

La prevención desde el punto de vista de un médico de atención primaria

Venancio Díaz Castán

El director esta revista sabe que el tema no va a ser abordado por el experto, sino por un médico de Atención Primaria sin formación específica en riesgos laborales. Aún así le ha parecido conveniente que ponga sobre la mesa el estado de la cuestión desde mi desconocimiento, puesto que a quien compete la experiencia es al médico especialista en Medicina del Trabajo. No obstante, es obvio que el médico de Atención Primaria atiende a accidentados y a pacientes con enfermedades profesionales en numerosas ocasiones, incluyendo algunas de difícil tipificación y que, a veces, tienen que acabar siendo consideradas como tales por la jurisprudencia. Lo que manifiesto aquí resulta válido para el paciente en cualquier estamento en que se encuentre: no hay pacientes de médico general y de especialista: el paciente es el mismo, lo trate quien deba tratarlo, el caso es que lo

haga bien y que haya una buena coordinación entre unos y otros terapeutas.

A su vez, hay que tener en cuenta que el médico es trabajador e integrante de los Equipos de Atención Primaria (EAP) junto al personal de enfermería, administrativo, celador, auxiliar de enfermería, trabajadores sociales, limpieza, etc. El EAP se comportaría laboralmente a los efectos como un centro de trabajo dependiente de la empresa/servicio autonómico de salud que corresponda, y todo ello sujeto a la normativa legal del año 1995.

Propongo, por tanto, dos enfoques del problema:

- a) La prevención de riesgos laborales en los miembros de un EAP.
- b) La prevención de riesgos laborales de la población adscrita a un EAP desde el punto de vista del médico.

LA VIDA LABORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

BREVE HISTORIA (DESDE QUE UNO COMENZÓ ALLÁ EN EL AÑO 1973)

Históricamente la Atención Primaria de Salud ha carecido de medios; así de rotundo. Aquellos que nos hemos desenvuelto la mayor parte de nuestra vida en el medio rural sabemos que, cuando salíamos de la Jefatura Provincial de Sanidad con el documento de toma de posesión en la mano, era eso lo único que avalaba nuestra condición; el resto dependía de la voluntad de los respectivos alcaldes, con los que era preciso llevarse bien si no queríamos ver nuestra vida llena de trabas y dificultades. Todo: desde las batas, pasando por los hilos de sutura, material de cura, guantes, etc. corría por nuestra cuenta. Sanidad y la Seguridad Social se desentendían de uno y creían que cumplían de sobra remitiendo mensualmente la exigua nómina a la cuenta corriente. La justificación se amparaba en una legislación de la época de Fernando VII, de acuerdo con la cual médicos y practicantes debían sentirse de sobra agradecidos por tomar posesión de un “partido” de propiedad inviolable (partido cerrado), compuesto por el municipio de cabecera y sus anejos en el que, con permiso del alcalde, se convertían en reyezuelos para interpretar su ciencia y su modelo retributivo del modo más conveniente a su entender. Hermosas excepciones, de todos conocidas en nuestro medio, se desarrollaban en el seno de un colectivo profesional aislado, falto de estímulo y con frecuencia embrutecido. Al advenimiento de la Seguridad Social, que sólo contemplaba la asistencia de una parte de la población, el escuálido pago por cartilla propiciaba que se cobrasen las famosas “iguales voluntarias”, que tenían poco de

voluntarias, y que las autoridades sanitarias mirasen para otro lado cuando se producían quejas de los asegurados, o que se limitasen a hacer cariñosas reconveniones al infractor. El sistema daba por hecho que los profesionales se buscarían los garbanzos mediante iguales y cobros de honorarios libres, y para la atención a sus asegurados, en el caso de que no dispusiese el municipio de clínica adecuada, le pretendía indemnizar con unas 3.000 pesetas (años 78,79, 80, etc.) por uso de consultorio privado. El sistema, por tanto, desconfiaba de su propia intencionalidad pública, se basaba en el pago privado y para los beneficiarios de lo público tenía fundamentos de ruindad, tanto para el médico como para el paciente; eso sí, le salía barato.

