional del medicamento, los congresistas acordaron exigir a la Administración un mayor control en la aprobación de fármacos, regular la puesta en el mercado de los mismos y realizar campañas de educación dirigidas a la ciudadanía sobre el consumo responsable de fármacos. Otra demanda fue pedir una mayor

coordinación entre los profesionales relacionados con los medicamentos, esto es, médicos, farmacéuticos e industria, en aras de una prescripción más racional. Incluir los fármacos contra el tabaco en la sanidad pública, llevar a cabo una formación continuada en medicamentos y asegurar la libre prescripción por parte del médico completaron la lista de prioridades tejida por estos profesionales.

Urgencias y emergencias

En lo referente a los servicios de urgencias y emergencias, el debate distinguió entre dos situaciones: las urgencias del medio rural y las del urbano. En el primer caso la Atención Primaria se muestra suficiente para dar atención a los ciudadanos, mientras que en el segundo la masificación de los servicios de urgencias hospitalarios es un hecho que, según la SAMG, requiere medidas inminentes para solucionarlo. Descongestionar estos servicios pasaría por el incremento de las visitas domiciliarias, así como por concienciar a la población de que acuda al centro de salud para que atiendan las urgencias no vitales.

A este respecto, la SAMG denunció la falta de coordinación existente entre los servicios de urgencias y emergencias de la Comunidad Aragonesa. El incremento de la demanda, la saturación de los servicios y la falta de previsión se contarían entre los principales motivos de esta descoordinación. Para la SAMG es importante recordar que la desorganización en urgencias "no sólo afecta al usuario, sino también al



profesional sanitario, ya que la presión asistencial a la que están sometidos puede 'quemar' al médico de urgencias, ya sea médico general o de hospital".

Los expertos coinciden en afirmar que el incremento de la demanda de urgencias, que en el conjunto del Estado español es del 3,5 por ciento, se debe en parte a la demora que sufre la Atención Especializada y al envejecimiento de la población. Sin embargo, añaden, hay estudios que demuestran que los mayores, aunque consuman gran parte de los recursos de urgencias, no son la causa exclusiva de su saturación, ya que existe un alto porcentaje de población joven que acude al hospital por urgencias banales.

En cualquier caso, tanto en el ámbito urbano como en el rural, las principales causas de frecuentación de los usuarios de los servicios de urgencias responden a problemas traumáticos (fracturas en ancianos, accidentes de tráfico o laborales...), problemas respiratorios de enfermos cró-

nicos e insuficiencia cardio y cerebrovascular. Las urgencias no urgentes, es decir, aquellas que podrían atenderse en otro nivel asistencial se deben habitualmente a síndromes febriles en pacientes jóvenes, otitis, faringitis, cefaleas no complicadas y reacciones alérgicas, entre otros, dolencias que bien podrían atenderse en el centro de Atención Primaria.

● *OSTEOPOROSIS*

"La osteoporosis es una epidemia silenciosa de la sociedad del ocio, más prevalente de lo que se supone y que no recibe la consideración que debiera por parte de los Sistemas de Salud". Son palabras del doctor Mariano Blasco Valle, médico general del Centro de Salud Delicias Sur (Zaragoza), quien desarrolló un taller sobre esta enfermedad, su situación en España y su tratamiento desde la Atención Primaria.

Según este experto, la osteoporosis "se irá incrementando en los próximos años, dado que su prevalencia



aumenta con la edad y actualmente asistimos a un constante envejecimiento poblacional, así como a un incremento de la esperanza de vida". En este sentido, Blasco asegura que "en el año 2010 la prevalencia de la osteoporosis en mujeres mayores de 65 años alcanzará, aproximadamente, el 30 por ciento". En la actualidad se calcula que entre Estados Unidos, Europa y Japón existen unos 80 millones de personas que sufren esta patología y datos del estudio EVOS (The European Vertebral Osteoporosis Study) fijan una prevalencia del 16,8 por ciento en mujeres de 60-64 años y del 27,2 por ciento en edades superiores a 70 años. En España se calcula que existen unos 2-3 millones de pacientes con osteoporosis.

