

La Pandemia por SARS-CoV 2 y la AP Rural en España

Antecedentes, situación previa

Comenzaba el año 2020 con esperanza para la profesión médica en general. El año anterior había sido francamente positivo al entender los políticos que la Atención Primaria debía ser mejor considerada dado el enorme varapalo recibido desde la crisis del 2008 y años posteriores. El propio parlamento español había recibido a nuestros representantes para analizar las carencias y dificultades por las que pasaba nuestra profesión. Disminución sin precedentes de nuestro poder adquisitivo, peores condiciones laborales, crisis de residentes, en definitiva, un nuevo caldo de cultivo para la reivindicación y la manifestación.

El parlamento, tras el análisis oportuno, decide preparar una ley que proponga un reordenado, que no nuevo, sistema sanitario introduciendo mejoras en la formación, investigación, carrera profesional y medios que acaben con la precariedad en nuestro estatus laboral. Eso sí, sin presupuesto fijo, específico y finalista lo que produjo más de un sentimiento de engaño, de nuevo.

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social elaboró con fecha 10 de abril de 2019 un documento: “Marco estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria” promulgado en BOE nº 109 el 7 de mayo. Este documento o declaración de intenciones fue presentado al Consejo Interterritorial de Salud y viene avalado por un elenco de políticos, profesionales, organizaciones de pacientes y ciudadanos y sociedades científicas sin igual que, aunque, había desacuerdo con algunos de sus postulados, era un buen comienzo.

En su primera frase afirma: “En esta legislatura, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social ha considerado URGENTE impulsar la actualización de la Atención Primaria y Comunitaria del Sistema Nacional de Salud”.

En este documento o marco estratégico ya se afirma que el impacto de la crisis y las políticas de austeridad previas hacen necesaria la actualización de este nivel asistencial, considerando una demanda inaplazable esta tarea solicitada por profesionales y ciudadanía en general.

En él se señalaba que “La evolución de la AP de Salud en España ha sido objeto de múltiples análisis documentales, principalmente a lo largo de los últimos 20 años. Hasta el momento actual, no se han introducido en el sistema los cambios necesarios para abordar en profundidad los problemas del modelo presentes desde sus orígenes, ni aquellos otros evidenciados en su desarrollo hasta su implantación global o los relacionados con las restricciones adicionales de todo tipo derivadas de la crisis económica iniciada en el año 2008. Y sigue diciendo; “El resultado global han llevado a la APS a una crisis manifiesta que se traduce en variabilidad territorial, de recursos humanos y de cartera de servicios en el territorio nacional”.

Qué más se puede añadir a este ambicioso plan y que describe tan acertadamente la situación de partida previa a la pandemia. Crisis, crisis y crisis de nuestra AP. Por tanto, ya se puede afirmar sin el menor escrúpulo, que venimos de una situación mala, malísima. Y no lo dicen los médicos, lo dicen los

políticos y los ciudadanos según refrenda este documento marco, que culmina su análisis de la situación con una contundente frase "Los problemas están identificados y analizados, ahora hay que pasar a la acción".

Los problemas que castigaban y atenazaban a la AP Rural eran:

1. La masificación con cupos desbordados o la dispersión en el caso de los más rurales, con multitud de plazas de difícil cobertura y en progresivo aumento.
2. La excesiva burocratización de las consultas médicas.
3. La escasez de recursos materiales como los telemáticos o asistenciales con deficiencias de tipo estructural en muchos consultorios rurales.
4. La escasa accesibilidad a la docencia e investigación por parte de los médicos rurales.
5. La inexistencia de profesores asociados del mundo rural por obstaculización de las propias Universidades.
6. El ninguneo de muchas Unidades Docentes a la hora de consolidar la AP Rural en su agenda formativa, ofreciendo rotaciones de 1 a 3 meses, en el mejor de los casos, en la zona rural.
7. La sobrecarga de la atención continuada de 24 horas que se prolonga con la jornada ordinaria sin solución de continuidad, convirtiendo jornadas de 30 horas ininterrumpidas y sin el reconocimiento ni económico ni laboral ni personal (dietas, transporte...) a esta situación.
8. No computación del tiempo in itinere en la jornada laboral y ausencia de seguros de desplazamiento adecuados para el personal rural.
9. Mala conciliación familiar con déficit de sustituciones adecuadas del personal rural.
10. Ausencia de una adecuada política de productividad/incentivo por ocupar plazas rurales.