Del accidente laboral el médico sólo sabía que se cobraba aparte y que había que hacer un papeleo extra, y, como las más de las veces el accidentado era un labrador o un albañil de su cupo de igualados, baja, recetas y emolumentos se incluían en el mismo sitio de los eventos ordinarios. Existían ya las Mutuas de Accidentes, pero en muchos casos la distancia a sus clínicas desde los pueblos hacía inviable el seguimiento de los enfermos. La calidad de las instalaciones y de los servicios prestados no era objeto de controles, y los trabajadores solían preferir ser curados por aquellos que conocían. En cuanto a prevención, fuera de las vacunas obligatorias era poco o nada lo que se hacía, a excepción, como es sabido, de las recomendaciones de los profesionales a título personal y las campañas de carteles y advertencias en lugares específicos como cuencas mineras e industrias a gran escala. Los sanitarios, como trabajadores, tenían la única consideración de profesionales liberales y funcionarios, no entendiéndose que pudieran tipificarse riesgos derivados de su actividad. Hasta hace muy pocos años, cuando se aclaró la etiología de algunas hepatitis, no se

hizo hincapié en los riesgos de los profesionales al poner inyecciones o al tratar heridas. Puedo asegurar que en un alto porcentaje de casos, hasta bien entrados los ochenta, se suturaron las heridas sin guantes, con materiales desinfectados por ebullición o simple limpieza con alcohol de 96° y con hilo de sutura que tenían que ir a comprar previamente los familiares a la farmacia. Eso cuando no se usaban aquellos criminales agrafes o grapas –sin desinfectar– que mordían con saña los bordes de una herida sin anestésicar. En cuanto a la proliferación de las conocidas hepatitis denominadas entonces “no A no B”, una mínima investigación epidemiológica se daría de bruces con una realidad que da vergüenza recordar. Por fortuna, el fantasma del SIDA no había hecho aparición todavía.

A pesar de ser de sobra conocidos sus efectos, proliferaban los aparatos de rayos X para la realización de escopias de dudosa utilidad diagnóstica pero de gran efecto sobre la clientela que pagaba las igualas. De hecho, la mayor parte de los médicos desafiaba a las radiaciones sin ponerse los incómodos guantes y el delantal de plomo. Se frivolizaba mucho con este asunto, y hay que reconocer con la mano en el pecho que se ha irradiado mucho, inconscientemente, a complacencia y sin utilidad. “Que le echen a uno los rayos” era algo más que un dicho chocante que se usaba con frecuencia para cuando era menester salir de dudas de una afección. Fruto de aquellas actividades, hoy proscritas en la medicina pública, muchos médicos y practicantes padecieron diversos tipos de cánceres. Tampoco escasearon los accidentes *in itinere* cuando había que desplazarse a lugares distantes por carreteras en mal estado y a bordo de vehículos precarios. Recuerdo accidentes de médicos que jamás tuvieron consideración de laborales. La visión romántica del problema y la absurda y clásica consideración de

sacerdocio, nos privaba de los beneficios y derechos de ser trabajadores.

La Atención Primaria urbana de aquellos años se beneficiaba del hecho de llevarse a cabo en ambulatorios y de la cercanía del resto de los profesionales, pero era tan escasa la importancia que se daba a su actividad que sólo obligaba a una hora y media para atender cincuenta o sesenta personas y, en general, se dedicaba a hacer recetas y volantes para especialistas. Había que apresurarse porque, transcurrido el tiempo, el médico siguiente venía a hacerse cargo de su consulta. Aquella era la del “Seguro”, pequeña seguridad salarial y puente de inestimable utilidad para la consulta “de casa”, la privada, a la que podía dedicarse lo más florido de la vocación y el número de horas necesario. Una visión retrospectiva a aquello, que era considerado como normal, conduce a una reflexión sobre lo bajo que había caído el concepto de relación médico-enfermo. Pero los médicos tenían que defenderse así para la atención de su prole; no tenían la culpa de servir a un sistema que garantizaba demagógicamente la salud gratuita pero estaba podrido desde sus mismos cimientos. Lo dicho anteriormente para los riesgos laborales del medio rural viene a ser parecido a los del medio urbano: sencillamente inexistente. Lo mismo cabe decir para la población adjudicada: en todo momento, desde tiempo inmemorial, se había considerado preferible una dinámica de curación de enfermedades a la de fomento de la salud. El hecho de estar en la ciudad facilitaba que los accidentes laborales fueran atendidos en las Mutuas correspondientes. El elemento prioritario de la estructura de la salud era el hospital, siendo la Atención Primaria y el segundo nivel elementos de segundo orden, “filtradores” de aquellas patologías que requerían el tratamiento curativo de elección en quirófanos y salas blancas.