A la vista de estos datos, los médicos generales recomiendan hacer frente a esta "epidemia" mediante la prevención. Prevención que se llevaría a cabo "alcanzando, hasta llegar a la edad adulta, un pico de masa ósea adecuado por medio de la ingesta suficiente de calcio, evitando el tabaco, el alcohol y realizando ejercicio", señala el doctor Blasco. Una vez conseguido el pico, "es necesario no perder hueso de forma rápida y detectar los pacientes que tienen más posibilidades de sufrir esta pérdida retrasándola mediante fármacos". Este control se realiza a través de la densitometría, una prueba diagnóstica de "escasa accesibilidad y prestaciones limitadas" que, en opinión de Blasco, "genera una lista de espera que induce a la pasividad y los tratamientos a ciegas". En este sentido, y según datos de la

Fundación Hispánica de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas (FHOEMO), el 90 por ciento de las mujeres españolas con osteoporosis no recibe tratamiento y sólo 250.000 obtiene un control adecuado.

De acuerdo con los datos que se aportaron en este Congreso, la disminución de la masa ósea provocada por la osteoporosis provoca que en España el 20 por ciento de las mujeres de más de 50 años padezca una fractura vertebral. Asimismo, se dan 41.200 fracturas de muñeca al año y 31.000 intervenciones quirúrgicas por fracturas osteoporóticas con implantación de más de 10.000 prótesis de cadera. Además, la fractura de cadera presenta una mortalidad aguda del 6-8 por ciento dentro del primer mes y una mortalidad a los cuatro meses de un 20 por ciento.

En Europa el gasto sanitario originado por las fracturas se cifra en 3,5 billones de euros al año. En nuestro país, sólo las 33.000 fracturas de cadera anuales suponen un gasto de 20.000 millones de euros, el total (todas las fracturas) asciende a más de 125.000 millones. A esto hay que sumar el coste de las secuelas, un coste de difícil estimación, ya que una de cada tres personas fracturadas precisará atención continuada durante el resto de su vida, otra necesitará atención parcial y sólo una podrá llevar

una vida normal, aunque con limitaciones.

● PARKINSON

Otra enfermedad en la que el médico general se perfila como figura clave, según quedó puesto de relieve en este III Congreso Interautonómico-Pirineos 2003, es en la detección precoz y seguimiento de pacientes con Parkinson, una patología degenerativa que sólo en Aragón afecta a unas 1.500 personas.

El doctor Javier López del Val, responsable de la Unidad de Trastornos del Movimiento del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, considera como "muy importante que el médico general pueda sospechar un caso de Parkinson, ya que el diagnóstico de esta enfermedad es de tipo clínico y no se refleja en ningún tipo de prueba diagnóstica". Además, el hecho de tratarse de una enfermedad progresiva y neurodegenerativa acentúa, a juicio de este especialista, la necesidad de realizar el citado diagnóstico precoz.



"Cuanto antes se identifica, antes podremos actuar sobre el sistema dopaminérgico de la persona, consiguiendo, así, ralentizar la progresión de la enfermedad", concluye.

Al decir de los especialistas, en el conjunto del Estado español el Parkinson afecta, aproximadamente, entre 70 y 80.000 personas, es decir, su incidencia se sitúa en 150 de cada 100.000 habitantes. Afecta por igual a hombres que a mujeres y puede aparecer en la década de los 30, los 40, los 50 y los 60 años, si bien la mayor parte de los pacientes se concentra en la década de los 50 y, sobre todo, en la de los 60 años.

● TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

A los anfitriones se les recordó que los centros de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) serán los encargados de administrar el tratamiento anticoagulante a sus pacientes a partir de este año 2003. De

ahí que la Sociedad Aragonesa de Medicina General incluyera en esta ocasión, en su programa, un taller sobre anticoagulación oral, donde definió las claves para manejar el instrumental y el paciente con tratamiento anticoagulante.

Actualmente, SALUD trabaja en la dotación del instrumental necesario para llevar a cabo el control de estos enfermos, así como en la elaboración de un protocolo que defina los criterios de inclusión al tratamiento en este nivel asistencial. Según la doctora María Victoria Fustero, médico general del centro de salud de Cariñena e integrante del equipo que elabora el citado protocolo, transferir dicha responsabilidad a los médicos generales reside en que "las personas que requieren tratamiento anticoagulante son muy dependientes del sistema. Acostumbran a ser personas mayores que, hasta el momento, han tenido que desplazarse hasta el servicio de hematología de su hospital para recibir terapia y, en la mayoría de los casos, dependen de ter-

ceras personas para acudir al hospital". Además, añade Fustero, "el control de la anticoagulación requiere análisis de laboratorio aproximadamente cada 3 ó 4 semanas y, en los casos más graves, cada semana, algo que, a fin de cuentas, resulta una carga para los pacientes". Los pacientes que habitualmente requieren tratamiento anticoagulante son todos aquellos que sufren patologías susceptibles de generar riesgo de trombosis. Entre estas enfermedades, la que está más directamente relacionada es la fibrilación auricular, una patología que en España afecta al 10 por ciento de las personas mayores de 65 años, y cuya prevalencia aumenta progresivamente con la edad.

