

## Antonio Fernández-Pro Ledesma

Presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

# «El sistema sanitario se está manteniendo sobre los hombros del médico de atención primaria»



Silvia Estebarán  
Fotografía: Lucía Diz

– **La Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) acaba de cumplir 30 años. ¿Qué balance puede hacer a día de hoy sobre la salud de esta sociedad científica?**

– La SEMG tiene buena salud, porque seguimos lanzando los mismos mensajes que cuando se creó. Se fundó en una situación tremendamente complicada, y a partir de ahí empezamos a trabajar por y para el médico de atención primaria y el médico de familia. La formación que hacemos tiene unos criterios rigurosos y da respuesta a las necesidades de los profesionales, y creemos que es fundamental que todo nuestro trabajo esté enfocado a mejorar la calidad de la asistencia que prestamos a los pacientes. Con este planteamiento las cosas funcionan bien, y creo que esta afirmación se sustenta en el crecimiento casi exponencial que estamos teniendo en los últimos años.

– **Uno de los proyectos formativos más relevantes de la SEMG es la creación de una herramienta de desarrollo profesional (DP) para facilitar la recertificación y la renovación de la competencia profesional. ¿Podría explicarnos cómo funciona?**

– El DP-SEMG es la herramienta que la SEMG creó para la reacreditación del médico de atención primaria, pero también podría ser perfectamente utilizada por otras especiali-

dades. Hemos conseguido hacer un instrumento muy útil y que da respuesta a las necesidades que va a tener el médico cuando llegue la hora de la reacreditación. Y digo «cuando llegue la hora» porque, por diferentes vicisitudes políticas, aún no se ha publicado el real decreto sobre la transcripción de la Directiva Europea de Cualificaciones Profesionales. Está parado; supongo que en el momento en que salga, todo esto se activará de una manera rápida.

La principal cualidad que tiene el DP-SEMG es que es una herramienta hecha por los propios médicos, y una gran ventaja es que está testada por los propios pacientes; es decir, el paciente determina en muchos casos cuáles son las necesidades que piensa que debe cubrir su médico.

Yo creo que hay una diferencia básica con otras plataformas, y es que no es una plataforma de formación. El médico puede identificar los déficits formativos que tiene con respecto a sus áreas competenciales. Tenemos toda la formación necesaria y suficiente para que el mapa competencial del médico sea completo, pero el médico es libre de elegir dónde, cómo y cuándo quiere formarse. El DP-SEMG es una herramienta amable, fácil, y que además creo que puede ser extensible a cualquier otra especialidad, cambiando los mapas competenciales.

## Entrevista

Antonio Fernández-Pro Ledesma

### – ¿Ha tenido buena acogida?

– De momento la necesidad del médico de recreditar-se es escasa, puesto que el real decreto todavía no se ha publicado. Es verdad que los diferentes colegios de médicos del país han empezado con la revalidación periódica de la colegiación, que será el primer paso obligatorio para la reacreditación. Es decir, serían dos pasos estrechamente vinculados: la recolección y la reacreditación. Por un lado, decimos que el médico colegiado tiene las facultades necesarias para ejercer como médico, y con la reacreditación lo que decimos es que ese médico tiene las competencias profesionales y científicas suficientes para ejercer.

Yo diría que todo el mundo está esperando a ver qué hace el Ministerio con la reacreditación.

### – En relación con la formación continuada de la SEMG, ¿cuáles son las líneas de interés prioritario?

– Cuando realiza alguna actividad formativa, la SEMG siempre trabaja con unos criterios que son absolutamente rigurosos. El primero de ellos es que toda la formación que hacemos debe ser acreditada por el Sistema Nacional de Salud. El segundo criterio, creo que el fundamental, es que la formación responda a una necesidad del profesional. Y el tercero, que seguramente constituye la principal innovación de la SEMG, es que las actividades formativas, además de otorgar créditos nacionales, acrediten la competencia.