Se trataba, pues, de un modelo de Sistema de Salud mixto, ni liberal ni de Sistema Nacional, que basaba el grueso de su actividad en la curación de enfermedades y con financiación múltiple en base a distintos grupos: Seguro obligatorio (población parcial), Beneficencia pública (caridad), Mutuas patronales, Seguros voluntarios (igualatorios) y pago personal por acto médico o estancia hospitalaria.

Este orden de cosas se sucede hasta el advenimiento de la Ley de Reforma de la Sanidad Española, de 26 de abril de 1986, cuyo artículo 1 anuncia que “son titulares del derecho a la protección de la Salud y a la Atención Sanitaria todos los españoles y los extranjeros que residan en España”. El artículo 3: “...los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la Salud y a la prevención de la enfermedad”, junto al anterior, hizo soñar a quienes nos veíamos incapaces de ver en el proceso de enfermar y curar una simple fuente de ingresos, un sistema mercantil que, si bien era lícita y respetada por la ley, repugnaba por cuanto suponía de insolidaria para quienes carecían de medios. En el horizonte estaban enmarcados los objetivos de salud para Europa (Europa 2000) contenidos en los criterios de la Conferencia de Alma-Ata. Un Sistema Nacional de Salud de financiación única creaba Áreas de Salud y Zonas Básicas con sus correspondientes Centros de Salud de acuerdo con el número de habitantes, y en ellos comenzaron a trabajar los profesionales sanitarios: médicos, enfermería, celadores, administrativos, etc. en el contexto de los Equipos de Atención Primaria con un funcionamiento en principio participativo, horizontal, en función de objetivos de salud, que inicialmente fueron sencillos, como abrir historia clínica a la población (no ha habido registros a lo largo de decenios, y si los ha habido ha sido a título personal y con nula utilidad para el enfermo y los demás profesionales).

De acuerdo con los principios institucionales, además de la tarea asistencial (tratamiento de enfermedades), era preciso acometer trabajos de detección de problemas de salud en la zona a fin de establecer las necesarias estrategias de prevención, y aquí es donde entraría de lleno el estudio de los riesgos laborales. Se hablaba de establecer un diagnóstico de salud de la zona y de participar de estas inquietudes con la población en el seno de los consejos de salud. Se trataba, en definitiva, de que el Sistema de Salud se adaptase a los problemas de la población y no a la inversa. De repente se empezó por construir edificios dignos y por dotarlos de personal y medios de los que siempre se había carecido. Aquellos que estuvimos condenados a ejercer en lugares de indescriptible cutrez veíamos con emoción cómo venían en camiones muebles, lámparas, archivos, material fungible, otoscopios, esfigmomanómetros de mercurio, sillas, mesas, aparatos de esterilización, guantes, depresores, batas, pijamas de guardia, zuecos, vendas, etc... y, sobre todo: se establecía un sistema de dotación automática de carencias de aquellos elementos que hoy se consideran básicos.

A pesar de lo ominoso del sistema anterior, hubo multitud de resistencias al cambio por parte de quienes tenían incrustados los privilegios anteriores, de tal modo que, a pesar de la mejora innegable del sueldo y de las condiciones laborales, se negaban a abandonar la rentable “igualada voluntaria” que les hacía esclavos del igualado. No parecía sino que todo lo anterior hubiera sido perfecto y que lo que se avecinaba constituyese una aventura que amenazaba con destruir la profesión.

Transcurridos quince años, nadie se imagina trabajar sin instrumentos esterilizados, que no haya un buen botiquín para la urgencia, servicio de limpieza, ropa limpia, fungibles, coche de la empresa para el servicio a domicilio, extracciones en el Centro de Salud, posibilidad

prácticamente ilimitada de solicitar radiografías y pruebas analíticas (anteriormente no se podía pedir más que radiología simple de tórax), etc. La llegada del personal de enfermería garantizaba que las curas se llevarían a cabo por manos expertas y abundancia de medios, así como la puesta en marcha de actividades protocolizadas para las patologías prevalentes como hipertensión arterial y diabetes. Hasta entonces los practicantes se dedicaban casi en exclusiva a poner inyecciones.