Los profesionales de la Medicina General han asumido la iniciativa para favorecer el acceso a los pacientes que la necesiten, pero instan a la Administración a que tome conciencia acerca de la responsabilidad de estos médicos y de la exigencia a la que se les somete, por lo que debe proporcionar no sólo los medios y la formación necesaria para llevarlo a cabo de manera óptima, sino también la incentivación correspondiente a los profesionales que la asumen.

● PROTECCIÓN DE DATOS

Otro aspecto destacable de este III Congreso Interautonómico fue el haber dado a conocer a los médicos generales la nueva Ley de Protección de Datos. Sobre esta premisa se presentó una guía concebida para adaptar el sistema de almacenamiento de información de las consultas médicas a la





reciente Ley de Protección de Datos elaborada por el Gobierno español. La guía, elaborada por el Colegio de Médicos de Vizcaya (ICOMBI), ha sido trasladada a la Organización Médica Colegial (OMC) y actualmente se puede conseguir en cualquier punto del Estado, solicitándola al Colegio de Médicos correspondiente.

Según Cosme Naveda, presidente del Colegio de Médicos de Vizcaya, "se trata de un disco compacto que incluye las directrices de inscripción a la Agencia de Protección de Datos, por un lado, y las de elaboración de un documento de seguridad, por otro, -ambos pasos requeridos por la nueva ley- y que facilitará la gestión de datos, sobre todo, a los centros de Atención Primaria privados y rurales". En opinión de Naveda, "el CD se ha hecho pensando fundamentalmente en los médicos del sector privado, ya que de los 5.300 colegiados del ICOMBI, aproximadamente 2.000 pertenecen a este sector". Sin embargo, el experto reconoce que "este sistema puede ser de gran utilidad en Aragón, dado el elevado número de médicos rurales que existen en la comunidad autónoma y que tienen que autogestionarse la información de sus pacientes".

Las bases de datos con historias clínicas de pacientes están consideradas por la Ley de Protección de Datos como ficheros de "seguridad alta", por lo que vulnerar la citada ley supondría sanciones entre los 600 y más de 600.000 euros o, lo que es lo mismo, entre 100.000 y 100 millones de pesetas de las de antes.

● VI Jornadas Extremeñas

4 y 5 de abril en Zafra

La Sociedad Extremeña de Medicina General tiene ya perfilado cuál será el programa de su encuentro anual para este 2003. Las VI Jornadas Extremeñas de la Medicina General mantienen la estructura de anteriores ediciones y sus actividades se reparten en mesas redondas, mesas profesionales y talleres. Entre las temáticas que los organizadores del congreso han considerado atractivas están talleres como "Aspectos ético-legales en Salud mental para médicos de AP" o un taller específico de respiratorio.

La mesa redonda versará en esta ocasión sobre la osteoporosis. Y la mesa profesional abordará las preguntas ¿Estás conforme con tu trabajo? ¿Y con tu sueldo? Talleres y mesas contarán con expertos ponentes.

INFORMACIÓN GENERAL

SOCIEDAD EXTREMEÑA
DE MEDICINA GENERAL
C/ Orquidea, 8
Apdo. de Correos nº. 353
06300 ZAFRA (Badajoz)
Telf 636454256

jornadas.semgextremadura@semg.es

● Primeras Jornadas murcianas

Se celebrarán los días 4 y 5 de abril

La Sociedad Murciana de Medicina General (SMMG) celebra este año sus I Jornadas de Medicina General, que tendrán lugar los días 4 y 5 de abril en la capital de la comunidad, Murcia. Mesas redondas, talleres y debates con el experto conformarán la estructura de esta primera reunión de la medicina general murciana, en la que se abordarán los principales retos de la Atención Primaria en el siglo XXI.