Comienzo de la pandemia

Cuando todo parecía que se encarrilaba hacia una acción sobre nuestro sistema sanitario, aparecen esos curiosos casos clínicos con enorme capacidad de contagio y con nefastas consecuencias vitales. Se registra en España a fecha 31 de enero un caso de neumonía rara en un paciente alemán ingresado en La Gomera. Presuntamente se había contagiado de un coronavirus en Alemania con otro infectado. Nueve días después se da otro caso de Covid-19 en Palma.

Nada se transmitió a los medios de comunicación hasta que el virus saltó a la península el día 24 de febrero, San Modesto, dándose los primeros casos en Madrid, Valencia y Barcelona. Fue entonces cuando los medios de comunicación nos invadieron a todos los españoles creando un sentimiento de epidemia importante que podría amenazar nuestro sistema de vida.

El origen estuvo en una ciudad China, nada más y nada menos, Wuhan, en donde aún hoy no sabemos con certeza que pasó, si hay un animal vector del que salto a las personas o hay fugas de un laboratorio específico de Coronavirus sito en aquella ciudad, que mala casualidad, o hay otras posibilidades que hasta la fecha aún no han podido ser totalmente esclarecidas. Y qué más da. Ya lo

tenemos aquí, venga de donde venga. Ya nos dirán los investigadores lo que nos falta por conocer en los próximos meses.

Cómo reaccionó la AP Rural

Por otra parte, la AP Rural reaccionó primero con sorpresa, después desconcierto y finalmente pesadumbre. Vimos como las residencias de nuestros mayores eran pasto fácil del Covid-19, como un enorme número de profesionales sanitarios caían fruto del contagio, como el miedo se apoderaba de la población y como los datos de apoderaban de los medios de comunicación de toda Europa al principio y del mundo desarrollado después. Ya no había vida después de la pandemia, no era posible regresar a la normalidad. Se inventaba la **Nueva Normalidad**.

En el meollo de la pandemia, eso que llamamos ahora primera ola, se pusieron al descubierto las vergüenzas de nuestro sistema sanitario. Faltaba personal, faltaban medios y faltaba organización. Es decir, lo que ya sabíamos, pero puesto de relieve delante de todo el mundo. Nuestra joya de la corona, desnuda ante el mundo.

Pero la AP intentaba sobrevivir ante tal embate pandémico. Eran los hospitales los verdaderos protagonistas de la primera ola, ingresos, camas, Ucis, respiradores, especialistas, etc. No existíamos. Muchos profesionales del primer nivel fueron traspasados a los hospitales, viejos y nuevos. Muchos centros fueron cerrados por mor de decisiones políticas poco maduras o tal vez insensatas. Muchos médicos de AP innovaron medidas de protección individual y colectiva, se cambiaron las agendas, se modificaron los horarios, se trastocaron los registros, se pasó a una consulta mayoritariamente telemática de la noche a la mañana y se vaciaron las salas de espera de nuestros consultorios. Y eso que recibimos con expectación se volvió en nuestra contra.

Ver las salas de espera vacías era algo que llevábamos sin ver años y años. La masificación de nuestras consultas era uno de los problemas más acuciantes de nuestra labor desde hacía años y rezábamos por una agenda aceptable, por un tiempo mínimo de atención digno para cada paciente y con un número de TIS soportable para el profesional. Hitos ya demandados desde la añorada Plataforma 10 minutos y otras plataformas reivindicativas: ¡Que años! Y mira por donde nuestras salas de espera vacías por acción de un virus.

Pero nuestro gozo en un pozo. Las visitas se tornaron telemáticas y comenzó el estruendoso momento del teléfono. Todo el mundo tenía algo que preguntar, algo que pedir y algo que demandar.