Obviamente, al tener que comenzar desde cero, el esfuerzo inicial fue notable. Hasta entonces los conocimientos clínicos de las zonas se los llevaban los sucesivos médicos a la jubilación o a la tumba, y ello era muy apreciado por los lugareños por aquello de la excepcional memoria del facultativo o porque ya era conocedor de sus respectivas “sanguinidades”, pero hoy día a nadie se le ocurre hacer frente a la consulta cotidiana sin un instrumento tan básico para el médico como la historia clínica. La lógica crítica que surgió de los adentros del personal fue la del exceso de burocratización. Pero, ¿qué decir de la finalización de la jornada de 24 horas incluyendo sábados, domingos y festivos? ¿Qué decir de la organización racional de unas guardias pagadas? Las condiciones laborales del personal histórico habían experimentado una mejora inaudita. La sensación de dependencia exclusiva, de esclavitud, de soledad, de incomunicación, daba paso al trabajo en equipo, a las sesiones clínicas, a la interconsulta. El personal que se incorporaba de nuevas, joven en su totalidad, no entendía cómo habíamos podido trabajar tantos años en aquellas condiciones. Todo aquello que me emocionaba le parecía básico y racional. Que protestasen por nimiedades (fotocopiadora estropeada) hacía que me tirase de los pelos y me mordiese la lengua; “no podemos vivir con el pasado: hay que mirar al futuro” –era su respuesta.

Bien, pues desde aquellos tiempos cavernarios hasta la situación actual sólo han transcurrido quince años, y nuevo grupo de problemas se presentan en sustitución de los anteriores. El devenir del ser humano se caracteriza por el constante inconformismo, y eso es lo que propicia el progreso hacia la utopía. Podemos hablar ya de impactos en salud de las poblaciones asignadas gracias a los nuevos procedimientos sirviéndonos de indicadores válidos que nos permiten comparar cómo eran antes las cosas y cómo son ahora. Sin embargo...

SITUACIÓN ACTUAL

“Los españoles tenemos tendencia natural a ser funcionarios” (Joaquín Costa).

Dio comienzo la administración por objetivos de salud (APO), lo que suponía de manera ideal que cada EAP debía hacer un estudio de los problemas de salud de su Zona Básica para hacerles frente y se abandonaba teóricamente la rigidez, la verticalidad del modelo gerencial o curativo. Los profesionales se reunían con las respectivas gerencias y abordaban temas organizativos y esquemas protocolizados de las enfermedades prevalentes. Dieron lugar tímidamente los comienzos de educación para la salud (EPS) en los grupos de riesgo de las poblaciones, y en general se detectaba en el ambiente un saludable espíritu democrático de apertura científica y de aplicación de conocimientos en función de las capacidades de cada uno. Se hablaba incluso de investigación y de días libres para recibir docencia en congresos, cursos monográficos, etc. Aparecieron los reglamentos de organización interna del equipo, se repartieron las diversas tareas, y coordinador/a y responsables de enfermería transmitían con fidelidad a estamentos superiores los acuerdos tomados en las sesiones organizativas que tenían lugar de manera periódica, y que ordinariamente

eran respetados. Por parte de la gerencia de área se percibía el estímulo para que fuésemos capaces de decidir participativamente sobre los cientos de problemas que se presentaban a diario (adjudicaciones de médico, interconsultas pediátricas, horarios en consultorios locales, reparto geográfico de la zona, etc.)

Pero los aspectos limitantes se presentaron como muros inexpugnables.

En mi situación de director de Equipos de Atención Primaria, o subdirector médico de Área en aquellos momentos, recibí la preocupación de un EAP porque no había agua potable en toda una zona básica de salud (año 1991) compuesta por cinco pueblos con cinco mil habitantes en total, población que se duplicaba en verano. El hecho suponía un incremento notable de las gastroenteritis y de los riesgos de enfermedades por transmisión hídrica. Este era un problema de salud de grueso calibre. Nos pusimos al habla con el alcalde para ver de solucionarlo, pero resultó que habíamos invadido competencias de otro grupo funcional, la Consejería de Sanidad, que se apresuró a advertirnos que nosotros sólo habíamos de ocuparnos de los aspectos asistenciales y que no se podía entrar en los sitios “como un elefante en una cacharrería”. Luego las parcelas de poder dividían en compartimentos estancos la sociedad e imposibilitaban la puesta en marcha de nuestros propósitos. El alcalde nos tranquilizaba diciendo que en verano pondría bandos recomendando que no se bebiese agua de los grifos. Diez años más tarde no se había resuelto el problema todavía.