Los debates con el experto tratarán enfermedades prevalentes y cotidianas en la consulta como las demen-

cias y el asma, o novedosos, como las nuevas infecciones en la Atención Primaria. Lesiones cutáneas, uso de la ecografía y disfunción eréctil son algunos de los aspectos a los que se ha dedicado un taller, mientras que una mesa redonda ahondará en los factores de riesgo cardiovascular.

INSCRIPCIÓN
Viajes Cajamurcia
Gran Vía Escultor Salzillo, 5
30004 Murcia

Más información: 91 364 41 20

DR. MANUEL DE LA CRUZ, **Presidente de la Sociedad Catalana de Medicina General**

● “Pase lo que pase con la Atención Primaria, los médicos generales sobreviviremos”

Jaime Miranda

El doctor Manuel de la Cruz López es el actual presidente de la Sociedad Catalana de Medicina General. Desde su atalaya observa con cierta preocupación -propia de la circunstancia de estar "en compás de espera"- el devenir de la profesión en una Comunidad Autónoma cuya política sanitaria siempre es mirada con lupa por las restantes autonomías. Con todo, De la Cruz López se declara optimista, "como no podría ser de otra manera, en un país cuyo presidente es médico y muchos de sus consejeros también".

- ¿Cuáles son los temas que centran en este momento el debate sanitario en Cataluña?

- En Cataluña, en estos momentos, estamos en un compás de espera que se produce como consecuencia de la última remodelación del Gobierno de la Generalitat. El cambio del Consejero de Sanidad ha motivado el relevo de los dos máximos cargos del Instituto Catalán de la Salud (ICS) y del Servicio Catalán de la Salud (CATsalut), antes de unas elecciones en las que por primera vez desde su llegada al poder, Convergència i Unió teme que le puedan resultar adversas. En esta situación sólo parece preocupar la Ley de Cohesión y el prepararse para las elecciones.

- ¿Cómo es la situación actual del médico general en Cataluña? ¿Cómo la calificaría?

- La situación general es la de un colectivo con alto nivel de cuali-

ficación, de motivación vocacional y de autorresponsabilidad que ve cómo su trabajo, poco a poco, se ha ido burocratizando, protocolizando, reglamentando, regulando, de manera que el grado de toma de decisiones sobre su ejercicio merma progresivamente, hasta el punto que no ve compensado su esfuerzo y sacrificio personal, debido al alejamiento también progresivo del nivel de toma de deci-

siones de la empresa o del sistema sanitario. Todo ello lo convierte en mero ejecutor de las directrices que le vienen de otros niveles en los que no participa. Esto, sumado al desencanto de un sistema de remuneración asalariado, desvinculado de la carga de trabajo y de los resultados, y por debajo de países como

Francia o, incluso, como Portugal, acaba por generar, primero, desvinculación con la empresa, desmotivación para la formación continuada seguidamente, desprendimiento de toda carga de trabajo posible y búsqueda de puestos de trabajo cómodos a continuación; además de desinterés personal por los enfermos y, a la postre, situaciones de estrés profesional y *Burn out* incompatibles con el ejercicio de la profesión. Esta cadena debe romperse de forma urgente y devolver a los compañeros la ilusión de ser médicos, sólo así no acabaremos pidiendo médicos a los países de

nuestro entorno para que ejerzan aquí, y esto no lo digo con amargura, sino con visión clarísima de la realidad que está

"Hoy el médico es mero ejecutor de las directrices que le vienen de otros niveles en los que no participa"

presente en otros países, que llenan los tabloncillos de anuncios de nuestros colegios de médicos buscando profesionales aquí, porque allí ya muy pocos se deciden a estudiar Medicina y no tienen suficientes profesionales para cubrir las necesidades de asistencia de la población.



-¿Qué problemas más destacados atraviesa la Atención Primaria en esa Comunidad Autónoma y concretamente el colectivo que usted representa?