Pasamos de unas pocas llamadas al día a más de 40. Empezaba a ser ingobernable. Los que nunca acudían al centro de salud por motivos banales encontraron una vía de comunicación rápida y sencilla con su médico o enfermera. Además, se complicaba con el registro de infectados, ingresados, altas y seguimientos de cada vez más y más usuarios. Los rastreos, los controles según protocolo, los seguimientos de pacientes domiciliarios y las nuevas altas hospitalarias nos sobrepasaron como un tsunami.

Hay que decirlo claramente, hemos sido sobrepasados. Y lo peor de todo es el sentimiento que te queda de no llegar a controlar tu cupo, a tus pacientes. Sabes que no puedes ejercer la medicina tal y como es, tal y como tus pacientes merecen. Te encuentras atontado, paralizado y poco productivo, señales inequívocas de que tu salud mental no es la adecuada, hasta tal punto que comienzan las bajas, las deserciones, las huidas, los ceses y los abandonos. Hemos creado hasta gabinetes psicológicos para tratarnos los problemas emocionales que estamos soportando cada día. Esto no es medicina.

¿Y el mundo rural qué?, ¿cómo afronta este tsunami infecto-contagioso? Pues muy mal. Al desconcierto asistencial creado por la pandemia hay que añadirle los problemas de asilamiento, mala accesibilidad a todo, menos medios y más usuarios que nunca. Consideremos que el confinamiento de las grandes ciudades ha traído a la zona rural muchos ciudadanos no dispuestos a pasar las cuarentenas en pisos de 80 metros cuadrados, sin ver el sol, sin aire. Y aquí están los médicos rurales, con los mismos problemas de los urbanos, pero con más pacientes, más burocracia, más asilamiento y menos medios.

Eso sí, coge el coche cada mañana y preséntate en tu pueblo con energía para afrontar un nuevo día. Un montón de cosas pendientes: programas preventivos en marcha, seguimiento de los pacientes más frágiles, la vacunación de la gripe que mira por donde ha coincidido, el control y seguimiento de los Covid de cada día y de los días anteriores, burocracia y más burocracia pues cada cosa tiene su papel, hasta los desplazamientos de los ciudadanos. Cierra la consulta y vuelve a casa sin saber si vuelves solo o con el alguien. Reza para que los tuyos no se vean comprometidos por ti cuando no te has desplazado a vivir solo a una habitación.

Qué lejos quedan los aplausos de la ciudadanía cuando nuestras vergüenzas asoman por doquier. Pacientes que se sienten insatisfechos, sin atención o defraudados, que querrían ver a sus médicos haciendo lo que hacían y no esto que llamamos consultas telemáticas.

El Médico Rural ante la pandemia. Cambios en la consulta y en el trabajo diario.

Directrices y protocolos

Qué decir de los protocolos y guías de manejo del paciente infectado o contacto. Es posible que sobre sobrepasen los 100 en estos 6 meses y que, con relativa frecuencia, contradecían al anterior

Con la pandemia, el modelo asistencial cambia por completo y se propone uno nuevo, al que la Atención Primaria Rural ha tenido que adaptarse, basado en:

1. Consultas Telefónicas con el fin de evitar consultas presenciales que fomenten el contagio. Se detectan malas coberturas, medios obsoletos y falta de líneas y personal para atender esta demanda. Era una de las tareas a solucionar a corto plazo en el Marco Estratégico junto a una