El intento de puesta en marcha del decreto de Educación para la Salud en la Escuela (R.D. interministerial de 1990) como materia transversal, que había de entenderse como una educación para la vida, más cerca de Giner de los Ríos que del modelo biologista al uso, se estrelló contra unos maestros que

preguntaban cuánto más iban a cobrar, que si iba a baremar, o si habría que usar tiempo fuera de su envidiable horario escolar. Chocó también contra unos sanitarios fuertemente atrincherados tras las mesas de sus consultas y poco dispuestos a participar de sus conocimientos con otros grupos sociales. Poca gente estaba dispuesta a modificar sus pensamientos, y esa poca nos encontrábamos en los mismos sitios como si fuéramos miembros de una secta. Sin embargo la titulación de EPS se puso de moda, y todo el mundo era un experto, todo el mundo tenía títulos y todo el mundo quería impartirla,... pero como funcionarios con plaza fija. Poco o nada podrá progresar realmente un país que no destine a la escuela lo mejor y más abundante de su esfuerzo recaudador. La prevención de los riesgos laborales, como la prevención de cualquier riesgo, debe comenzar en la escuela de la mano de maestros competentes, educadores para la vida de los trabajadores del mañana. Aquella fue, en mi modesto punto de vista, una gran ocasión perdida para educar en el cambio social a generaciones enteras que hoy se preguntan el sentido de su vida y van a la busca de valores perdidos.

Otro tanto cabría decir de aquellos equipos ejemplares que quisieron intervenir en la situación de aguas de ríos, aires contaminados, roedores, mataderos, basuras, alimentos, alcantarillados, etc. En todas partes encontraron funcionarios *competentes* que no hacían nada. “Vosotros a lo vuestro” –era lo que decían.

En mi propia Zona Básica había no menos de quince muertos anuales por accidente de tráfico. La culpa la tenía el pésimo trazado de una curva que aparecía abruptamente tras una recta. Nadie veía aquello como un problema de salud. Pasaban los años y unos se lanzaban la pelota a otros mientras se iban desnucando personas en lo mejor de sus vidas. Que si corresponde a Tráfico, que si es de la

Dirección General de Carreteras, que si el propietario de la finca pone pegas, etc. Desde que un alcalde abordó el problema con seriedad y modificó el trazado no ha vuelto a morir nadie allí. Aquel alcalde sabía de salud y era responsable. Salvó más vidas con su actuación que las que salvará el Centro de Salud del pueblo a lo largo de su historia.

En una zona de las proximidades de Madrid, en la que la mayor parte de los habitantes trabajaba en la capital, y de alta tasa de nacimientos por estar poblada a expensas de parejas jóvenes, se pretendía ofertar exclusivamente horario de mañana, con lo que la única manera de acceder al Centro de Salud era el turno de urgencia. El fuerte sentimiento funcional, alma de café con leche y tabaco en el decir de García Lorca, se aferraba a prebendas de rancia raigambre en favor de la medicina privada que, feliz con aquellas rigideces, facilitaba la amable accesibilidad que no ofertaba la pública. Costó severos disgustos y lágrimas amargas el establecimiento de turnos de tarde para aquella gran mayoría de madres trabajadoras que sólo podían acceder con sus hijos a pediatría en aquel turno, y lo mismo digo para los trabajadores de mañana.

Aquella feliz Arcadia de la administración participativa y por objetivos de salud tenía los días contados, y nada tuvo que ver en ello el turno en el poder de los partidos políticos mayoritarios. Recibió acusaciones de *cubanización de la salud* provenientes de los sectores liberales que, haciendo alarde de libertades, decían que se pretendía disciplinar a los hipertensos, diabéticos, etc. Los mismos directores gerentes que sustituyeron a los anteriores por cese fulminante eran de la opinión de que resultaba más barato curar las enfermedades que prevenirlas. Desapareció el diagnóstico de salud, la APO (administración por objetivos de salud), la EPS (educación



para la salud) y la participación de la población en los nonatos Consejos de Salud.