- El problema fundamental es que Cataluña nunca llegó a completar la reforma de la Atención Primaria en su territorio. Sólo después de repetidos apremios del Parlamento de Cataluña se fijó el objetivo de finalizarla el año 2002. Aún así, las últimas reconversiones se han hecho deprisa y corriendo, más sobre el papel que en la realidad. En estos momentos existen Áreas Básicas de Salud (ABS) inauguradas en 1992, y 10 años después aún no disponen de un edificio (Centro de Salud o Centro de Asistencia Primaria, CAP, como se les denomina aquí) adaptado a las nuevas necesidades que genera la reforma. En el área urbana de Barcelona, la última en reformar,

la situación es de reforma sobre el papel, ya que un gran número de profesionales no se ha integrado debido a la falta de beneficios que comporta integrarse en el nuevo sistema. Por otra parte, y a diferencia de otras comunidades, aquí se inició ya hace años un proceso de reforma de la reforma cuando ésta aún no estaba completada, de tal modo que existe un gran número de Áreas Básicas de Salud que no están gestionadas por el Instituto Catalán de la Salud (ICS), sino por otras entidades, consorcios, patronatos, mutuas, etc., (Áreas Básicas de Gestión Ajena), y unas pocas ABS que siguen un régimen de autogestión por parte de los propios profesionales, quienes se asocian para convertirse en una sociedad anónima o limitada prestadora de asistencia sanitaria (Entidades de Base Asociativa o EBAs).

"Cataluña nunca llegó a completar la reforma de la Atención Primaria en su territorio"

-¿Qué asignaturas pendientes le quedan a este nivel asistencial en la Comunidad Catalana?

- Está claro que esta situación, sin ser a priori mejor o peor, va a generar desigualdades importantes en la prestación de la asistencia sanitaria a la población, y en este sentido el servicio Catalán de la Salud, CATsalut, tendrá que intervenir como garante de la calidad de las empresas que contrata como prestadoras de servicios sanitarios. De alguna manera tendrá que garantizar unos mínimos en cuanto a calidad y rapidez de la asistencia que deben prestar las empresas, y dejar que por encima de estos mínimos sean éstas las que compitan por dar una mejor asistencia. El fallo de esta competencia radica en que el contratador (CATsalut) es único, por lo que estamos delante de una falsa competencia.

-¿Hasta qué punto el paro afecta aquí a los médicos del primer nivel?

- Más que el paro, lo que fundamentalmente afecta a nuestros compañeros es el subempleo. Cataluña, por su dinamismo, rompe el marco contratador de las Entidades Gestoras de la Seguridad Social (léase antiguo INSALUD) como empleadores hegemónicos y prácticamente únicos en muchas comunidades autónomas. Aquí las mutuas patronales de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, las clínicas privadas (Quirón, Teknon, Dexeus, etc.), las mutualidades (Agrupació Mútua...) y otras entidades asociativas asegura-

doras de salud (L'Aliança, Montepío Textil, Hospital General de Catalunya, Asistencia Sanitaria-Hospital de Barcelona, SCIAS...), los hospitales comarcales, los patronatos, consorcios y otros gestores de Asistencia Primaria (CABE, IAS, etc.), han conseguido absorber a un gran número de compañeros que, siendo médicos generales, están ejerciendo funciones de especialistas (MESTOS) o de médi-

"Más que el paro, lo que fundamentalmente afecta a nuestros compañeros es el subempleo"

cos de Urgencias Hospitalarias (con su conflicto para crear la especialidad), o bien trabajando en la Asistencia Primaria con plazas de carácter laboral, no estatutarias o funcionariales (contratos de refuerzo del ICS, médicos de Áreas Básicas de Gestión Ajena, médicos contratados por Entidades de Base Asociativa-EBAs, etc). Ni que decir tiene que si las condiciones salariales y laborales de los compañeros funcionarios o estatutarios no son las ideales, las de estos otros compañeros son peores en la mayoría de los casos.

-¿Existen patologías más prevalentes en esa comunidad autónoma?

- El alto nivel de industrialización y el crecimiento y desarrollo urbano de sus poblaciones, con sus consiguientes cambios de estilo de vida, ha incrementado la patología de origen laboral por un lado y, por otro, las deno-

minadas enfermedades de los países desarrollados (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, asma, alergias, etc.).

-¿Cómo está, en su opinión, el tema de la formación continuada en Cataluña?

- En la práctica está en manos de la SCMFyC. Incluso honrosas excepciones como el Instituto de Estudios de la Salud ha delegado el curso de nivelación para la obtención del título de Médico de Familia en la SCMFyC. Por otro lado, la Academia de Ciencias Médicas optó por nombrar a la SCMFyC como única representante de la Asistencia Primaria. Salir de este panorama monocromático es posible gracias al esfuerzo de entidades como colegios de médicos, mutuas, clínicas privadas, universidades, incluso sindicatos que añaden su granito de arena. Nuestra sociedad, la SEMG, debe hacer un esfuerzo para adaptarse a las peculiares características de

Cataluña a la hora de planificar actividades de formación continuada en esta comunidad. La carrera profesional, recientemente implantada en el ICS, puede ser el punto de partida de una nueva etapa con más diversidad y competencia entre los diferentes proveedores de actividades formativas.