- legislación que la respalde. Este tipo de consultas se convirtieron en la forma de atención preferente al paciente.
2. Concretar las consultas presenciales más importantes en escasa o mínima cuantía, mediante la modificación de las agendas dando prioridad a las consultas no presenciales.
 3. Reducir los avisos domiciliarios a los pacientes más frágiles intentando minimizar los riesgos a estos pacientes. La Estrategia de 2019 pretendía lo contrario, aumentar nuestra agenda domiciliaria.
 4. Sustituir el tiempo de seguimiento y control de un gran número de patologías por el de atención telefónica, que se ha visto, con frecuencia, desbordada. Pacientes que antes o no acudían o no consultaban por procesos banales o leves consultan ahora por teléfono al tener mayor facilidad y accesibilidad por este medio.
 5. Aplazar las consultas programadas, cuando no eliminarlas definitivamente, en pro de atender la demanda más urgente y la detección, control y seguimiento del Covid-19.
 6. Eliminar cualquier consulta o proceso de prevención, promoción y medicina comunitaria. Incluso se han llegado a paralizar campañas vacunales en todo el territorio nacional. Programas de prevención del cáncer se han visto paralizados, programas de seguimiento de crónicos demorados y actividades comunitarias eliminados de las agendas.
 7. Las sesiones clínicas de cada centro se han eliminado, la formación es solo vía web y la investigación se ha visto relegada. Ha habido problemas para formar a los residentes y lo que han visto y aprendido en estos meses es precisamente lo que los médicos de familia no queremos hacer. La rotación rural de los residentes varía entre unidades docentes entre 1 y 3 meses. Es indispensable que dicha rotación sea común a nivel nacional y durante un mínimo de 3 meses.
 8. En la primera fase de la pandemia Atención Primaria no dispuso de métodos diagnósticos. Los test eran realizados sólo en ámbito hospitalario. Posteriormente, se fueron extendiendo a los centros de salud la determinación de PCR o anticuerpos frente al virus. Actualmente también contamos con test de determinación de antígenos
 9. Distanciamiento social, aislamiento del paciente infectado y de los contactos estrechos del paciente positivo y su control por los médicos de Atención Primaria. Estas medidas de confinamiento domiciliario, aislamiento social y control por su médico, fueron la clave para frenar la curva de la pandemia. Hasta la llegada los test diagnósticos a los centros de salud no ha sido posible establecer criterios de aislamiento domiciliario de forma exclusiva a los pacientes covid-19 positivos y sus contactos, optimizando así las bajas laborales y su repercusión económica.

En definitiva, la pandemia ha cambiado radicalmente nuestra manera de actuar, nuestra profesión, convirtiéndonos en administrativos y gestores de la pandemia casi en exclusividad, erradicando casi por completo la atención domiciliaria, presencial, comunitaria, preventiva, docente e investigadora. Todo

ha sido paralizado sin saber si volveremos a poner en marcha todo este engranaje que define nuestro perfil profesional.

Debemos de resaltar que los profesionales de Atención Primaria han trabajado con espíritu de sacrificio por sus pacientes, siendo ejemplo de ello el gran número de profesionales afectados y fallecidos por la pandemia. Son ya 69 los médicos en activo fallecidos por el Covid-19, de ellos casi la mitad de AP o urgencias.

La situación crítica que sufre la Atención Primaria desde hace años traducida en falta de inversión, falta de personal, sobrecarga asistencial, poco tiempo para la investigación, escasa inversión en formación, obsolescencia tecnológica, falta de adecuadas redes de telecomunicaciones... sumado al trabajo extenuante asistencial de la pandemia covid-19, y a la falta de descanso, ha favorecido la desmotivación, abandono y agotamiento del personal de Atención Primaria.

Los colegios de médicos a través de la Fundación de protección social han facilitado ayuda para superar el estrés psicológico, su salud mental o el agotamiento a los médicos que la pudieran necesitar, los Servicios de Salud también han puesto en marcha programas a través de los servicios de salud laboral, aunque no todos los sanitarios han conocido su existencia.

Qué fue mal para la AP y los médicos rurales

España reaccionó tarde a la pandemia porque ignoró o malinterpretó las alarmas y problemas sanitarios que estaban sucediendo en China y posteriormente en Italia. Pero también reaccionó mal porque la lucha contra el virus se centró en el confinamiento de la población y potenciación de los hospitales, fundamentalmente las Unidades de Cuidados Críticos en la lucha con la Covid-19, abandonando la atención de enfermos con patologías agudas y crónicas y, así mismo, a la Atención Primaria y a sus profesionales.