Asistimos hoy día a la aparición de nuevas entidades nosológicas que, tal vez, pudieron ser abordadas en su día con eficacia desde la educación para la salud en la escuela y desde los objetivos de los centros. Los psiquiatras lanzan llamadas de estímulo para que los profesionales de Atención Primaria se impliquen en el creciente número de depresiones ante el que se sienten incapaces de actuar por sí solos. La masiva implantación de inmigrantes en nuestro territorio se hubiera beneficiado de acciones conjuntas contra la xenofobia y en pro de la integración en la escuela y en las calles. La violencia de género hubiera podido ser abordada como otro tema de salud. Las

peculiaridades del sistema laboral actual favorecen la aparición del llamado *mobbing*, lacra deshumanizada de la relación entre la empresa y el trabajador. Y como esos, muchos otros que evolucionan de manera enfermiza fuera del contexto sanitario (drogas, alcohol, fracaso escolar, depresión infantil, etc.).

La Administración volvió de nuevo a ser vertical. Ordeno y mando. La erótica de estar arriba y dar instrucciones. Los médicos se replegaron a sus consultas y se dedicaron a hacer lo que sabían hacer: recetas. La investigación farmacéutica y el mercado hacían que los medicamentos fuesen progresivamente más caros, circunstancia que se pretendió paliar inútilmente con la prescripción de *genéricos* y manteniendo bajos los salarios de los facultativos, los más bajos de la Comunidad Europea, por debajo de Grecia y Portugal. “La culpa de que peligre el sistema de salud la tienen los médicos porque recetan caro” (eso dicen algunos) y mientras, sucede que la dispensación de los medicamentos se relega a farmacéuticos privados otorgándoles un porcentaje de beneficio no inferior al 30%. Es el sistema curativo, el que se basa en recetar, en curar enfermedades. Es, dicen algunos, más barato que prevenirlas. ¿Lo entiende alguien?.

Pero resulta que para hacer recetas no hacían falta tantas contrataciones, tantos edificios; para ese viaje no hacían falta alforjas. Ahora sí que es caro, porque hay un diseño preventivo trazado y un montón de trabajadores con ocupación extraordinariamente desigual, y nula preocupación por nada que no sea estrictamente asistencial. La carga asistencial en el modelo curativo y gerencial recae abrumadoramente, como no, sobre el médico, que vuelve a estar como antes, solo que con más papeles, sin tiempo para otra cosa que no sea pasar consulta. Es así como surge y toma carta de naturaleza una nueva entidad específica que

recibe el nombre anglosajón de *burnout* o síndrome de estar quemado. Se trataría de una nueva enfermedad laboral no reconocida oficialmente muy característica de los médicos que ya no creen nada, que actúan como *San Manuel Bueno Mártir*, cura unamuniano que decía sus misas sin fe y sin Dios.

En virtud de la creciente burocratización (aceptada burocratización) de nuestro trabajo, nos serían de aplicación las normas preventivas para oficinistas: uso de pantallas de ordenador, asientos adecuados, luz, vista cansada, higiene de la espalda, sedentarismo, etc.

Por tanto, de la especialidad de *medicina familiar y comunitaria* sólo queda el nombre, porque nuestros profesionales son cada vez más remisos a implicarse en la comunidad y manifiestan tener *bien educados* a sus pacientes cuando se ven obligados a hacer pocas o ninguna visita domiciliaria. Somos la puerta de entrada al sistema sanitario, el filtro y no sé cuántos disparates más. Con la barbaridad de dinero que estamos costando, hacer lo que estamos haciendo...

En este estado de cosas puede suponerse que a la cola de todas las preocupaciones de un EAP estaría la de los riesgos laborales. Las peculiaridades de la nueva sociedad, la generosidad política de los altos estamentos ejercida sobre la espalda de los trabajadores, la permisividad, la incuria en muchos casos, la inoperancia, la ignorancia de la realidad, el deseo soterrado de la privatización de la Sanidad, la nula consideración del médico de Atención Primaria como agente de salud en primera línea de fuego, le exponen ante la decisión arbitraria del violento, el loco, el borracho, el drogadicto, etc. de causarle agresiones si viene al caso sin otro intento disuasorio que un cartelillo del Colegio de Médicos amenazando al agresor con incoarle un proceso penal. Y es el Colegio de Médicos, entidad decimonónica carente de significado

laboral y representativo, quien publica este tímido bando clavado en las puertas de los consultorios para ser leído únicamente por los que no agreden al médico.