-¿Cómo son las relaciones del colectivo médico de Primaria con la Administración catalana?

- Nuestra Sociedad ha hecho un gran esfuerzo por ocupar una parcela en este aspecto, procurando entrar en las altas esferas de la sanidad catalana, para poder aportar siempre nuestro punto de vista en los diferentes problemas que se plantean continuamente en este campo. Nuestra voluntad será siempre de diálogo y buena relación, queremos escuchar a la Administración y también queremos que se nos escuche antes de la toma de decisiones que afecten a nuestro colectivo.





En el resto de España se suele mirar -y admirar- con cierta envidia al sistema sanitario catalán, pues parece que va a la vanguardia en asuntos como la carrera profesional, las retribuciones... ¿Qué opina usted?

- Recientemente se ha firmado un acuerdo entre el ICS y los sindicatos CEMSATSE y CCOO, que establece un nuevo sistema retributivo, cuyo objetivo final era romper el modelo salarial funcionarizado con el que se venía retribuyendo nuestro trabajo desde 1987, a raíz de un decreto provisional que nunca se desarrolló en otro definitivo. Lo más importante de este acuerdo no son sus cuantías que, como siempre, se podrían considerar escasas, sino el establecimiento de un modelo de carrera profesional de acceso voluntario para todo el personal del ICS, hospitalario y extrahospitalario, con cuatro niveles o grados que se retribuyen con independencia del puesto de trabajo desempeñado, y por otro lado rompe con el salario fijo por el trabajo, estableciendo una Productividad Variable en función de objetivos. También establece una relación entre la población ponderada por edades asistida por cada facultativo y ciertos complementos, lo que estimula a asumir poblaciones o cupos de pacientes más numerosos o envejecidos, premiando su presumible aumento de carga de trabajo. Además establece un número máximo de pacientes por médico, algo que en Cataluña no existía. Y aunque todo esto, sin traducirlo a cifras, parece ser muy bonito, en realidad se continúa cobrando por debajo de la



media de otras comunidades autónomas y el cupo máximo de pacientes aún es superior. Lo importante ha sido el concepto, establecer grados o categorías que nos estimulen durante el largo desarrollo de nuestra profesión, vincular mejoras salariales al logro de objetivos, relacionar los complementos con la carga de trabajo, etc., es decir, intentar romper la cadena de desincentivación y desmoralización que citaba anteriormente. Habrá que continuar luchando para que además la cuantía sea la adecuada a nuestra aportación real a la sociedad.

-¿Cómo ve el futuro inmediato de los médicos generales en Cataluña?

- Bien, con mucho optimismo, no podría ser de otra manera en un país cuyo presidente es médico y muchos de sus consejeros también. Está claro que la capacidad de adaptación de

nuestro colectivo es enorme. De hecho, con los conocimientos adquiridos durante la carrera, al cabo de 5 ó 10 años seríamos incapaces de ofrecer un nivel de competencia adecuado sin un reciclaje y formación continuados. Pase lo que pase con la Asistencia Primaria y la dirijan donde la dirijan nuestros representantes políticos, los médicos generales sobreviviremos. No sé si trabajaremos entonces en la Asistencia Primaria, pero sobreviviremos. A lo mejor haciendo de políticos.

¿Cuál es la labor y qué proyectos a corto y medio plazo tiene la SCMG?

- La actual junta directiva se ha fijado como objetivo aumentar el número de socios en Cataluña, ya que es un tema importante no sólo por la representatividad delante de las instituciones, sino para la propia supervivencia de la misma como una organización activa. Por debajo de un número determinado de socios es muy difícil tener actividades y sin actividades no hay socios. Es un círculo vicioso, así que el segundo objetivo será precisamente el de aumentar las actividades en nuestra comunidad.

-¿Quiere añadir algo o abordar algún tema que no hemos tratado?

- Sólo añadir un poco de optimismo a nuestro pensamiento colectivo; "Seremos lo que queramos ser", siempre seremos lo que nos propongamos, fijémonos nuestros objetivos con ambición y optimismo, y, paso a paso, con tesón y esfuerzo los conseguiremos.