La comunicación del gobierno con los ciudadanos fue unidireccional; consistió en una comparecencia semanal del presidente del Gobierno y otra diaria, del director del Centro de Coordinación de Emergencias de Sanidad que explicaban los datos actualizados de la pandemia. No se pueden analizar dichas comparecencias sin que influya la opinión personal, pero centrándonos en la forma técnica, la falta de precisión en la información presentada basándose sólo en los datos confirmados con test, obviando claramente los casos que se atendían desde los centros de salud, ya que no disponíamos de medios para diagnosticarlos, la ausencia de información al unísono de todas las comunidades autónomas con el Ministerio de Sanidad, o un adecuado comité científico donde consensuar la directrices sin una impregnación política, reflejaba en la sociedad el sentimiento de inseguridad.

España necesita un fuerte sistema de Salud Pública centralizado que coordine, dirija, defina conceptos, tasas, estadísticas... y recoja datos estadísticos de los servicios de Salud Pública de las CCAA de forma homogénea, comparable y ágil.

Sin un buen sistema de Salud Pública nacional la lucha contra las futuras pandemias será muy complicada e ineficiente, la información estadística es fundamental.

Entre lo que fue mal en Atención Primaria Rural, podemos destacar:

1. La falta crónica de recursos humanos, agravada por la pandemia.
2. La falta de equipos de protección para los trabajadores. Al inicio de la pandemia destacó la escasez de equipos de protección individual. Deben de crearse un fondo y registro de suministros con material de equipos para que los profesionales no se vean desprotegidos.
3. La descoordinación por parte de las administraciones, en sus directivas y protocolos, han generado el sentimiento de abandono hacia la Atención Primaria, aún más en el entorno rural, el colapso en la información aportada de forma descontrolada generaba aún más un sentimiento de inseguridad.
4. La falta de colaboración con las administraciones. El Ministerio de Sanidad y las administraciones no ha tenido en cuenta la consideración de contar con Atención Primaria en las decisiones y forma de abordar la pandemia, teniendo en cuenta las connotaciones diferentes de la AP urbana y rural.
5. La capacidad de jefatura, mando o liderazgo es una cuestión que debe mejorarse ampliamente. La improvisación ha sido todo lo que nos han ofrecido nuestros dirigentes. Una retahíla de protocolos cambiantes en función de las circunstancias, una incapacidad de prever y adelantarse a los acontecimientos y una imposibilidad de reponer tanto recursos materiales como humanos ha causado una mala impresión en los profesionales y la ciudadanía
6. La falta de un adecuado soporte administrativo (por falta de personal) que gestione el colapso de llamadas telefónicas, ha llevado a la situación de retardo en la resolución de consultas del paciente enfermo, llegando en situaciones a mostrarlo como agresividad en los centros de salud y en concreto en agresiones a los médicos de familia.
7. Carencia de un comité de expertos u otros estamentos como Colegios de Médicos, y Sociedades Científicas que aconsejara a los poderes políticos en la toma de decisiones,
8. La temporalidad de las contrataciones. Hay que optimizar contrataciones de larga duración, afianzar al médico a un cupo, para poder realizar el seguimiento y continuidad asistencial del paciente y la comunidad. Esto implica además realización de OPEs con carácter anual y rápida resolución. El conocimiento del médico de sus pacientes y de estos a su médico facilita que las consultas telefónicas sean de mayor utilidad y ágiles.

9. Falta de personal de vigilancia epidemiológica. Los equipos de epidemiología y sanidad deben de estar adecuadamente provistos de sanitarios.
10. La obsolescencia tecnológica en los centros de salud y sobre todo en los consultorios rurales. La ausencia aún en muchos pueblos de un adecuado soporte de fibra óptica. Ha dificultado las labores de la telemedicina.

Qué fue bien para la AP y los médicos rurales

Pero, qué duda cabe, no todo fue negativo, se han incorporado formas de trabajo que han mostrado su eficacia y abierto nuevos caminos por donde seguir explorando, como son:

1. En muchos entornos rurales se están mejorando las telecomunicaciones, dotándolas de fibra óptica.
2. Gestión telemática eficaz de los partes de IT sin que tengan que desplazarse al centro para su recogida o incluso su envío directo a la empresa.
3. Se ha potenciado la renovación automática de la receta electrónica.
4. El apoyo y la confianza de los ciudadanos con sus facultativos a los que han visto “partirse el cobre” durante la pandemia.
5. La impulsión de la creación de un fondo de provisiones de equipos de protección individual.
6. Preocupación de los políticos en general de la inestabilidad de la actual AP y sobre todo el entorno rural, ya deteriorados desde antes de la pandemia.
7. En general las administraciones han comenzado a mejorar la estabilidad de contrataciones, apostando algunas por estabilidad anual y según comunidades contrataciones hasta 2 años.
8. La teleconsulta como medio de comunicación con otras especialidades hospitalarias y con otras administraciones públicas (inspección, sanidad, servicios sociales).
9. La teleconsulta para resolución de necesidades del paciente que no requieren una valoración presencial: resultados de pruebas complementarias, informes de bienestar social, receta electrónica...

¿Qué hemos aprendido?

Hemos aprendido que una epidemia o pandemia puede dar al traste con toda una especialidad comunitaria, que puede, sin una organización y planificación

adecuadas, destruir o colapsar un nivel asistencial de primer orden como es la APS. Y sin una APS fuerte el nivel hospitalario sucumbe al colapso.

Somos la primera barrera ante la enfermedad de la ciudadanía, pero debemos estar preparados para adecuar nuestro trabajo a la aparición de una posible situación urgente como esta pandemia u otras que puedan llegar.

Debemos tener mejor capacidad de flexibilidad en agendas, en organización de los propios Equipos, en gestión de recursos humanos y en gestión de material. No debería ocurrir más esta falta o ausencia de material de obligada protección de los profesionales. Para ello es necesario implementar hasta niveles más altos la autogestión de los centros y la jefatura de estos. Solo desde la capacitación de los directivos y desde la participación de los profesionales, coordinados con la ciudadanía a la que atienden, se puede organizar mejor esta coyuntura.

Así pues, hemos aprendido que mejor organización, coordinación y recursos pueden ofrecer mejores resultados.

Además, hemos aprendido que mucha demanda puede resolverse de forma telemática por lo que se hace imprescindible y en el corto plazo mejorar los sistemas de comunicación de los centros de salud. Ya viene también recogida esta demanda en el Marco Estratégico y es una demanda que cumplir en el corto plazo. No sólo mejores medios telemáticos que mejorarán la comunicación con el paciente, sino que mejorarán la Telemedicina, aún por desarrollar en muchos lugares, fundamentalmente en el medio rural donde se hace en muchas ocasiones imprescindible por la mala accesibilidad a los servicios especializados. Esta mejora en las telecomunicaciones debe ir acompañada de personal adecuado a su atención y apoyo con mejor distribución de auxiliares y administrativos en los centros rurales con muchos núcleos poblacionales y dispersión de estos.

Son imprescindibles mejoras en la cobertura en el medio rural que es francamente mejorable. No es posible fijar población en este medio sin unos recursos telemáticos de alta eficacia.

Hemos aprendido a tener mayor flexibilidad en recursos humanos y gran capacidad de esfuerzo y sacrificio cuando sin capacidad de sustituciones y con profesionales de baja se ha tenido que mantener el mejor nivel de asistencia posible con los efectivos del propio centro de salud. Doblando cupos y aumentando el esfuerzo de realizar guardias sin fin, gestionando agendas, organizando turnos, renunciando a las vacaciones, se ha podido en muchos casos mantener a la ciudadanía atendida. No se reconocerá bastante el esfuerzo de los médicos rurales asistiendo cada día a sus lugares de trabajo y mantener a la población atendida, coordinando los casos de Covid-19 con las urgencias comunitarias y los servicios hospitalarios de referencia. Son, no en vano, el colectivo profesional más castigado por el Covid-19. Solo algunas CCAA cerraron sus cupos o consultorios rurales en una nefasta toma de decisiones como se ha demostrado a posteriori.

Por tanto, hemos aprendido que hay otra forma de gestionar la atención que prestamos a nuestros ciudadanos, que hay otra forma de trabajar y otra forma de ejercer la medicina rural. Necesitamos más capacidad de autogestión, más medios y recursos y mejor tecnología. La base de todo sigue siendo la conformada por la UNIDAD `médic@-enfermer@`, que son capaces de prestar una

atención digna y de calidad a la población que tienen asignada. El apoyo logístico de profesionales del ámbito social, farmacéuticos, matronas, fisios, administrativos, etc. es fundamental para mantener este nivel asistencial sano y motivado. Sin este escenario nuestra capacidad de resolución se verá muy mermada.