No menos inoperantes en materia de prevención de riesgos laborales son los sindicatos a través de sus legítimos representantes, componentes de las juntas de personal, que hace quince años ya firmaron acuerdo con la empresa de emolumentos irrisorios por hora de guardia trabajada para médicos de EAP (1.000 pesetas netas), e insultantes para médicos de refuerzo en fines de semana y festivos (600 pesetas netas) sin que a fecha de hoy apenas se hayan modificado, sin que se produzcan dimisiones, sin que nadie se sonroje (pagar mal constituye también una amenaza para la salud laboral). Parece que en ellos reside en parte la composición de los Delegados de Prevención de Accidentes Laborales previstos en la Ley 31/1995 de 8 de noviembre, pero en Equipos de Atención Primaria de más de treinta trabajadores, que son muchos, brillan por su ausencia. Tampoco se considera la constitución de un Comité de Seguridad y Salud en equipos (centros de trabajo) que cuentan con 50 o más trabajadores. No se les ve. ¿En qué emplean sus horas de liberación de jornada? En cualquier otra profesión cuando se hace guardia nocturna se libra al día siguiente, menos en Atención Primaria de Salud. Años y años hemos estado trabajando por la noche en equipos de alta incidencia de urgencias (un médico y una enfermera para poblaciones de más de 20.000 habitantes), y al día siguiente nos hemos visto obligados a seguir pasando consulta (consultas atestadas de pacientes) con el riesgo consiguiente de cometer errores por cansancio.

Esto no quiere decir que al autor de este artículo le parezca que la corrección de estos aspectos sea indispensable para el funciona-

miento de la Sanidad, aunque sea en condiciones precarias, pero le permiten ejercer una reflexión sobre el eterno divorcio español entre la normativa vigente y la realidad, aún en los casos de empresas y sindicatos que debieran dar ejemplo con su conducta. ¡Qué bien legislamos los españoles!.

LOS RIESGOS LABORALES DE LOS PACIENTES

Considerando que nada queda a hacer en actividades preventivas de salud, como no se trate de vacunas, hemos de referirnos a lo que nos aportan las entidades profesionales de la prevención de riesgos laborales en forma de informes, analíticas y otras pruebas complementarias. Este es otro de los despropósitos del actual enfoque de la Sanidad, en donde muchos grupos quieren meter la cuchara procediendo a la duplicación y triplicación del esfuerzo. Me explico:

Un paciente natural A de un médico de cabecera B trabaja en la empresa C. El paciente A no tiene tiempo de asistir a la consulta nunca para hacerse un examen de salud con su médico, pero la empresa C se lo facilita para que se lo haga la mutua D. La mutua le reconoce y le hace pruebas con algunas recomendaciones para el médico B. Resulta que, como no tiene tiempo de ir, manda a su mujer E para que B le interprete las desviaciones, a veces mínimas, de unas pruebas nada concluyentes. Y el esfuerzo no sólo resulta inválido sino perjudicial, pues contribuye al pésimo concepto de salud, muy norteamericano, del *chequeo*, muy apto por otra parte para comprobar el estado de un automóvil; la salud como silencio de las vísceras, la salud como la normalidad de las cifras. De nada sirve explicar que hemos conocido cadáveres que pocos días antes tenían los análisis completamente normales. El con-

cepto de salud es uno de los más sometidos a opinión de cuantos he conocido, más aún que el de *amor* y más que el de *libertad*. En un grupo de trabajo de unas veinte personas, prácticamente los veinte hemos definido la salud de manera diferente. De lo único que tengo certeza es que el abordaje que señalan las mutuas de prevención de riesgos laborales es insuficiente. Debieran estar instituidos unos días al año (dos tal vez) para que el trabajador se entrevistase con su médico de cabecera y no sólo acudir a él cuando enferma. ¿No parece más lógico que el examen de salud lo lleve a cabo el médico natural de ese trabajador, que es quien conoce su historia, sus antecedentes, su trabajo y su entorno familiar? A veces, las exploraciones rutinarias conducen a resultados sorprendentes: un paciente me aporta un informe de una mutua con datos de exploración normal del reflejo pupilar de ambos ojos, siendo el izquierdo una prótesis de cristal (documentado). Naturalmente que un médico de familia, dedicado en alma y vida a rellenar febrilmente recetas y formularios a lo largo de una jornada laboral, no podría hacerse cargo de esta encomienda razonable, pero podría si se dedicase en exclusiva a aquellas cosas que competen a su oficio, y todo el personal dejase de buscar facetas a la trascendencia de su papel en Atención Primaria, asumiese la parte que le toca de burocracia, renunciase a prolongados desayunos y a recordarse mutuamente, sindicalmente, aquellas cosas que no tiene obligación de hacer en favor de una deseable flexibilidad, en aras de la calidad de la atención al paciente. Pero el daño producido es ya muy profundo: en el momento actual los trabajadores de un EAP se componen de funcionarios/as (propietarios de plaza) y de personal aspirante a funcionario/a (interinos y suplentes). Se producen velozmente contrataciones de seguros privados paralelos para lograr ese