La idea de la SEMG es actuar en la formación continuada como un todo: acreditación y certificación del profesional. Sin olvidar una línea estratégica para nosotros, que es la investigación para modificar actitudes y mejorar la calidad asistencial.

### – En su opinión, ¿las consultas del médico de familia tienen que ser más tecnificadas y resolutivas o más humanizadas?

– Nosotros siempre decimos que las principales herramientas que debe tener un médico de familia son dos: tiempo y una silla. Evidentemente, la capacidad resolutiva del médico de atención primaria aumenta, como no puede ser de otra manera, conforme tiene más capacidad diagnóstica y más acceso a pruebas complementarias.

A mi juicio, una de las grandes ventajas que tiene el médico de atención primaria es que es quien decide en qué personas se van a poner los recursos para mejorar su calidad de vida. La identificación de esas personas dentro de toda la comunidad nos confiere un valor añadido con respecto a otras especialidades.

### – Las cifras señalan que la atención primaria es una de las especialidades más envejecidas. ¿Cree que es atractiva para los residentes?

– La medicina de familia por sí misma es muy atractiva, pero nadie elige lo que no conoce. Si realmente los políticos tienen voluntad de que la atención primaria sea el eje del sistema, todo pasa por que esté en la universidad para que los estudiantes la conozcan, como sucede con

otras especialidades, como, por ejemplo, cardiología o neumología. Vivimos en un mundo de escaparate, donde la tecnificación nos tiene subyugados. Pero también debemos reconocer que la entrevista médico-paciente es ese momento íntimo que al final nadie te quita. Y ese momento es del médico de familia. La solución está en que se nos conozca.

### – Y ya para concluir, me gustaría saber qué opina sobre la movilización de los médicos de atención primaria en algunas comunidades autónomas por la saturación de las consultas, entre otras reivindicaciones. ¿Cuál es su opinión respecto al número máximo de visitas y el tiempo que se debe dedicar a cada paciente?

– Yo paso consulta todos los días y, cuando dedico más tiempo a un paciente, es el paciente que viene detrás el que se queja del retraso; es decir, si tengo una agenda con un paciente cada tres minutos y no la cumplo, al final del día voy a generar horas de espera. Yo creo que cada paciente necesita el tiempo que necesita, y eso requiere una planificación de la consulta y una agenda coherente. Y una agenda que cita a cuatro, cinco o seis pacientes cada cuarto de hora no es una agenda coherente.

Hace ya muchos años que venimos reivindicando un mínimo de 10 minutos por paciente. Yo siempre he dicho que 10 minutos de media está bien, pero que habrá pacientes que necesiten media hora y otros que necesiten tres minutos. El médico debe manejar su propia agenda, porque es quien mejor conoce los procesos y situaciones de sus pacientes.

Las reivindicaciones de los médicos de atención primaria se están extendiendo como una mancha de aceite; empezaron en Andalucía, luego se extendieron a Cataluña y a Galicia, con la dimisión de algunos responsables de atención primaria. Yo creo que el médico de atención primaria ha llegado al límite porque el sistema sanitario se está manteniendo sobre sus hombros.

Las listas de espera son el peor copago que tienen los pacientes, y donde mejor se visualiza ese copago es en la consulta del médico de atención primaria. Cuando un paciente está seis meses esperando una prueba complementaria o nueve meses para que lo atienda otro especialista, no cabe ninguna duda de que va a ser el médico de atención primaria quien resuelva sus problemas durante esa espera.

La atención primaria ha de contar con los recursos humanos suficientes y las dotaciones presupuestarias necesarias para ofrecer al ciudadano una atención de calidad. Ahora que hacemos una medicina más individualizada y con una elevada prevalencia de pacientes crónicos, tenemos que poner los pies en el suelo, ser sensatos y trabajar todos poniendo al paciente en el eje del sistema.



Accede a la entrevista completa