Hemos aprendido fundamentalmente que cualquier desequilibrio en nuestra vieja estructura sanitaria puede dar al traste con el sistema. Que una simple epidemia puede hacer naufragar al Sistema Nacional de Salud. Sin una capacidad de flexibilidad, organización y planificación nos vemos abocados al desastre. Se necesita de forma urgente una comisión o dirección de emergencias sanitarias que prevea y se adelante a los acontecimientos con estructuras sanitarias flexibles capaces de transformar la atención ciudadana en pocos días y adecuar los recursos a las necesidades. Una dirección con capacidad de realizar cambios organizativos estudiados y probados y con protocolos de actuación previstos que impidan la improvisación a cada momento. Una dirección capaz de movilizar profesionales a otra función o a otra localización sin necesitar decretos que menoscaben nuestros derechos y nuestras competencias. Una dirección que cuente con capacidad de mando y planificación. La política se ha visto una mala forma de gestionar los problemas sanitarios de un país. Es imprescindible, para gestionar adecuadamente una pandemia, conocer datos no solo de los hospitales, son muy importantes tener información de la actividad, seguimiento, diagnósticos, pacientes aislados y en cuarentena... en AP. Es imprescindible tener medios para garantizar que se cumplen los aislamientos y cuarentenas.

Hemos aprendido que debemos tener los profesionales capacidad de adecuación de nuestras agendas a la demanda de cada cupo y a cada circunstancia. Solo desde la flexibilidad se pueden prever situaciones que modifiquen el status de la consulta médica. Solo los profesionales pueden reaccionar rápidamente ante imprevistos.

Hemos aprendido que tenemos capacidad de gestionar si tenemos los recursos adecuados. Mejores medios de telecomunicación, mejores medios de protección, mayor coordinación interniveles asistenciales y mayor colaboración con profesionales del ámbito social, económico, político, laboral, etc. Solo desde la coordinación y colaboración de todos los estamentos de la sociedad podemos hacer frente a situaciones como la sobrevenida pandemia por SARS-CoV2. El ámbito local es un buen ejemplo de buena gestión si existe esta colaboración.

Hemos aprendido a resolver muchas necesidades y demandas de la población que se pueden resolver de manera telemática, sin burocracia sobreañadida, sin partes de IT en papel, sin recetas en papel, sin certificados en papel, sin informes en papel. Debemos informatizar o digitalizar mucho trabajo y debemos contar con el adecuado número de auxiliares administrativos que nos faciliten esta labor. El desarrollo de la Telemedicina es un valor que debemos explotar aún mucho más en nuestra consulta diaria.

Debemos volver a los domicilios de nuestros dependientes e inmovilizados, junto con enfermería. No debemos dejar de atender pacientes en su domicilio ya que es un rasgo definitorio de nuestra especialidad. Debemos volver a organizar

nuestras agendas en función de las necesidades de nuestro cupo. Cupo que debe estar definido por un número máximo, 1500 TIS, y estimado en función de variables como la accesibilidad, edad, multimorbilidad, complejidad, etc. Debemos seguir con la atención presencial, demandada denodadamente por nuestra población, y que esta pandemia ha puesto de relieve, y que pone énfasis en la verdadera relación médico-paciente. Debemos seguir con nuestra agenda de programadas para ofrecer a nuestros pacientes las mejores herramientas de control y seguimiento de sus patologías, realizar las acciones preventivas y de promoción que también definen nuestro perfil profesional. Y debemos seguir con nuestra atención comunitaria mediante acciones de promoción y educación para la Salud.

Hemos aprendido que debemos mantener en los centros la docencia y la investigación y que estas pueden verse relegadas ante situaciones urgentes o imprevisibles, pero que deben volver a ser parte importante de nuestro trabajo.