deseado confort sanitario que producen la desinformación y el consumo, y se va cuestionando a pasos de gigante la eficacia del sistema público: si el pueblo quiere resonancias magnéticas, se le hacen, aunque tenga que pagarlas aparte; si quiere la habitación de la parturienta llena de gente, que la tenga. En los anuncios televisivos de las sociedades privadas no avisa nadie que el paraguas se cerrará ante la lluvia de la edad avanzada o que las primas serán desorbitadamente caras. El Estado, irresponsablemente, de manera conivente, no anuncia a su vez las virtudes solidarias de uno de los mejores sistemas de Atención Primaria del mundo en peligro de desaparición, no educa a los ciudadanos a través de los medios de comunicación para el uso racional de los medios y para el autocuidado en salud, no... Es un verdadero despropósito. Se habla de que el crecimiento del gasto en la sanidad pública es incontenible, insostenible, exponencial, etc. Hay, al parecer, dos causas llamativas: el gasto farmacéutico y la incorporación de los inmigrantes. Careciendo de fundamentos económicos, pero dotado de capacidad de observación, con respecto a la primera causa diré que:

- Es el propio Estado quien aprueba la fabricación, introducción y financiación en el sistema público de fármacos carísimos y de dudosas ventajas terapéuticas sobre los más baratos. Luego se dedica a través de las áreas de salud a poner en el índice a los médicos que los prescriben.
- La dispensación de los medicamentos y el beneficio de su comercio sigue corriendo a cargo de farmacéuticos privados.
- Sigue sin implantarse la dosificación individualizada del medicamento, de modo que cuando el médico quiere que el paciente tome 10 cápsulas, éste se ve obligado a comprar un envase de 30, teniendo de tirar 20.

Y en referencia a la segunda:

- No hace mucho, cuando ni siquiera se sospechaba el fenómeno de la inmigración masiva, se decía que la Seguridad Social estaba en quiebra, que no le quedaba oxígeno ni para cinco años, que no había relevo generacional, etc.
- Tal vez, coincidiendo con años de bonanza económica, el paro bajó sensiblemente y los inmigrantes fueron ocupando puestos de trabajo rechazados por los españoles. Si cada uno de ellos, desde su puesto de trabajo cotizase al sistema, el peligro de quiebra quedaría conjurado. Pero haría falta una Inspección Laboral enérgica que sancionase los fraudes. Hay relevo generacional.
- A pesar de saber que España se ha convertido en la puerta de entrada europea de la inmigración, todavía soportamos un número inferior de inmigrantes que el de muchos países comunitarios que no hablan de crisis del sistema sanitario. Y si hablan, peor para ellos.

Se me ocurre señalar más causas de riesgo del sistema como:

- Insólita proliferación de cargos burocráticos sin contenido real. Muchos edificios

oficiales tabican sus salas para crear docenas de despachos para jefes, subjefes y jefecillos.

- Hacienda Pública implacable con clases medias y permisiva con los millonarios (el número de ricos oficiales españoles es irrisorio). Los millonarios como hipotéticos creadores de riqueza a los que no se puede importunar con impuestos progresivos.
- Insuficiente actuación frente al gasto disparado de la ILT (incapacidad laboral transitoria), capítulo muy superior al del gasto farmacéutico y del que apenas se habla.

Me adelanto a quienes quieran tildar de catastrofistas estas opiniones para darles la razón: es catastrófico haber siquiera intuido la solución inteligente de un problema largamente sentido: la salud como derecho y no como objeto de comercio, y haber renunciado a defenderla sin resistencia desde la comodidad de los escaños llamados progresistas. Pero a nada se acostumbra más rápidamente el ser humano que a las catástrofes (pocos días más tarde de la tragedia del Sureste asiático, los turistas europeos que habían pagado sus vacaciones tomaban tranquilamente el sol en unas playas que aún olían a muerto).