Hemos aprendido, en fin, que somos capaces de gestionarnos con flexibilidad y adecuación al entorno si contamos con las herramientas necesarias y el mando capacitado y profesional que nos merecemos. Dirección, como hemos apuntado, que determine en cada momento los recursos materiales y humanos precisos en cada momento y en cada lugar. Dirección que en casos de pandemia o epidemia debe contar con los mejores profesionales de la Salud Pública, que los tenemos. Solo así podremos salir de situaciones como la actual. Nuestra capacidad de autogestión es la clave de una buena planificación y organización del sistema sanitario. El Marco Estratégico de la APS y comunitaria reafirmaba este hecho como de incalculable valor. Nuestro liderazgo como APS debe basarse en esta característica.

Como en toda batalla dame soldados, material y buenos jefes.

Riesgos de la AP Rural

Es muy posible que cuando la actual pandemia acabe o se haya controlado, ante la AP se abra una etapa de cambios con la consiguiente incertidumbre acerca de su nuevo papel dentro del SNS.

Deberemos tener presente el riesgo que conlleva seguir por el mismo camino y persistir en los mismos errores, no valorar al médico rural y su importante función médica y social, no dotarle de los recursos suficientes para desarrollar plenamente sus capacidades, conocimientos, habilidades y actitudes, en fin, el riesgo de persistir en las carencias que se vienen denunciando desde el Foro de la Profesión Médica y desde el Foro de médicos de AP y que nos conduce a la descomposición de la AP Rural.

La inercia es una fuerza poderosa que nos arrastra y nos hace persistir en los mismos errores y haber tenido que parar puede ser una oportunidad única de replantearnos el papel que desempeña la Atención Primaria dentro del SNS. Dependerá de factores sociales, profesionales, tecnológicos y políticos que estos cambios la difuminen o la refuercen. Por nuestra parte como médicos de

AP Rural estamos dispuestos a colaborar para su mejora y aumentar su peso en todo el sistema socio-sanitario.

Por todo esto pensamos que:

1. Está pandemia es una oportunidad para replantearnos los nuevos y viejos problemas, pero con un enfoque diferente.
2. Necesitamos reformas estructurales y organizativas urgentes. Necesitamos gestores con cabeza que sean capaces de proponer soluciones reales a los problemas reales.
3. Necesitamos presupuesto para estas medidas, con carácter finalista para que no se vayan en otras partidas.
4. Necesitamos reformar o refundar la Atención Primaria.
5. Necesitamos que la AP rural sea definitivamente considerada en toda su capacidad: asistencial, docente e investigadora en igualdad de condiciones que la urbana.
6. Necesitamos que se aprovechen nuestras capacidades como médicos y nos despojen de tanta burocracia absurda.
7. Necesitamos que nuestros pacientes y usuarios nos vean de nuevo como médicos a su servicio con todas las capacidades preventivas, de promoción y educación de la salud y con capacidad de resolución asistencial intactas.
8. Necesitamos asumir un papel central en la salud pública y comunitaria y un mayor peso en la toma de decisiones en estas materias en los ayuntamientos.
9. Necesitamos una adecuada conciliación familiar aún más en zonas rurales, facilitando la flexibilización horaria. La teleconsulta puede suponer una apuesta para conseguir dicha flexibilización.
10. Necesitamos de forma URGENTE que aquel Marco estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria de 2019 se ponga en marcha ya.
11. Necesitamos abrir un debate serio y específico con las autoridades para solucionar los graves problemas que atenazan a la medicina rural y que está provocando la desertión y el abandono de los pueblos como lugar de trabajo, este debate debe de recoger lo positivo de la reforma inicial y proponer soluciones en la atención del paciente, definiendo la visita presencial y telemática (con un adecuado soporte jurídico), desburocratizando las consultas, acceso completo al catálogo de pruebas complementarias y desjerarquizando y facilitando la comunicación Atención Primaria y Hospital. La España vaciada es la medicina rural vaciada. Y esto no espera a otro plan estratégico.

Grupo de Comunicación y Difusión de Atención Primaria Rural: Hermenegildo Marcos Carreras, Francisco Javier Rodríguez Del Río, José Manuel Cucalón Arenal, Gloria Armenteros Delgado y Ángel García Arjona.